

ergoterapeuten

ÅRGANG 60 • 1 – 2017

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Temanummer om arbeidsdeltakelse

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 – 3. april / 28. april

Nr. 3 – 2. juni / 30. juni

Nr. 4 – 1. aug / 31. aug

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

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

Anita Rosmæl, 2. nestleder

Arnfinn Bjørshol

Berit Regine Laiti

Ine Cecilie Ulven

Mariette Elise Gjerde

May Solveig Svendsen

Ragna Gjone

Renate Soggemoen

Tonje Hansen Guldhav

Bjørnar Rovde 1. varamedlem

Ingelin Mari Rød, 2. varamedlem

Ingrid Helen Smith Halvorsen, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem


Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Kristin Jess-Bakken, varamedlem

Lilly Nerenget, varamedlem

Inger Synnøve Kjos, varamedlem

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



6



20



34



104

REPORTASJE

6 Jobbspesialisten

Av Else Merete Thyness

10 Sett sykdommen i parentes

Av Lena Eide

NY ARENA

12 Daglig leder i firma for ergoterapi og ergonomi

Av Else Merete Thyness

ARBEIDSPLASSEN MIN

14 NAV Hjelpemiddelsentral

Av Eli Hulbækdal

YTRING

18 Ta sjansen!

Av Marthe Schikora Rustad

KRONIKK

20 Arbeid gir helse

Av Sigrun Vågeng

FORBUNDET

22 Fremgangsrik bedriftshelse-tjeneste – kunnskapsbasert, robust og innovativ

Av Anita Engeset

24 Hvordan arbeider medlemmer innen arbeidsdeltakelse, psykisk helse og rus?

Av Solrun Nygård og Anita Engeset

28 På tide å se over forsikringene

Av Roar Hagen

30 Arbeidsmiljølovens varslingsregler

Av Berit Førli

FAGLIG

34 Ergoterapeuter gjør arbeidsdeltakelse mulig for flere

Av Nils Erik Ness

38 Kognitiv svikt og arbeid

Av Kjersti Sagstad og Kristin Meås Bye

44 Hvordan kan fysisk aktivitet i arbeidstiden forebygge arbeidsrelatert stress?

Av Kristin Haugen

52 Fokus på økt jobbnærvær

Av Ingelin Mari Rød

62 Assessment of Work Performance (AWP) och Assessment of Work Characteristics (AWC)

Av Jan Sandqvist

VITENSKAP

68 Faktorer som påvirker overgangen til arbeidslivet for ergoterapeuter med funksjonsnedsettelse

Av Malin Eerola, Sissel Horghagen, Arne H. Eide og Eva Magnus

78 Eksperters synspunkter på tilbudet til sykmeldte i Norge. Første runde av en Delphi-studie

Av Lisebet Skeie Skarpaas, John Erik Berg, Ellen Ramvi, Lise Haveraaen og Randi Wågø Aas

90 Forsker i farten: Skender Redzovic

Av Else Merete Thyness

AKTUELT

92 Arbeidshelse, tjukkas og ergoterapeuten

Av Heidi Hagestande og Rune Glørstad

96 For syk til å være i jobb – for frisk til å være hjemme

Av Eli Drevvatn Engdal og Linn Marit Remmem

101 Et slag for ett NAV

Av Ann Kristin Løe

102 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, organisasjoner og arbeidsmarkedsbedrifter

Av Christina Mol Slettenes og Nina Braathen

PÅ DEN SISTE SIDEN

104 Arbeid er bra behandling

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

106 Kurs- og stillingsannonser

111 Produktregister

Arbeid er helsefremmende

I Norge er det cirka 700 000 som står utenfor arbeidslivet. Vi har et deltakelsesproblem i samfunnet, og det bør løses bedre enn det gjøres i dag. Dette temanummeret handler om nettopp arbeidsdeltakelse.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Arbeid er den dominerende aktiviteten for voksne og en svært viktig del av livet. Det er med på å sikre personlig økonomi, gi struktur i hverdagen, skape tilhørighet, gi oss en identitet, og vi får brukt ferdighetene våre.

Å øke arbeidsdeltakelsen handler mye om å identifisere barrierene mot at personer kan returnere til arbeidslivet, og gi støtte til de som vil beholde jobben eller ønsker seg inn på arbeidsmarkedet. «Ergoterapeuter har kompetanse i å sikre arbeidsdeltakelse og inkludering ved å tilrettelegge arbeidsoppgaver og arbeidsplass slik at den enkelte arbeidstaker mestrer arbeidet sitt», skriver forbundsleder Nils Erik Ness i artikkelen sin. Forbundet har hatt arbeidsdeltakelse som satsingsområde siden forrige landsmøte. På forbundsstyremøtet i januar vedtok Ergoterapeutene et politisk dokument om arbeidsdeltakelse. Det beskriver samfunnets utfordringer og politiske føringer og

ergoterapeuters kompetanser og politiske tilnærming.

Det har vært spennende og lærerikt å samle reportasjer og artikler til dette temanummeret. Jeg synes at det gir et godt bilde av hvordan ergoterapeuter jobber med arbeidsdeltakelse blant annet på høyskolene, i bedriftshelsetjenesten, i NAV og som private aktører. En fellesnevner er trygge relasjoner, kartlegging av ressurser og det å se på arbeidslivet som en arena for mestring.

Det er også oppløftende å lese kronikken «Arbeid gir helse» av Sigrun Vågeng, arbeids- og velferdsdirektør i NAV. Her skriver hun: «For at vi skal lykkes med arbeidsinkludering er det en forutsetning at brukerne medvirker, og at vi veileder den enkelte til å se nye muligheter. Vi må gi støtte og mestringsopplevelser, ta dem på alvor og ta utgangspunkt i ressursene deres. Her har ergoterapeutene en svært relevant kompetanse som det er behov for.»



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Vil regjeringa velge diskriminering framfor inkludering?

På nyåret er det to saker

som opptar oss; Forslag til nye byggforskrifter (TEK 17) og hjelpemiddelutvalgets rapport «En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring». Deres myndighetene velger feil vil Norge bli mindre inkluderende og færre vil kunne delta i hverdags- og arbeidsliv. Dette er diskriminering og det er dårlig samfunnsøkonomi.

Norge har nå byggforskrifter som sikrer at utviklingen går i riktig retning; at det bygges flere tilgjengelige boliger. Det trengs, fordi de aller fleste boliger vi skal bruke de neste femti årene allerede er bygd. Kun 7 % av disse er tilrettelagt for personer med rullestol. Nå foreslås endringer i disse forskriftene slik at nye hus skal bygges med redusert plass til nødvendige hjelpemidler som rullestol og rollator, men også barnevogn og stallebord. Ekstra ille er det at standarden på studentboliger forringes. Unge med funksjonsnedsettelse faller allerede utenfor arbeids- og hverdagsliv. Ofte på grunn av dårlig utforming av bolig og skoler.

Mangel på tilgjengelige studentboliger vil forsterke problemet. Argumentasjonen om at forskriftene må reduseres på grunn av dyre boliger - kr 35.000 pr bad - holder ikke mål. Det er helt andre forhold i markedet som er kostnadsdrivende.

Når det gjelder hjelpemiddelutvalget kan vi på den ene siden juble over tydelige meldinger om å bevare prinsippet om hjelpemidler dekket av folketrygden, bedre IKT-løsninger, flere ergoterapeuter i kommunene og forslag om mer forskning og kompetanseheving på det hjelpemiddelfaglige området.

Samtidig nærer vi dyp bekymring på vesentlige punkter som likevel slår sprekker i folketrygdordningen. Det er ikke enighet i utvalget på punkter som angår overføring av ansvar for hjelpemidler til kommunene og bruk av tilskuddsmidler. Her er det dissenser. Dersom ansvar for hjelpemidler overføres til kommunene slås det hull på en rettighet til tekniske hjelpemidler vi har gjennom folketrygden. I framtida må da personer med behov for hjelpemidler velge sin bosteds-

kommune med omhu om de skal sikres deltakelse og inkludering. Vi risikerer at tilgangen til hjelpemidler kan bli styrt av kommunal økonomi.

Her står det mellom to syn på tilrettelegging og hjelpemidler - som samfunnsøkonomisk ressurskrevende eller ressursutløsende. Ergoterapeuter har helt klart erfaring med at tekniske hjelpemidler og tilrettelagt bolig muliggjør at flere bor hjemme og får økt deltakelse i samfunns- og arbeidsliv. Samfunnet slipper kostnadskrevende institusjonsopphold, trygdeutgifter og krav om omsorgsressurser.

Jeg er redd dette kan bli et spill om flere oppgaver til større kommuner. Redusert tilgjengelighet i bygg og uthuling av innbyggernes rett til tekniske hjelpemidler er helt uakseptabel diskriminering. Dette tar samfunnet i feil retning. Innbyggernes hverdagsmestring, inkludering og deltakelse må gå foran misforståtte påstander om kostnader. Her må myndighetene følge FN-konvensjonen for funksjonshemmede, som Norge har forpliktet seg til å følge.

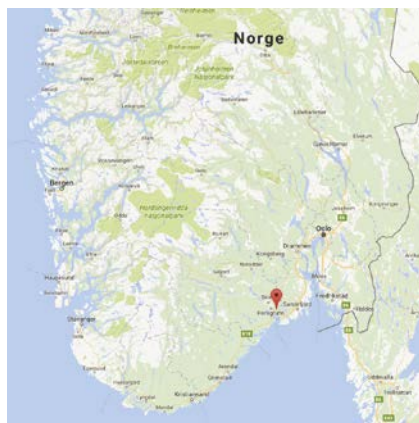
JOBBSPESIALISTEN

– En jobbspesialist tar utgangspunkt i deltakernes behov og forutsetninger og bruker helst arbeidsplassen som en trygg arena for utprøving, sier ergoterapeut Mari Engseth Kåsa. Hun var med i prosjektet «Kjerneoppgaver i NAV» og arbeider nå som jobbspesialist i NAV Porsgrunn.

Arbeids- og velferdsforvaltningen bruker rundt 7,5 milliarder kroner årlig på å kjøpe arbeidsrettede tiltak for ulike målgrupper fra attføringsbedrifter og andre aktører. Prosjektet «Kjernekompetanser i NAV» ble igangsatt for å se på hvilke resultater NAV fikk ved å gjennomføre avklarings- og oppfølgingstjenestene i egen regi. I prosjektet skulle NAV-veiledere bistå brukeren med å finne en arbeidsgiver og fortsette å følge dem opp ute i arbeid. Forsøket, som varte i fire år, foregikk ved fem NAV-kontorer. I dag er det over i varig drift.

– Vi har flere attføringsbedrifter i Telemark, både kommunale og private. De sitter med stor kompetanse, og gjør en god jobb. En av ulempene med å bruke dem, er at NAV-ansatte selv får liten kontakt med arbeidslivet. Gjennom prosjektet fikk vi erfaring fra forskjellige arbeidsplasser, og det har gitt oss god kunnskap om hva som skal til for å hjelpe folk i jobb, sier Engseth Kåsa.

Forsøket ble organisert med de samme reglene som gjelder for tiltak hos eksterne arrangører,



Porsgrunn er en by og en kommune i Telemark fylke.



Mari Engseth Kåsa er ansatt ved NAV-kontoret i Porsgrunn.

og med de samme økonomiske rammene.

– Prosjektet var veldig vellykket. Sammenlignet med andre aktører gjorde vi det like bra eller bedre – og til billigere pris. Av de involverte NAV-kontorene fikk tre av dem like mange, mens to av dem fikk flere ut i jobb sammenlignet med de eksterne aktørene.

DELTAKERNE

I dag er Mari Engseth Kåsa ansatt som jobbspesialist ved NAV-kontoret i Porsgrunn. Da hun deltok i prosjektet, var hun tilknyttet NAV-kontoret i Bamble og fikk henvisningene fra andre veiledere der.

– Kriteriene for deltakerne var at de skulle være åpne for å prøve seg i det ordinære jobbmarkedet og ha en definert hindring for å kunne klare det. Hindringen måtte ikke nødvendigvis være relatert til helse, det kunne også være dårlig språk, at de hadde sittet i fengsel, eller andre sosialt hemmende faktorer, sier Engseth Kåsa.

I følge evalueringsrapporten fra prosjektet var deltakerne veldig fornøyde med at tilbudet ble skreddersydd etter deres behov og forutsetninger.



– I prosjektet «Kjerneoppgaver i NAV» flyttet vi fokus fra saksbehandling og regelverk til oppfølging, sier Mari Engseth Kåsa.

– Utgangspunktet for samarbeidet med brukeren var å skape en trygg relasjon og så kartlegge ressurser og hindringer. Vi brukte blant annet kartleggingsverktøyet VIP 24, som en ergoterapeut har vært med å utvikle. Ofte så vi at den største begrensningen var at brukeren selv hadde mistet troen på at han eller hun skulle kunne komme i jobb. Da hjalp det mye at vi trodde på dem. Det er mange mennesker som helt fint takler arbeidslivet selv om de lider av for eksempel sosial angst. Mange hindringer virker større enn de egentlig er.

Noen ganger måtte bistanden starte med å gripe fatt i utfordringer som ikke en gang handlet om arbeidslivet.

– Kanskje de måtte ha hjelp til

å klare sin personlige økonomi, eller til å tørre å ta bussen. Målet var å skape arenaer for mestring, fortrinnsvis i arbeidslivet, men noen ganger måtte vi gripe fatt i noe annet først.

ARBEIDSGIVERNE

«Kjerneoppgaver i NAV» prioriterte i den grad det var mulig å benytte seg av ordinære arbeidsplasser fremfor vernede. Arbeidsplassen ble kartlagt gjennom en arbeidskravsanalyse.

– Den er også «spot on» for ergoterapeuter. Vi ser blant annet på hvilke krav som stilles til å kunne regne, lese og skrive, men også hva jobben krever fysisk. Deretter er det vår jobb å finne en bedrift som matcher kandidaten, gjøre avtaler, definere hensik-

KJERNEOPPGAVER I NAV

«Kjerneoppgaver i NAV» (KIN) var et forsøk der Arbeids- og velferdsetaten gjennomførte avklarings- og oppfølgingstjenester i egen regi. KIN erstatter de eksterne avklaringstiltakene Avklaring skjermet og Avklaring ordinær og oppfølgingstiltakene Arbeid med bistand og Oppfølging. Fem fylker deltok med hvert sitt NAV-kontor: Bamble (Telemark), Ski (Akershus), Kongsvinger (Hedmark), Åsane (Hordaland) og Heimdal (Sør-Trøndelag).



Tone Isene kom seg ut i jobb takket være prosjektet «Kjerneoppgaver i NAV».



Som jobbspesialist må du være forberedt på å ta i et tak.

ten og sikre opplæring. Målet for hver bruker er alltid en ansettelse, men NAV har heldigvis mange virkemidler på veien. Og om det ikke blir en fast jobb ved første forsøk, skal tiltaket likevel ha verdi for kandidaten i form av bedre selvtillit, at de får en referanse, og at nettverket deres øker fordi de er ute i markedet.

I prosjektet fulgte de opp deltakerne også etter at de hadde fått jobb.

– Vi så at det økte sjansen for at de holdt fast ved arbeidet. En av mine brukere var en ung jente med sosial angst som skulle ha arbeidspraksis i en bedrift. Det er stressende å være ny i jobben, og når en er redd, går kognitiv funksjon ned. Derfor ble jeg med henne den første dagen og tok imot instruksene fra sje-

fen, og så utførte vi oppgavene sammen.

Hun understreker at du som jobbspesialist ikke kan være redd for å ta i et tak.

– Du må være innstilt på å klippe plenen den ene dagen, stå i oppvasken den andre og så snakke med direktøren i en stor internasjonal bedrift den tredje. Du må tåle et stort arbeidspress og også det å komme nært innpå en bruker og kjenne på den smerten de ofte bærer på.

Jobbspesialistens støtte skal være rettet mot både arbeidstaker og arbeidsgiver.

– Vi støtter hele arbeidsrelasjonen. Det skal fungere for alle – også de nye kollegaene. Ofte opplevde vi at når deltakerne var åpne om de problemene som kunne oppstå, så skapte det

«Mye handler om å skape og støtte gode relasjoner»

Mari Engseth Kåsa

trygghet. I noen tilfeller kunne en arbeidsgiver eller kollega fortelle at de slet med det samme. Vi er folk alle sammen.

Det er et paradigmskifte i NAV at tiltakene nå er rettet mot rask utplassering, støtte under opplæring og samhandling med arbeidsgiverne.

– Her er det viktig med inkluderingskompetanse. Mye av dette handler om å skape og støtte gode relasjoner alle partene imellom.

FORNØYD DELTAKER

Tone Isene er en av dem som fikk jobb gjennom prosjektet. I dag er hun fast ansatt i en jernvareforretning, men hun sier at hun aldri ville vært der hun er i dag uten støtten fra Mari Engseth Kåsa.

– Jeg trodde ikke at jeg ville klare å jobbe, men hun ga meg troen på meg selv.

Isene slet med overvekt i mange år, og hadde gått på flere smeller i arbeidslivet.

– Mari hjalp meg i gang med trening, og hun fulgte meg opp gjennom flere praksisplasser. Den første fungerte ikke så bra, men så fikk jeg en ny plass. Da gikk det mye bedre, sier hun.

Praksisplassene var først og fremst for å teste hvor mye hun kunne jobbe. Etter hvert fikk hun et vikariat i en annen jobb, og det resulterte i fast stilling.

– Mari fulgte meg opp på arbeidsplassen og hjalp meg blant annet til å sette grenser slik at jeg ikke jobbet for mye – for det er noe jeg fint kan finne på å gjøre.

Hun har lært meg utrolig mye, sier Isene.

I jernvareforretningen er de fem ansatte.

– Arbeidsplassen reagerte bare positivt på støtten fra NAV.

JOBBSPELIALISTEN

«Kjerneoppgaver i NAV» ble avsluttet i 2016. I løpet av forsøket ble det tydelig at NAV kan tilby brukerne en mer helhetlig og arbeidsrettet oppfølging, kortere ventetid før og mellom tiltak og høyere overgang til arbeid enn andre tiltaksarrangører.

Ane Stø er seniorrådgiver i Arbeids- og velferdsdirektoratet og var prosjektleder for «Kjerneoppgaver i NAV». Nå koordinerer hun innføring av tiltaket «Utvidet oppfølging i NAV», som bygger på erfaringene fra det forrige prosjektet. Ved blant annet å bruke metodene i Supported Employment, som jobbspesialistrollen er hentet fra, ønsker de å komme enda nærmere arbeidsmarkedet.

– Det er positivt at vi har begynt å se arbeidssøkernes ressurser og muligheter i arbeidslivet på en annen måte. Og det er bra at de som trenger bistand for å komme seg ut i arbeid og beholde den, nå kan få hjelp av NAV, sier hun.

I løpet av 2017 skal alle landets fylker få jobbspesialister. Hun ser absolutt for seg ergoterapeuter i disse jobbene.

– Vi har behov for folk med ulik kompetanse. Ergoterapeuters kjennskap til blant annet fysisk tilrettelegging av arbeidsmiljøet kommer godt med.

SUPPORTED EMPLOYMENT

er et arbeidsrettet tiltak for arbeidssøkere med bistandsbehov. Hovedideen er at deltakerne skal raskt ut i ordinært, betalt arbeid, for så å få trening og eventuell annen støtte der (place then train). Dette står i kontrast til mer tradisjonelle tilnærminger der man enten satser på opplæring i forkant (train then place) eller skjermede arbeidsplasser. Supported Employment har fem faser:

1. innledende kontakt og sam-arbeidsavtale
2. yrkeskartlegging og karriereplanlegging
3. finne en passende jobb
4. samarbeid med arbeidsgiver
5. opplæring og trening på og/eller utenom arbeidsplassen



Ane Stø er seniorrådgiver i Arbeids- og velferdsdirektoratet. Hun var prosjektleder for «Kjerneoppgaver i NAV». Nå koordinerer hun tiltaket «Utvidet oppfølging i NAV».

Av Lena Christina Eide

SETT SYKDOMMEN I PARENTES

– Man kan ofte jobbe på tross av helseplager. Den sykemeldte skal selv knuse de barrierene som hindrer deltakelse og arbeidsutøvelse, sier Randi Wågø Aas.



Randi Wågø Aas er en av våre fremste forskere på arbeidshelse.



Presenter har besøksadresser i Stavanger og Bergen.

Hun er førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger og Høgskolen i Oslo og Akershus og en av landets fremste forskere på arbeidshelse.

Wågø Aas er også gründer av selskapet Presenter – med slagordet Making sense of Science. Gjennom Presenter ønsker hun å omsette forskning til praksis, og utvikle nye verktøy og intervensjoner. I fjor startet hun et større prosjekt «Hva vet vi om tiltaket arbeidsplassvurdering i praksis og opplæring». Prosjektet er bakgrunnen for hennes satsning på online-kurs i arbeidsplassvurdering i samarbeid med Ergoterapeutene.

Vi møter Randi på kontoret hennes ved Universitetet i Stavanger. Med et upåklagelig engasjement byr hun på kaffe.

– Hvorfor satser du på arbeidsplassvurdering i tilbakeføring av sykemeldte?

– Gjennom «Raskere tilbake» så vi at det er for stort fokus på helseproblemet. Sykemeldte sendes til utredninger og går kanossagang i NAV-systemet. Bare i liten grad har arbeidsplassvurdering blitt brukt. Fra internasjonal forskning vet vi at det er behov for en tobeint strategi i tilbakeføringsprogrammer. Den ene handler om å ta tak i selve helseproblemet, den andre om det rehabiliterende

aspektet der man fokuserer på fravær- og deltakelsesproblemet. Det er også sterke evidens fra internasjonal forskning for at arbeidsplassvurdering med fokus på deltakelse har god virkning for enkelte grupper,

Randi jobber spesielt med den store gruppen sykemeldte som er diagnostisert med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske plager som depresjon, angst og vanskelig livssituasjon.

– For disse gruppene er det anbefalt å ha mest mulig aktiv deltakelse i hverdagslivet. Sykemelding fører til isolasjon og kan bidra til økt depresjon og sykdomsfokus. Det blir ofte ikke bedre av å være hjemme, konstaterer hun.

Hun utdyper at det er viktig å se ting i rett perspektiv.

– Det er en del av livet å ha plager av ulik grad i perioder. De fleste har tidvis vondt i ryggen eller opplever nedstemthet. 80 prosent av oss opplever for eksempel å ha korsryggsmerter i perioder. Mange går på jobb likevel. Det er også naturlig å kjenne på angst og uro i forbindelse med smerter. En del av tiltaket under arbeidsplassvurdering er derfor at den sykemeldte får en kvalifisert undersøkelse og blir trygget på at det er greit å jobbe på tross av helseproblemet. Det handler om å kunne få sette sykdommen i parentes.

KRITISK FASE I SYKEMELDINGSFORLØP

I samarbeid med Universitetet i Stavanger og Presenter har Randi nå startet et stort prosjekt sammen med to Nav fylker. Her utvikler de en ny intervensjon for langtidssykemeldte. De tar spesielt tak i å kunne møte langtidssykemeldte og gruppen som er under arbeidsavklaring på en bedre måte.

– I perioden fra seks og 12 måneder etter sykemelding skjer det i dag veldig lite. Dette er en kritisk fase. I prosjektet legger vi opp til et differensiert tilbud der de blir grundig fulgt opp og kan velge mellom digital intervensjon og gruppeintervensjon. Folk er forskjellige, og det er viktig at sykemeldte kan velge og lede sin egen sak, presiserer hun.

BARRIEREKNUSING

Litt oppgitt forteller Randi at hun undrer seg over at ikke alle sykmeldte over åtte uker får en arbeidsplassvurdering. Eller at en før nye sykmeldinger skrives ut, setter inn en arbeidsplassvurdering. Både Sverige og Danmark er kommet lengre her.

– Det er den sykemeldte selv som må definere barrierene og lage en plan for hvordan han skal komme tilbake til jobb. I prosjektet får deltagerne støtte til å se på arbeidssituasjonen, og belyse faktorer som for eksempel arbeidsmengde, relasjon til leder og kolleger, fysisk miljø og andre elementer som oppleves som hindringer for arbeidsutførelsen. De får oppfølging fra gruppementorere eller individuell veileder, og resultatet blir en plan den sykemeldte selv har laget og har eierskap til. Dette kaller vi barrierেকnuserintervensjonen, oppsummer Randi, som har tro på at



Perioden fra seks til tolv måneder etter sykemelding er en kritisk fase.

mennesker ønsker og vil delta når de får eierskap og kontroll over sin egen prosess.

ONLINE KURS

Via Presenter og i samarbeid med Ergoterapeutene har Randi nå lansert to online-kurs om arbeidsplassvurdering. Kursene er for alle som jobber med eller ønsker å jobbe med arbeidsplassvurdering, også ergoterapeuter i 1. og 2. linjen som jobber med voksne.

– Hvorfor har du valgt Ergoterapeutene som samarbeidspartner?

– Dette er et supert samarbeid. Forbundet kjenner behovene blant ergoterapeutene i Norge, og de jobber systematisk både fagpolitisk og med kvalitetssikring av faget slik at det er forskningsbasert.

Vi sparrer fortløpende om temaet arbeidsdeltagelse. Hun utdyper mer enn gjerne hvorfor kursene fungerer så bra:

– Kursene er nettbaserte, slik at du kan studere det du ønsker, når du ønsker det. Vi satser også mye på dialog. Denne typen metodikk har vært brukt i helt andre bransjer i USA, og det er en ny måte å snakke med kursdeltakerne på. Også har vi veiledning og diskusjoner på sosiale media, for eksempel Facebook. Noe av det aller viktigste for oss er at vi får en dialog om forskningen, og at den blir oversatt slik at den faktisk kan brukes, presiserer Randi. Hun ønsker alle ergoterapeuter velkommen til å sjekke ut online kursene på presenter.no eller Ergoterapeutenes nettsider.



NAVN

Lone Storgaard

STILLING

Driver firmaet Storgaard
ergoterapi og ergonomi

HVOR

Furuset

Daglig leder i firma for ergoterapi og ergonomi

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg driver et firma som heter Storgaard ergonomi og ergoterapi. Jeg leier kontor på Furuset hos Allegra, et firma som selger headset og ergonomiske produkter.

– Hva jobber du som?

– Jeg jobber som ergoterapeut og daglig leder i mitt eget firma.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg startet opp på deltid i 2010. I 2015 prøvde jeg meg som privatpraktiserende på fulltid,

mens i 2016 var jeg tilbake til deltid igjen.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Alt er viktig, og særlig markedsføring og det å kunne selge meg selv, slik at jeg får kunder. Som selvstendig ergoterapeut må du være oppsøkende, optimistisk, kreativ og både IT-sjef og salgs-sjef. Veldig lite kommer av seg selv.

Da jeg startet opp, trodde jeg at jeg ville få flere henvendelser som gjelder arbeidsplassvurderinger, men dette er dessverre ikke helt virkeligheten. Så en viktig oppgave er å selge kompetansen min innen ergonomi og forebyggende helse. Jeg forsøker å få bedriftsledere til å forstå at det de bruker ved å leie inn meg, vil de sannsynligvis spare på behandlinger.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Når jeg jobber i «feltet», så jobber jeg veldig bredt. Jeg har et forebyggende fokus når jeg foretar arbeidsplassvurderinger på private bedrifter. Jeg tenker nok også helt automatisk på aktivitetsanalysen når jeg er ute på arbeidsplassvurderinger

Jeg har gjennomført kurset Arbeidsdeltakelse og er godkjent for arbeidsplassvurdering med oppdrag fra NAV.

Jeg har også kursene AMPS og COPM og bruker disse jevnlig. Jeg bruker ikke alltid hele testene, men metoden, tankegangen og prinsippene i testene ligger ofte i bakhodet. Jeg har blant annet hatt flere erstatningssaker hvor jeg har brukt APMS. Det er et veldig godt og konkret arbeidsverktøy, og så er det validert og reliabelt.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Når det gjelder arbeidsplassvurderinger, tror jeg at både en fysioterapeut og en ergoterapeut kan utføre jobben bra.

Når det gjelder erstatningssaker, bør ergoterapeuter få langt flere oppdrag. De fleste klienter er blitt testet og prøvd hos *mange* spesialister, oftest på et kontor eller klinikk. Ergoterapeuten er den eneste som virkelig ser klienten i aktivitet i naturlige omgivelser som hjem, fritid og jobb. En advokat sa, etter at han hadde mottatt en rapport fra meg i en erstatningssak, at dette var noe av det mest tydelige og konkrete han hadde lest og god dokumentasjon på klientens aktivitetsnivå og funksjonsbegrensning.

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

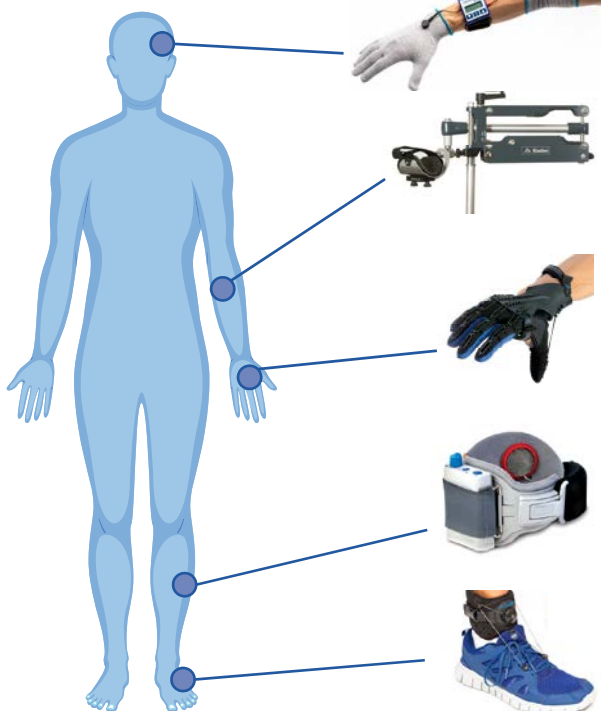
Ja, veldig spennende, men samtidig også veldig utfordrende.

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

– Jeg mener at det er et privat marked for ergoterapeuter, men at for få har kjennskap til det. Jeg har blant annet vært på flere møter på fastlegekontorer og har informert om meg selv og om arbeidsplassvurdering med henvisning fra NAV. Jeg har fortalt om hvor mye samfunnet kan spare på å forebygge arbeidsrelaterte plager. Jeg foreslo også at fastlegene kunne henvise arbeidsplassvurderinger til meg på samme måte som til fysioterapeutene når det gjaldt arbeidsrelaterte plager. Dette har generert to henvisninger fra fastlegene.

Hvis andre tenker å starte opp som selvstendig, anbefaler jeg at man starter opp sammen med en kollega, da det er viktig å være to for å bakke hverandre opp i både opp- og nedturer.

LØSNINGER TIL DEG MED SLAG!



SaeboStim Micro

Strømhanske for sensor-elektrisk stimulering av hånd og arm - muliggjør økt motorisk funksjon og redusert spastisitet over tid.

SaeboMas Mini

Armstøtte som kan festes i bordplate – avlaster armen slik at man lettere kan flytte hånden dit man ønsker. Gjør det enklere å utføre daglige aktiviteter med over kjøkkenbenken eller annet egnet arbeidsområde.

SaeboGlove

Hjelpemiddel for hånd – bidrar til å strekke ut fingre og håndledd, slik at man greier å gripe og slippe. Muliggjør å bruke hånden til daglige oppgaver. I tillegg har vi produkter som Saebo Stretch, Flex og Reach.

WalkAide

Et aktivt ganghjelpemiddel for fot – muliggjør at man kan redusere droppfot og gjenopprette et ganglag ved hjelp av elektrisk stimulering av musklene.

SaeboStep

En lett, justerbar droppfot-ortose – muliggjør for komfortabel gange uten skinne. Tilpasses enkelt eksisterende fottøy.

SLAGSPESIALISTEN MED DEN HELHETLIGE LØSNINGEN!
KONTAKT OSS FOR Å FÅ VITE MER!

CYPROMED

Bruker du varmhjelpemiddel, men fryser fortsatt?



- ✓ Høyest effekt!
- ✓ Lang brukstid!
- ✓ Egnet for kaldt vær!
- ✓ Best i test!

www.ergosart.no
Best i test
hjelpe midler og utrustning

Ikke alle produkter er like! Sørg for at du velger det som holder tilstrekkelig varmeeffekt!
Har du egentlig undersøkt hva ditt varmhjelpemiddel yter i effekt?
Ikke stå der og fryser! Kontakt oss for å vite mer!

www.cypromed.no • Vikaveien 17, 2312 Ottestad • Telefon 62 57 44 33 • service@cypromed.no

NAV HJELPEMIDDELSENTRAL

Hjelpemiddelsentralene i Norge hører inn under området NAV Hjelpemidler og tilrettelegging. Kjernevirksomheten vår er å tilrettelegge for selvstendighet, mestring, aktivitet og deltakelse for personer i alle aldre med ulike former for funksjonsnedsettelser.



Eli Hulbækdal er ergoterapeut og ansatt ved NAV Hjelpemiddelsentral Sør-Trøndelag.

NAV Hjelpemiddelsentral Sør-Trøndelag er landets nest største med 134 ansatte. Vi er til sammen 15 ergoterapeuter på huset, fordelt på ulike grupper og typer stillinger.

ARBEIDSTILRETTELEGGING

Jeg har jobbet på hjelpemiddelsentralen i 20 år. Selv om jeg har vært innom ulike fagområder, har jeg hele tiden hatt arbeidstilrettelegging som et av mine fagfelt. Siden 2009 har jeg vært gruppeleder for «Arbeid og aktivitet». Ansvarsområdet vårt er tilrettelegging i arbeid, arbeidsrettede tiltak og høyere utdanning. Gruppen er tverrfaglig sammensatt av personer med kompetanse på ulike fagfelt: syn, hørsel, bevegelse, teknikk og saksbehandling. Rådgiver på kognisjonsområdet er også tett knyttet opp mot vår gruppe.

Når det er behov for kompetanse utover det vi har i gruppa, samarbeider vi gjerne med andre fagpersoner på huset. Det kan være med rådgiver på bilsenteret når en trailersjåfør behøver tilrettelegging av bilen sin, eller det kan være boligrådgiver når det er behov for å se på adkomsten til et arbeidsbygg.

MIN ARBEIDSDAG

Arbeidshverdagen min er ganske variert. En dag besøker jeg en industriarbeidsplass for å se på

tilretteleggingsmuligheter for en ansatt. Neste dag har jeg kanskje innlegg om hjelpemiddelsentralen og tilbudene våre på et kurs for arbeidsgivere. Andre arbeidsoppgaver kan være å delta i dialogmøter på NAV-kontor, rådgivning per telefon til andre fagpersoner, arbeidsgivere, NAV-veiledere med flere. Jobben innebærer også en del kontorarbeid, som saksbehandling og dokumentasjon. En annen spennende oppgave er å bidra til fagutviklingen på hjelpemiddelområdet. Dette kan blant annet foregå ved deltakelse i nasjonale grupper som jobber med ulike prosjekter, og utarbeidelse av temahefter, veiledere og kurs.

TA SJANSEN

Ved noen NAV-kontor arrangeres «Ta sjansen», som er en møteplass for arbeidsgivere og jobbsøkere. Først får arbeidsgiverne informasjon om NAV sine tiltak og virkemidler av flere representanter fra NAV, deriblant hjelpemiddelsentralen. Etter det inviteres arbeidsgivere og arbeidssøkere til å delta på korte jobbintervjuer hvor målet er jobb eller arbeidspraksis.

SAMARBEID

Vi som jobber med arbeidsplassområdet på hjelpemiddelsentralene, bruker mye tid på å opprette og vedlikeholde kontakt



Bildet er arrangert med mine kolleger som deltakere. Det illustrerer et aktuelt brukermøte.

med både NAV-kontorene og andre enheter i NAV, som for eksempel NAV Arbeidslivssenter, NAV Arbeidsrådgivning og NAV fylkeskontor. Dette er nødvendig for at vi skal kunne gi brukerne koordinerte tjenester og framstå som ett NAV.

Vi ivaretar også eksterne samarbeidspartnere som kommunehelsetjenesten, bedriftshelsetjenester, spesialisthelsetjenesten, arbeidsmarkedsbedrifter, skoler og studiesteder. Ergoterapeututdanningen ved NTNU er en viktig samarbeidspartner. I tillegg til å ha studenter i praksis hos oss har jeg sammen med andre ergoterapeuter som jobber i NAV hvert år en NAV-dag for tredjeårsstudentene.

ULIKE BRANSJER

I denne jobben blir man etter hvert kjent med mange ulike

bransjer innen arbeidslivet. De vanligste er ulike former for kontorarbeid og bruk av data, men jeg har også bistått med tilrettelegging for blant annet trailersjåfører, anleggsmaskinførere, bønder, fiskere, bilmekanikere, kokker, frisører, tannleger, kunstnere og lærere. Vi har dessuten mange spørsmål om tilrettelegging for studenter.

MÅLGRUPPER

Vi får henvendelser om personer med forskjellige former for funksjonsnedsettelse. Mange vil nok helst ikke definere seg selv som funksjonshemmede, men de har likevel behov for tilrettelegging i sin studiehverdag eller arbeidssituasjon. Det kan være arbeidstakere som «bare» har ryggproblemer eller betennelser i armer og skuldre. Dette er plager som mange har,

men når man blir gående sykmeldt over lengre tid på grunn av dem, bør man sjekke ut hva som kan gjøres av tilrettelegging.

Vi har de siste årene også sett en økning av personer med hørselsnedsettelse som sliter i jobben sin. For mange, både arbeidstakerne og arbeidsgivere, er det en overraskelse at det finnes enkle og praktiske hjelpemidler som kan gjøre arbeidshverdagen mye lettere.

En annen gruppe vi ser mer og mer til, er personer med kognitive utfordringer som følge av ADHD/ADD og/eller Aspergers syndrom. Dette gjelder både studenter, arbeidssøkere og arbeidstakere. Flere av disse kan ha god nytte av hjelpemidler, enten de er spesialtilpassede for målgruppen, eller gratis apper på smarttelefonen. I tillegg kan vi komme ut

på arbeidsplassen og hjelpe dem med å strukturere dagen, rydde arbeidspulten, se på belysning og støy, snakke med dem og de andre på arbeidsplassen om hvordan beskjeder blir gitt, og lignende tiltak.

VÅRE TJENESTER

Vi blir forespurt om ulike former for bistand. Noen vil bare diskutere en problemstilling på telefonen, andre ønsker å komme til hjelpemiddelsentralen for å prøve ut hjelpemidler. En del lurer på hvilke rettigheter de har når det gjelder tilrettelegging – hva er arbeidsgivers ansvar etter arbeidsmiljøloven, og hva kan man få av bistand fra NAV? Ofte henviser vi til samarbeidspartnere som er mer aktuelle enn oss, eller som bør kobles på før hjelpemiddelsentralen involveres. Det kan være bedriftshelsetjenester, kommunehelsetjenesten, tilretteleggingstjeneste for studenter, PPT eller andre.

ARBEIDSPASSVURDERING

I de aller fleste saker hvor det er snakk om tilrettelegging i jobbsammenheng, er det en fordel å kunne dra ut på arbeidsplassen til vedkommende for å se hvor og hvordan de jobber. Som regel er det andre fagpersoner involvert i saken, for eksempel rådgiver i bedriftshelsetjeneste, kommuneergoterapeut eller andre. I noen tilfeller har også NAV-kontoret bestilt en arbeidsplassvurdering fra en ekstern ergo- eller fysioterapeut. Vi ønsker at det er gjort en slik vurdering før vi blir koblet på, men enkelte ganger blir vi nødt til å foreta vurderingen selv. I slike tilfeller kjenner jeg at det er godt å ha en utdanning som ergoterapeut. Jeg kan ta fram kompetansen min om blant annet funksjonsvurdering

og aktivitetsanalyse for å avdekke behovet for tilrettelegging eller andre tiltak.

TILRETTELEGGING

Ut fra hvilke behov vi avdekker, kan ulike tiltak være aktuelle. Noen ganger gir vi bare råd og tips, for eksempel om tiltak de kan sette i gang selv. De siste årene har det blitt mer og mer vanlig at vi bistår med faglig rådgivning uten at vi skal finansiere hjelpemidler. Arbeidsgiverne sier de gjerne kan betale utstyr og andre tilrettelegginger selv, men de vil ha hjelp til å finne ut hva som blir gode løsninger. I andre saker er det aktuelt å søke om hjelpemidler fra folketrygden. Da kan vi gi råd om valg og bruk av aktuelle hjelpemidler eller ombygging av maskiner. I disse sakene ønsker vi gjerne å bli koblet på så tidlig som mulig, slik at vi kan være med på prosessen og dermed har større mulighet til påvirkning på hvilken løsning som velges.

FUNKSJONSASSISTANSE

Et av NAVs tiltak som veldig mange ikke kjenner til, er funksjonsassistanse. De aller fleste kjenner ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA), og jeg pleier å forklare det med at funksjonsassistanse er omtrent samme ordning på arbeidsplassen. En funksjonsassistent kan for eksempel bistå med oppgaver som å lese eller skrive, kjøre, assistere ved måltider eller være med på jobbreiser og møter.

Jeg er kontaktperson for ordningen ved NAV Hjelpemiddelsentral Sør-Trøndelag. Min rolle er å utrede behovet for assistanse og lage en innstilling i saken. Dette er en ordning som stiller en del krav til arbeidsgiver, og det er derfor som regel behov for et informasjonsmøte med arbeidsgiver og

arbeidstaker ved oppstart av utredningen.

24-TIMERSMENNESKET

For flere av våre brukere er det viktig at ting fungerer på hjemmebane for at man skal kunne komme seg ut i eller fortsette å være i jobb. Mange er avhengige av hjelpemidler og annen tilrettelegging for å kunne fungere hjemme, i fritidsaktiviteter, på transport til og fra jobb og så videre.

Det å ha en bolig som fungerer, hjelpemidler til personlig stell og måltider, tilpasset bil og andre former for tilrettelegging er ofte avgjørende for om man har overskudd til å være i jobb, og i så stor stillingsprosent som man ønsker. Vi har sett konkrete eksempler på personer som har kunnet gå opp i stillingsprosent etter at de har fått tilrettelagt boligen sin. Andre ganger er det ungdom som sliter med søvnproblemer og ikke kommer seg opp om morgenen. I ett spesielt tilfelle tilpasset hjelpemiddelsentralen et avansert vekkesystem, og det var tiltaket som skulle til for at personen skulle komme seg på jobb til riktig tid.

DE KRITISKE OVERGANGENE

Det har de siste årene vært mer fokus på at overgangene i livet, som fra grunnskole til videregående skole, eller fra skole til arbeid, er kritiske faser for elever med funksjonsnedsettelse. NAV Hjelpemiddelsentral Sør-Trøndelag har blant annet gjennomført et prosjekt hvor vi satte fokus på gruppen tegnspråklige elever og overgang til lærlingeløp, studier eller arbeid.

Vi opplever også at vi kan bidra med nyttig kompetanse til NAV-kontoret når de skal bistå ungdommer med ulike former for

funksjonsnedsettelse som skal ut i arbeidslivet. Det kan være at de er ferdige med studiene, eller at de får behov for støtte fra NAV fordi de har fylt 18 år. Som regel er ungdommene et nytt bekjentskap for NAV-veilederen, men vi som jobber på hjelpemiddelsentralen, har gjerne kjent til vedkommende gjennom hele oppveksten.

ARBEIDSRETTEDE VEILEDNINGSTJENESTER

Fra 2016 tok hjelpemiddelsentralene over ansvaret for en del av de arbeidsrettede veiledningstjenestene i NAV. Vårt ansvar er målgruppene synshemmede, hørselshemmede og personer med ervervet hjerneskade.

I disse sakene vil vi også ha et samarbeid med NAV Arbeidsrådgivning, som har jobbet med dette lenge og har ansvar for de samme tjenestene til de øvrige brukergruppene.

Tjenestene retter seg mot brukere som har behov for:

- individuell yrkes- og arbeidsveiledning for å finne arbeidsmuligheter
- økt bevissthet om egne ressurser, forståelse og mestring av funksjonsnedsettelsen sett i sammenheng med arbeid
- bistand ved oppfølging på arbeidsplass, utdanningssted og tiltakssted
- gjennomgang av tilretteleggingsbehov på arbeidsplass og utprøving av tiltak og virkemidler

Tjenesten er tenkt som en bistand til både enkeltbrukere og veiledere på NAV-kontoret, og tilbudet skal gis i tett samarbeid med NAV-veileder. Vår kompetanse om utfordringer de nevnte brukergruppene kan ha, vil kunne være en støtte i den jobben de gjør.

Bistanden til NAV-veiledere

kan for eksempel bestå i å være en støttefunksjon ved utarbeidelse av arbeidsevnevurderinger og aktivitetsplaner. Det kan også være hjelp til å tolke legeerklæringer eller spesialistuttalelser. Et audiogram som ligger i saken til en hørselshemmet bruker, kan være vanskelig å forstå for en som ikke er fagperson, men vår audiograf kan hente nyttige opplysninger ut av det. Det samme gjelder en uttalelse fra øyelege eller en nevropsykolograpport – fagpersonene på hjelpemiddelsentralene har kompetanse til å forstå disse. Her er et eksempel på en sak som vi kan få henvist fra NAV-kontoret for arbeidsrettet veiledning:

Petter er en mann i trettiårene som mistet synet etter en ulykke. Han har en jobb som forutsetter at man ser noenlunde bra, og både han og arbeidsgiver skjønner at det vil bli vanskelig å fortsette i den samme jobben. I første omgang blir tilrettelegging på arbeidsplassen prøvd, blant annet ser de på endring av arbeidsoppgaver og aktuelle hjelpemidler. Det viser seg etter en stund at dette ikke er tilstrekkelig, og det lille firmaet har ikke noen andre arbeidsoppgaver som kan passe for Petter. Han innser da at han bør se seg om etter en annen jobb, og at han kanskje også må ta mer utdanning. Med hjelp fra NAV-kontoret og NAV Hjelpemiddelsentral kan han se på hvilke muligheter og begrensninger han har og hvilke yrker han selv tenker han har lyst til å prøve seg i. Veileder fra NAV Hjelpemiddelsentral kan si noe om hva synshemmingen vil bety i aktuelle yrker, og vil kunne gi råd om hva han må ta spesielt hensyn til. Dersom han er veldig usikker på valg av yrke, kan vi

tilby ham å ta en yrkeskartleggingstest med påfølgende veiledning. Videre kan det bli aktuelt med tilrettelegging både i eventuell ny jobb eller under studier hvis han velger å ta mer utdanning.

NYE ARBEIDSMETODER

De arbeidsrettede veiledningstjenestene stiller nye krav til oss på hjelpemiddelsentralene når det gjelder kompetanse og arbeidsmetoder. Som ergoterapeut ser jeg at det er en fordel å ha noe videreutdanning i tillegg til grunnutdanningen. Jeg har selv tidligere tatt utdanning både innen veiledning og arbeidshelse, og i forbindelse med overtakelsen av arbeidsrettede tjenester er det behov for mer kompetanse innen samtalemetodikk og yrkesveiledning. Jeg har derfor nylig blitt sertifisert som arbeidslivsveileder gjennom VIP24-programmet. Deler av verktøyet i dette programmet er basert på Antonovskys mestringsteori og friskfaktortenkning, så det er kjent stoff for oss ergoterapeuter. Alle ansatte ved hjelpemiddelsentralene som jobber med arbeidsrettede veiledningstjenester, får nå også tilbud om kurs i Motiverende intervju.

ERGOTERAPEUTENS KOMPETANSE

Som jeg har nevnt tidligere, synes jeg det å jobbe med rådgivning innen arbeidstilrettelegging ved hjelpemiddelsentralen er en svært relevant jobb for en ergoterapeut.

Jeg får brukt kompetansen min på kropp og helse, ergonomi, utredning og funksjonsvurdering, tilrettelegging og veiledning. Det oppleves som svært meningsfullt å bistå mennesker i å kunne komme i arbeid eller fortsette å være i arbeid!

TA SJANSEN!

Jeg vil oppfordre mennesker med funksjonsnedsettelser til å jobbe aktivt for en plass i arbeidslivet. Samtidig vil jeg utfordre arbeidsgiverne til å ta imot dem.



Marthe Schikora Rustad er utdannet sosionom. Hun er ansatt ved NAV Arbeidslivssenter i Vest-Agder.

Av Marthe S. Rustad

Jeg er ei jente på 26 år som er rullestolbruker fordi jeg har cerebral parese (CP). Jeg er utdannet sosionom og jobber til daglig hos NAV arbeidslivssenter i Vest Agder.

Jeg er oppvokst i en familie med funksjonsfriske søsken og er opplært i å se muligheter fremfor hindringer. Derfor har det alltid vært et mål for meg ikke å la rullestolen stoppe meg i noe. Helt siden ungdomsskolen har jeg hatt et ønske om at jeg på tross av CP skal komme meg ut i et arbeid hvor jeg kan bety noe for andre. Samtidig har jeg villet bevise at det å være i arbeid er fullt mulig også med min funksjonsnedsettelse.

Siden jeg er rullestolbruker, har det vært nødvendig med visse tilrettelegginger for at hverdagen min skal gå rundt. Det gjelder alt fra tekniske løsninger til å ha assistenter med meg. Det er ikke til å stikke under en stol at veien min mot arbeidslivet har vært svært krevende. Jeg



har blitt stilt overfor utfordringer som har krevd mye mot og energi. Et eksempel som illustrerer dette, er alle de fordommene jeg har blitt møtt med. Da jeg gikk på helsefagarbeiderlinjen, ble det blant annet stilt spørsmål ved om jeg kunne gjennomfø-

re praksisen. Skolen ønsket å frita meg fra denne, fordi de var opptatt av alle hindringene jeg ville møte, og alt jeg ikke ville få til. Det var svært utfordrende at skolen møtte ønsket mitt om en ordinær praksis med så stor skepsis. Jeg måtte kjempe for å få lov til å gjennomføre den. Praksisperioden ble for meg en fin opplevelse, og skolen lærte nok at man må se muligheter i stedet for hindringer. Dette har jeg tatt med meg videre.

I arbeidslivet har jeg også blitt møtt med fordommer knyttet til hvordan jeg, med mine funksjonsnedsettelser, skal kunne jobbe. Det å bli møtt med skepsis på grunn av rullestolen har fått meg til å føle meg sårbar, samtidig som jeg har brukt ekstra mye krefter for å vise at jeg faktisk kan klare det. Sammen med de nærmeste og fagpersoner som ergoterapeut og fysioterapeut fant jeg nye praktiske løsninger for at jeg skulle kunne nå målet mitt om å komme ut i arbeid. Et



Marthe i et jobbmøte ved NAV Arbeidslivssenter.

av tiltakene er at jeg har med assistent, slik at arbeidshverdagen skal gå lettere. Dette gir meg den friheten jeg ønsker. Det er ikke alltid så mye som skal til.

Mitt motto har som nevnt vært ikke å se på rullestolen som et hinder for min måloppnåelse. For å lykkes med dette har jeg selvfølgelig måttet forsone meg med funksjonsnedsettelsen min og akseptere at rullestolen er min følgesvenn. CP og rullestolen er en del av meg, men det er jeg som setter mine egne mål. Etter mitt syn er det nødvendig at man selv har mye stå-på-vilje, og at man selv setter seg godt inn i hvilke ordninger som finnes og hvilke rettigheter man har.

Samtidig har det vært avgjørende å samarbeide tett med både skole, fagpersoner og NAV. Det er viktig å tørre å ta imot råd og veiledning fra ulike fagpersoner og stole på at disse vil det beste for deg.

Jeg har for min del hatt en god støtte og motivator i

arbeidslivscoachen ved NAV Arbeidslivssenter. Han har vært en nøkkelperson når det gjaldt å få satt målet mitt ut i virkeligheten. Blant annet har han lært meg å gå inn i ting med et åpent sinn og ikke være for opphengt i at den første jobben nødvendigvis skal bli akkurat slik jeg så det for meg i hodet. Det er bra å være åpen for ulike muligheter før man konkluderer.

Jeg har vokst som person på min vei inn i arbeidsmarkedet. Jeg har lært at du som funksjonshemmet ikke skal «skamme» deg over funksjonsnedsettelsen din, men med stolthet ta i bruk alt av virkemidler som kan hjelpe deg både generelt i hverdagen og i en arbeidshverdag.

Personlig har jeg stor glede av arbeidslivet. Det er meningsfullt å være til nytte for andre og gjøre en forskjell. På bakgrunn av dette oppfordrer jeg personer med funksjonsnedsettelse til å tørre å sette seg et mål om å komme ut i arbeidslivet og jobbe aktivt

mot dette. Det er viktig å ha et mål å strekke seg etter. For å nå dem kan det være lurt å sette seg mange mindre delmål, slik at du konsentrerer deg om en ting av gangen. Da kan diverse utfordringer bli møtt i mindre doser.

Jeg vil også oppfordre arbeidsgivere til å tørre å ta sjansen på å ansette personer med funksjonsnedsettelse og ikke være redd for å ta i bruk støtteapparatet og ordningene som følger med arbeidstakeren.

Jeg er av den oppfatning at når man er litt dristig, gir en seg selv muligheten til å bli overrasket. Stengte dører kan åpne seg. Når du våger å investere noe, kan gevinsten bli så mye større.

Å være i arbeid gjør at jeg føler at livet mitt er meningsfullt og viktig. Jeg treffer mange mennesker, og det å oppleve at innsatsen min betyr noe, er gull verdt for livskvaliteten. Jeg ønsker med dette å være en motivator for andre som er i samme situasjon.

Arbeid gir helse

Om NAV skal lykkes med å få flere i arbeid, er vi avhengige av tettere samarbeid mellom NAV, arbeidsgivere og helsesektoren.

Av Sigrun Vågang

Norge er for de fleste et godt land å bo i. Vi har lav ledighet, høy yrkesdeltakelse og relativt sett god utjevning på inntekt og goder.

Samtidig ser vi blant annet at nærmere én av seks mottar helserelaterte ytelser, og at vi har verdens høyeste sykefravær. Vi har en stigende andel unge mennesker med psykiske lidelser innen stønadsområdene våre. Vi vet også at dagens velferdsnivå utfordres demografisk ved at det blir langt flere eldre. Det offentlige økonomi vil komme under press.

Arbeid er vår viktigste kilde til verdiskapning. For at vi skal opprettholde velferdssamfunnet trenger vi flere hender og færre på stønad. Mange av de som står utenfor i dag, må bidra inn i arbeidslivet og til verdiskapning. Det var for å få flere i arbeid at NAV ble etablert. Den utfordringen står like tydelig for oss i dag som for ti år siden. Tiden er moden for tettere samhandling mellom NAV, arbeidsgivere og utdannings- og helsesektoren.

MANGE ØNSKER Å JOBBE

En høyt prioritert oppgave i NAV er å knytte arbeid og helse tettere sammen. Selv om folkehelsen

har holdt seg stabilt god, har det de siste 20 årene vært en klar dreining mot økt bruk av helselaterte ytelser som arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.

Blant ungdom og unge voksne har forekomsten av psykiske lidelser økt. Sammenlignet med andre OECD-land har Norge relativt sett lav yrkesdeltakelse blant personer med psykiske lidelser. Tiltak for denne gruppen krever ofte et omfattende samarbeid med helsetjenesten.

En annen gruppe er personer med nedsatt funksjonsevne. Ifølge Statistisk Sentralbyrå er det i Norge 78 000 ikke-sysselsatte funksjonshemmede som ønsker arbeid. 22 000 av disse er under 30 år. Gruppen møter store utfordringer når de skal ut i arbeidslivet, og IA-avtalens mål om økt sysselsetting blant funksjonshemmede er ikke nådd.

Det ordinære arbeidslivet vil i tiden fremover i sterkere grad bli ansett som arenaen for å kvalifisere og inkludere arbeidskraft for begge disse gruppene. Vi ser at for de fleste er det godt for helsen å være i arbeid.

BEHOV FOR SAMARBEID

Skal vi lykkes med samfunnsoppgavet vårt – å få flere i arbeid

– er det avgjørende at NAV, helsesektoren og arbeidsgiverne samarbeider tettere for å få til bedre og mer tilpasset oppfølging for den enkelte. Den nye stortingsmeldingen «NAV i en ny tid» peker ut retningen. Styrket samarbeid er viktig for å øke arbeidsmulighetene for personer med moderate og alvorlige psykiske lidelser og nedsatt funksjonsevne.

Her har vi startet arbeidet med å inngå samarbeidsavtaler mellom NAV og helseforetak og gjennom planlagte årlige felleskonferanser om arbeid og helse. Det vil også bli utarbeidet noen felles modeller for videre samhandling basert på erfaringer fra ulike forskningsprosjekter.

For personer med nedsatt funksjonsevne er det viktig at arbeidet og arbeidsmiljøet tilrettelegges, og mange har behov for tekniske hjelpemidler. Hjelpemiddelsentralene har god kompetanse som bør etterspørres i større grad. Fra første januar i år er ny arbeidsrettet veiledningstjeneste for personer med hørselshemming, synshemming og hjerneskade etablert ved alle hjelpemiddelsentralene. Dette vil gi nye muligheter for tettere kontakt mellom hjelpemid-



Sigrun Vågang er arbeids- og velferdsdirektør. Foto: Eivind Skjefeld

del- og tilretteleggingsområdet og NAV-kontorer, som igjen vil komme alle brukere med nedsatt funksjonsevne til gode.

INKLUDERINGSKOMPETANSE

Inkluderingskompetanse er kunnskap, ferdigheter og holdninger i å støtte arbeidssøkere og arbeidsgivere slik at personer med bistandsbehov kan delta i det ordinære arbeidslivet.

Arbeidsinkludering er et område som trenger både et kunnskaps- og et kompetanseløft. Høgskolen i Oslo og Akershus har opprettet Kompetansesenter for arbeidsinkludering. Satsning på inkluderingskompetanse er enkelt og velbegrunnet. Basert på forskning og forsøk, vet vi at

- De aller fleste har en arbeidsevne som kan brukes.
- De aller fleste utvikler arbeidsevnen best gjennom tilrettelegging og bistand i ordinært arbeidsliv.

Det er grunnlag for å si at dette gjelder for både friske mennesker i yrkesaktiv alder, mange funksjonshemmede og de fleste mennesker med vanlige helseproblemer. Vi vet at arbeidsevne i stor grad henger sammen med omgivelsene, og vi må derfor i større grad legge vekt på relasjoner. For å få til dette må vi samarbeide på tvers av nivåer, sektorer og fag, utvikle tjenestene i partnerskap med brukere, utøvere, arbeidsgiver og arbeidstaker og styrke lokale krefter både i NAV og i helsetjenesten.

ERGOTERAPEUTENE HAR RELEVANT KUNNSKAP

Det er viktig å ta utgangspunkt i den enkelte brukers muligheter snarere enn hvilken diagnose eller ytelse vedkommende har. Hjel-



Vi ser at for de fleste er det godt for helsen å være i arbeid.

peapparatet skal legge til rette for at den enkelte på best mulig vis får muligheten til å prøve seg i arbeidslivet.

En av NAVs hovedutfordringer er å legge til rette for en god match mellom den enkeltes muligheter og begrensninger og arbeidsgivers krav og forventninger, samt å sikre både arbeidssøker og arbeidsgiver den bistanden som er nødvendig for

å etablere og opprettholde et arbeidsforhold.

For at vi skal lykkes med arbeidsinkludering er det en forutsetning at brukerne medvirker, og at vi veileder den enkelte til å se nye muligheter. Vi må gi støtte og mestingsopplevelser, ta dem på alvor og ta utgangspunkt i ressursene deres. Her har ergoterapeutene en svært relevant kompetanse som det er behov for.

«Fremgangsrik bedriftshelsetjeneste – kunnskapsbasert, robust og innovativ»

var parolen til Landskonferansen BHT 2016 på Lillestrøm, som hadde fokus på arbeidsmiljø og forskningsbasert kunnskap. Stor spenning var knyttet til presentasjonen av SINTEFs evaluering av bedriftshelsetjenestene, som viste et sammensatt bilde av tjenestene og den bistanden de gir i bedriftene.



Anita Engeset er seniorrådgiver i Ergoterapeutene
E-post: ae@ergoterapeutene.org

Av Anita Engeset

Deltakerne kom fra bedriftshelsetjenester i hele landet, men der var også deltakere fra blant andre Arbeidstilsynet, Arbeidslivssentrene og noen utdanningsinstitusjoner. I tillegg til evalueringsrapporten var det mange interessante temaer om arbeidsmiljøtiltak og økonomi, psykososialt arbeidsmiljø og kartlegging, og hvordan en utvikler forskningsbaserte bedriftshelsetjenester.

BEDRIFTSHELSETJENESTENS ROLLE OG OPPGAVER

Bedriftshelsetjenesten er fagkyndige rådgivere innen forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Tjenesten kan organiseres på ulike vis, men skal godkjennes av Arbeidstilsynet. En del virksomheter er forpliktet til å ha en tilknytning til bedriftshelsetjeneste (BHT); dette er nedfelt i en bransjeforskrift for BHT. Det er også en egen bransjeforskrift som gir føringer for BHTs roller og oppgaver (www.inkluderende.no).

Bedriftshelsetjenesten skal blant annet bistå arbeidsgiver ved planlegging, tilrettelegging og organisering av arbeidet, samt andre forhold som har betydning for helse og trivsel på arbeidsplassen. De skal også kunne bistå virksomheten med sykefraværs- og attføringsarbeidet og skal kunne foreta en funksjonsvurdering av den enkelte arbeidstaker i forhold til restarbeidsevne (www.inkluderende.no).

EVALUERING AV BEDRIFTSHELSETJENESTEN

Det er nå seks år siden innføringen av den obligatoriske godkjenningsordningen og utvidelsen i bransjer

som har plikt til bedriftshelsetjeneste. Tilbydere av bedriftshelsetjeneste til virksomheter som har plikt til BHT, skal være godkjent av Arbeidstilsynet (www.arbeidstilsynet.no). Virksomheter som er pålagt å være tilknyttet BHT, er per i dag hovedsakelig bedrifter der arbeidstakerne er mye utsatt for støy, støv og fysisk tunge belastninger.

Arbeids- og sosialdepartementet ønsket en uavhengig vurdering av treffsikkerheten og effekten av bedriftshelsetjeneste som virkemiddel. Evalueringen var gjennomført av SINTEF Teknologi og Samfunn, og resultatene ble presentert av forskningssjef Roald Mandal.

I prosjektet har det vært viktig å fremskaffe kunnskap om hvorvidt graden av bruk av bedriftshelsetjenesten støtter opp under målsettingen om systematisk og forebyggende HMS- og arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene (Mandal et al, 2016).

Noen sentrale funn i rapporten:

- Virksomhetene opplever at bedriftshelsetjenesten bidrar til utvikling av virksomhetens HMS-rutiner, og til å styrke fokuset på arbeidsmiljø.
- Bedriftshelsetjenestene er i endring, og det er økt fokus på psykososialt arbeidsmiljø.
- Bedriftshelsetjenestene opplever at de i for liten grad jobber forebyggende, og at de skulle ha jobbet mer med de lovpålagte tjenestene.
- Det er en etterspørsel etter tjenester bedriftshelsetjenestene ifølge forskriften ikke skal dekke.
- Godkjenningen vurderes som en viktig ordning, men det er for lett å tilpasse seg til godkjenningskravene.

- Arbeidstilsynet vurderes jevnt over som en god samarbeidspartner for bedriftshelsetjenestene. (Mandal et al., 2016)

Det var bred enighet om hovedlinjene i evalueringen, og landskonferansen ga gode muligheter for å diskutere hvordan evalueringen kan brukes til å gjøre bedriftshelsetjenestene enda bedre. Enkelte BHT opplevde uklare roller og ansvar mellom NAV Arbeidslivssenter og BHT. Det koster penger for bedriften å benytte BHT, mens tjenester fra NAV Arbeidslivssenter er gratis.

Det ble også reist mange spørsmål: Hvilke udekkede behov er det i bedriftene? Er tilbudet i bedriftshelsetjenestene for standardisert og lite individuelt tilpasset? Henger mange virksomheter fortsatt igjen i tradisjonell tenkning om hva bedriftshelsetjenesten kan tilby?

Deltakerne var enige i rapportens vurdering av at godkjenningskravene var for lette å tilpasse seg, og tok til orde for at håndhevingen måtte skjerpes inn. Bedriftshelsetjenesten må minst ha den tverrfaglige kompetansen og det volumet som er nødvendig for å bistå virksomhetene i arbeid med god forebygging og inkludering for å bli godkjent. Det er viktig at BHT arbeider kontinuerlig med kompetanse, både bransjekunnskap og faglig utvikling. Bedriftshelsetjenesten må levere kunnskapsbaserte tjenester i dialog med virksomhetene. I tråd med dette presenterte Landskonferansen 2016 forskning og kunnskap som er viktig og relevant for BHT og virksomhetene.

Konferansen satte også fokus på at bedriftshelsetjenesten måtte utvikle seg som organisasjon og bli mer robust og innovativ. Hvordan bygge opp en nytenkende og kreativ BHT bygget på kunnskap? Selv om kvaliteten og kompetansen i de ulike bedriftshelsetjenestene varierer noe, var konklusjonen at de var på riktig vei.

ERGOTERAPEUTERS KOMPETANSE ER VIKTIG

Ergoterapeutene mener at ergoterapeuters ressursorienterte tilnærming med vekt på relasjon mellom arbeidstaker, arbeidsgiver og omgivelser er et viktig bidrag inn i bedriftshelsetjenesten. Ergoterapeuter iverksetter tiltak som bygger på arbeidstakers ressurser, og finner løsninger når det oppstår et gap mellom helsen og arbeidslivets krav.

Ergoterapeuter arbeider kunnskapsbasert. De siste årene har det kommet flere systematiske oversikter innen arbeidsdeltakelse som viser at tilrettelegging og tilpasning av arbeidsplassen gir reduksjon i syke-



Ingelin Rød og Anita Engeset på Landskonferansen BHT 2016.

fravær, jamfør van Vilsteren et al. (2015) og Nieuwenhuijsen et al. (2014).

Ergoterapeutene mener det er behov for en mer tverrfaglig kompetanse og tilnærming i BHT, og at ergoterapeuters metoder og tilnærming er et viktig bidrag for å imøtekomme godkjenningskravene.

Referanser:

- Arbeidstilsynet.no. Godkjenning av BHT og hvilke virksomheter har plikt til å være tilknyttet BHT. Hentet 19.01.2017 fra: <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=102478>
- Inkluderende.no. IA et mer inkluderende arbeidsliv. Hentet 19.01.2017 fra: <http://inkluderende.no/tilrettelegging/bedriftshelsetjeneste>
- Mandal R., Dyrstad K., Melby L. & Midtgård T. (2016). Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge. SINTEF Rapport A27819.
- Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J.H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H.L., Verhoeven, A.C., van der Feltz-Cornelis, C.M. & Bültmann, U.(2014) Interventions to improve return to work in depressed people (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD006237. DOI: 10.1002/14651858.CD006237.pub3.
- van Vilsteren M., van Oostrom S.H., de Vet H.C.W., Franche R.L., Boot C.R.L. & Anema J.R. (2015). Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews.

Hvor og hvordan arbeider medlemmer innen arbeidsdeltakelse, psykisk helse og rus?

I handlingsplanen for Ergoterapeutene 2015–2017 er et av satsningsområdene at «Ergoterapeuters kompetanser innen arbeidsliv, psykisk helse og rus skal være synlige og verdsatt».

Av Solrun Nygård og Anita Engeset

I dette arbeidet var det viktig å vite mer om hvordan status er i dag. Høsten 2016 ble det derfor gjennomført en spørreundersøkelse blant alle medlemmene for å få mer informasjon om hvor og hvordan ergoterapeuter arbeider innenfor fagområdene arbeidsdeltakelse, psykisk helse og/eller rus. Ergoterapeutenes medlemsarkiv har informasjon om hvilken arbeidsplass medlemmene har og hvilket tariffområde, men mangler informasjon om hvilket fagområde medlemmene arbeider innenfor.

927 medlemmer svarte på undersøkelsen. Av disse arbeidet 101 i hovedsak med arbeidshelse, 192 i hovedsak innen psykisk helse, 44 i hovedsak innen rus.

Ergoterapeutene vil takke de som deltok i medlemsundersøkelsen. Det kom veldig mange og gode innspill. Vi tar dem med oss i videre arbeid. Det er bare essensen av innspillene som tas med her.

Medlemsundersøkelse arbeid

101 respondenter

Hvor jobber de?

- 36 jobber privat, hovedsakelig innen BHT eller arbeidsmarkedsbedrifter.
- 26 arbeider i staten. Hovedsakelig i NAV, men også i Arbeidstilsynet og innen utdanning.
- 18 er ansatt i kommunen i ulike helse- og velferdstjenester med arbeid som mål.

- 21 jobber i spesialisthelsetjenesten med fokus på arbeid.

Medlemsundersøkelse arbeidsdeltakelse

101 respondenter

35 har stillingstittel ergoterapeut. Øvrige stillingsbetegnelser er miljøterapeut, konsulent, rådgiver og en stor gruppe «annet» (bedriftsergoterapeut, karriereveileder, jobbkonsulent, personalutvikler, seniorinspektør, HMS-rådgiver, jobbspesialist, ergonom, avdelingsleder og spesialergoterapeut).

I hvilken grad stemmer disse beskrivelsene for din arbeidshverdag?

- Jeg arbeider ut fra brukers egne mål: 75 prosent svarte i stor grad, og 14 prosent i noen grad.
- Jeg bruker ergoterapeutiske redskaper for å kartlegge funksjon: 16 prosent svarte i stor grad, og 44 prosent i noen grad.
- Jeg bruker ergoterapeutiske redskaper for å kartlegge aktivitet: 17 prosent svarte i stor grad, og 36 prosent i noen grad.
- Jeg bruker ergoterapeutiske redskaper for å kartlegge omgivelser og miljø: 77 prosent svarte i stor grad, og 44 prosent i noen grad.
- Jeg graderer og tilrettelegger aktiviteter og miljø: 50 prosent svarte i stor grad, og 27 prosent i noen grad.

- Brukers hjem er arena for tiltak direkte eller indirekte: 8 prosent svarte i stor grad, og 19 prosent i noen grad.
- Brukers nærmiljø er arena for tiltak direkte eller indirekte: 14 prosent svarte i stor grad, 30 prosent i noen grad.
- Brukers arbeidsplass er arena for tiltak, direkte eller indirekte: 78 prosent svarte i stor grad, 10 prosent i noen grad.
- Jeg har samme arbeidsoppgaver som mine kollegaer: 39 prosent i stor grad, og 49 prosent i noen grad.
- Jeg får brukt min ergoterapikompetanse: 79 prosent svarte i stor grad, 18 prosent i noen grad.

Har du innspill til hvordan forbundet kan bidra for å nå disse målene?

Medlemmene ønsker at forbundet skal jobbe politisk og faglig for å synliggjøre ergoterapeuters inkluderingskompetanse, tilrettelegging og oppfølging fortrinnsvis i ordinært arbeid, men også innen arbeidsmarkedsbedrifter. De ønsker også at forbundet skal jobbe for at NAV og BHT i større grad ansetter ergoterapeuter.

På hvilke områder burde ergoterapeuters kompetanse i større grad brukes?

Medlemmene mener at ergoterapeuter i større grad bør jobbe med marginalisert ungdoms mestring og muligheter innen utdanning og arbeid. De mener også at ergoterapeuter i større grad kan jobbe med kartlegging og tilrettelegging og trening på arbeidsplassen, ikke bare på kontor. De ønsker også at ergoterapeuter skal jobbe på legekontor for å supplere legen med medisinske vurderinger ved sykmelding med vurdering av funksjon og muligheter for å utføre arbeid.

Hvilke arbeidsoppgaver kunne du som ergoterapeut ønske deg, eller ønske deg mer av?

I medlemsundersøkelsen skriver flere at de ønsker mer tid og rom til å bruke verktøy og muligheter for utprøving av konkrete arbeidsmetoder. Innen arbeidsrettet rehabilitering ønsker en å kunne komme tidligere inn og utføre arbeidsplassvurdering. Noen ønsker å være mer delaktig i oppfølging og tilrettelegging for sykmeldte og å kunne tilrettelegge for kognitive utfordringer i arbeidslivet. Flere ønsker å jobbe mer helsefremmende og forebyggende og å jobbe for bedre overganger mellom spesialisthel-

setjenesten og kommunehelsetjenesten for å sikre videre oppfølging.

Har du forslag til kurs eller kurstema?

Det er et ønske om kurs med fokus på arbeidslivet, hva ergoterapeuter kan bidra med på ulike arenaer, og hvilke fagspesifikke og kvalitetsvurderte kartleggingsmetoder som enkelt kan benyttes uten dyre sertifiseringer. Flere savnet fagseminarer og møteplasser med fokus på arbeidsliv og arbeidsdeltakelse, gjerne sammen med andre som arbeider innen samme område.

Medlemsundersøkelsen psykisk helse

193 respondenter

Hvor jobber de?

Respondentene er nesten likt fordelt mellom spesialisthelsetjenesten (89) og kommunehelsetjenesten (79). Resten jobber i statlig (6) og privat sektor (18).

I kommunene jobber de fleste i tjenesten psykisk helse, men det er også ergoterapeuter tilknyttet bolig, dagsenter/aktivitetshus og ulike tjenester, som tildelingskontor, NAV, skole og asylmottak.

I spesialisthelsetjenesten jobber de fleste på sykehus døgnavdeling, men nesten like mange er tilknyttet DPS. Noen få arbeider på sykehus dagavdeling, FACT-team og i BUP.

Stillingsbetegnelse

Flertallet (103) har stillingstittel som ergoterapeut. Av disse har 51 stillingsbetegnelsen ergoterapeut, 18 er ergoterapispesialister og 34 er spesialergoterapeuter. 50 er ansatt som miljøarbeidere. Øvrige stillingsbetegnelser er profesjonsnøytrale, som blant annet ulike stillingsbetegnelser for ledere.

Hvordan jobber respondentene?

Medlemmene gir tilbakemelding om at de til en viss grad bruker ergoterapeutiske kartleggingsinstrumenter. Halvparten oppgir at de i stor grad har de samme arbeidsoppgavene som kollegaene sine. Over halvparten mener de i stor grad får brukt ergoterapeutkompetansen sin.

Har du innspill til hvordan forbundet kan bidra til å nå samfunnspolitiske mål?

Medlemmene ønsker at forbundet skal jobbe politisk og faglig for å synliggjøre at kompetansen vår innen psykisk helse og rus er sentral for å nå brukernes og samfunnspolitiske mål i spesialist- og kommunehelsetjenesten og NAV.

Arbeidsoppgaver du ønsker deg mer av?

Medlemmene ønsker å kunne ta i bruk mer av ergoterapikompetansen sin i kartlegging og oppfølging over tid. De ønsker eksponering og ferdighetstrening i reelle situasjoner i stedet for å snakke om aktivitet på kontoret og gi aktivitetsutprøving i hjemmelekse. Flere ønsker å bruke mer standardiserte kartleggingsverktøy og foreta mer kartlegging og observasjoner i hjemmet til pasienten. De vil også jobbe mer med forebyggende og helsefremmende arbeid i form av aktivitet og veiledning eller informasjon.

Forslag til kurs eller kurstema?

Respondentene gir mange forslag til kurs. Her er noe av det som gikk igjen:

- Kurs som bidrar til å holde fast ved det ergoterapifaglige
- Hvordan bidra til å synliggjøre ergoterapeuters kompetanse i psykisk helse på sykehusnivå, for eksempel i utvikling av medikamentfritt behandlingstilbud.
- Hverdagsrehabilitering innen psykisk helse
- Ergoterapeutiske kartleggingsinstrumenter innen psykisk helse
- Barn og psykisk helse, gjerne innen autisme

Medlemsundersøkelsen rus

44 respondenter

Hvor de jobber

Respondentene er nesten likt fordelt mellom kommune (22) og spesialisthelsetjenesten (16).

I kommunene jobber de i tjenesten for psykisk helse og rus. På sykehusene arbeider de på sykehus døgn- og dagavdeling, DPS, rusklinikk og akuttteam i DPS. Flere jobber i enheter som ivaretar personer med dobbeltdiagnoser, som psykose- og rusenhet, ROP-team.

Stillingsbetegnelse

Halvparten av respondentene har stillingsbetegnelsen ergoterapeut eller spesialergoterapeut.

Tolv respondenter arbeider i stilling for miljøterapeut. Ellers er det mange ulike profesjonsnøytrale stillingsbetegnelser, og fire er avdelingsledere.

Hvordan jobber respondentene?

Medlemmene gir tilbakemelding på at de i stor grad jobber ut ifra brukers mål. De bruker ergoterapeutiske kartleggingsinstrumenter i varierende grad. Flertallet oppgir at de graderer og tilrettelegger

aktiviteter. Flertallet bruker hjem og nærmiljø som arena. Halvparten bruker arbeidsplass som arena. Halvparten oppgir at de i stor grad har de samme arbeidsoppgavene som kollegaene sine. Over halvparten mener de i stor grad får brukt ergoterapeutkompetansen sin.

Innspill på hvordan forbundet kan bidra

Medlemmene ønsker at forbundet skal synliggjøre kompetansen til ergoterapeuter som en viktig del av det totale behandlingstilbudet, som i dag har et sterkt medisinsk fokus. De ønsker at forbundet skal kommunisere at:

- Ergoterapeuter er viktige for at brukeren skal kunne mestre hverdagen.
- Vi er spesialister på kartlegging og tilrettelegging som muliggjør meningsfull aktivitet.
- Vi har kompetanse på å finne nye rutiner, bygge gode vaner, finne meningsfulle aktiviteter, bygge nytt nettverk og fungere i egen bolig.
- Rusmisbrukerne trenger å legge ruslivet bak seg ved å skape en ny identitet gjennom aktivitet og deltakelse. Da trengs det kompetanse på hvordan aktivitet påvirker mennesket.
- Arbeid er viktig, og forbundet må bidra til å synliggjøre hvordan ergoterapeuter kan bidra ved å tilrettelegge og gradere arbeidet.

På hvilke områder burde ergoterapeuter i større grad brukes?

Medlemmene mener at ergoterapeuters kompetanse vil være nyttig innen ettervernstilbud for rusmiddelbrukere med ferdighetstrening for å mestre livet i egen bolig og delta i sosialt i samfunnet. De mener også at ergoterapeuter bør jobbe i NAV for å vurdere klientens funksjonsevne i forhold til ulike arbeidsoppgaver.

Hvilke typer arbeidsoppgaver kunne du som ergoterapeut ønske deg, eller ønske deg mer av?

Medlemmene ønsker å kunne gjøre mer bruk av ergoterapeutiske kartleggingsverktøy og metoder. De ønsker å få anledning til å jobbe mer ergoterapispesifikt enn i dag. De mener at de har for mange miljøterapeutoppgaver i hverdagen, og da blir rollen som ergoterapeut mer usynlig. Da er det også vanskelig å bruke ergoterapeutiske kartleggingsredskaper.

De ønsker å løfte ergoterapeuters aktivitetsperspektiv gjennom ferdighetstrening innen ADL, matlaging, rengjøring, hygiene, sosial trening og så videre.

De er også positive til å jobbe med individuell jobbstøtte innen NAV.

Har du forslag til kurs eller kurstema?

Forslag til kurs var:

- Hvordan jobbe ergoterapeutisk innen rusfeltet
- Ergoterapi for rusmisbrukere med psykiske lidelser
- Hvordan jobber andre ergoterapeuter innen dette feltet? Hva virker, og hva virker ikke?
- Ergoterapi som miljøterapeutisk tiltak for å unngå medikamentell behandling

Diskusjon

Dataene viser at respondentene jobber likt fordelt mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Det hadde vært interessant å følge opp med en tilsvarende medlemsundersøkelse om et par år for å se om dette endrer seg – om flere av stillingene da vil være i kommunene.

Et lite flertall av respondentene har en stillingstittel som er spesifikk for ergoterapeuter. Her hadde det også vært interessant å følge utviklingen over tid for å se om dette endrer seg, om flere av stillingene vil være profesjonsnøytrale, som for eksempel miljøarbeider.

To tredjedeler av respondentene sier de i stor grad arbeider ut ifra brukers mål. Hva med resten? De kan være i ledende stillinger eller jobbe uten direkte brukerkontakt.

Medlemsundersøkelsen etterspør bruken av ergoterapeutiske kartleggingsredskaper, og svarene viser at det er stor variasjon i bruken av ergoterapeutiske kartleggingsinstrumenter. Det er bare noen av respondentene som systematisk bruker ergoterapeutiske kartleggingsredskaper. De øvrige respondentene kan bruke ergoterapispesifikke kartleggingsinstrumenter i noen eller liten grad. Noen kan benytte kartleggingsinstrumenter som er tverrfaglige eller bruker observasjon i aktiviteter som metode for kartlegging.

Årsakene til dette kan være mange. Det kan være manglende kjennskap til aktuelle fagspesifikke kartleggingsredskaper, forventning på arbeidsplassen om at alle skal bruke felles tverrfaglige kartleggingsredskaper, eller at en kartlegger gjennom observasjon i aktiviteter uten å følge en standardisert kartleggingsmetode.

Det varierer også hvor mye respondentene bruker naturlige arenaer for kartlegging og tiltak. Noe kan forklares med at halvparten av respondentene jobber innen spesialisthelsetjenesten, og da kan det være utfordrende å skape naturlige arenaer.

Mange av respondentene jobber i tverrfaglige team eller i miljøarbeiderstillinger. Det kan forklare at over halvparten av respondentene oppgir at de i stor grad har de samme arbeidsoppgavene som kollegaene sine. Det kan at hende noen av respondentene svarer dette fordi kollegaene også er ergoterapeuter, men det er trolig en liten andel. Er det et krav på arbeidsplassen at alle skal jobbe likt? Er det vanskelig å stå fram med ergoterapeutkompetansen sin når en kanskje er eneste ergoterapeut blant mange med annen fagbakgrunn? Kjenner ikke leder og kollegaer til ergoterapeuters kompetanse? Blir ikke ergoterapeutens spesifikke kompetanse etterspurt? Hvordan forstås det å jobbe tverrfaglig hvis ikke den spesifikke kompetansen til hver fagperson i teamet tas i bruk?

Drøyt halvparten av respondentene sier de i stor grad får brukt sin kompetanse som ergoterapeut. Dette henger trolig sammen med spørsmålet over. Hvis alle blir like, uavhengig av fagbakgrunn, kan ergoterapeuten oppleve bare å få brukt deler av kompetansen sin.

Hva kan forbundet gjøre?

Kommunisere ergoterapeuters kompetanse

Svarene fra medlemsundersøkelsen kan tyde på at ergoterapeuters kompetanse ikke er godt nok kjent for politikere, ledere og kollegaer innen fagfeltene psykisk helse og rus. Det kan føre til at det ikke opprettes stillinger for ergoterapeuter, eller at de ergoterapeutene som arbeider innen feltet, ikke får anledning til å ta i bruk kompetansen sin til beste for brukerne. Forbundet sentralt kan jobbe mot sentrale myndigheter og bidra til at regionene, tillitsvalgte og enkeltmedlemmer får redskaper til å kommunisere det samme lokalt.

Motivere til å ta i bruk ergoterapeutisk kartlegging

Ergoterapeutene trenger også å styrke sin egen yrkesidentitet. Ergoterapeutiske kartleggingsinstrumenter er brukersentrerte. De får fram brukers egne mål og om det er forhold ved brukeren, aktiviteten eller omgivelsene som står i veien for mestring av aktiviteter i hverdagslivet. De kan være nyttige redskaper til å kommunisere ergoterapeuters kompetanse og kjerneområde for både bruker, kollegaer og ledere, og vil være et viktig bidrag inn i det tverrfaglige arbeidet. Flere i medlemsundersøkelsen sier de ønsker å ta i bruk mer ergoterapeutiske kartleggingsredskaper. Forbundet bør arrangere flere kurs hvor medlemmene får anledning til å bli kjent med de mest aktuelle kartleggingsinstrumentene.

GIFTET DEG? SKILT DEG? FÅTT BARN? KJØPT HUS?

DA ER DET PÅ TIDE Å SE OVER FORSIKRINGENE

Når du tar de store grepene i livet, må du samtidig se over at personforsikringene passer til din nye tilværelse. Som etablert voksen med samboer, barn og gjeld har du bruk for helt andre forsikringer enn som singel 22-åring. Den gangen var det kanskje nok med en reiseforsikring!

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt i Ergoterapeutenes forsikringsselskap

HVA TRENGER DU?

Forsikringsbehovet endrer seg altså i takt med livssituasjonen. En personforsikring skal være en økonomisk buffer om noe skulle skje. Våre forsikringssummer er knyttet opp til grunnbeløpet i folketrygden, der 1G er 92 576 kroner per første mai 2016. En eventuell utbetaling er skattefri og kan brukes fritt etter ønske og behov. Det er ingen samordning med andre forsikringer.

UFØRHET

Uførhet rammer deg direkte og vil gå hardt utover inntekten din. Blir du 100 prosent varig ufør, har du rett til 66 prosent i uføretrygd fra NAV.inntekt over 6G blir ikke tatt med i beregningen av størrelsen på uføretrygden din. Jo høyere lønn du har, jo større blir tapet. Tegner du en uføreforsikring, vil dette kompensere for inntektstapet. Forsikringen gir en engangserstatning dersom du blir minimum 50 prosent arbeidsufør. Du kan kjøpe 12G, 24G eller 36G i uføreforsikring, både for deg selv og for ektefelle eller samboer. Kanskje er det nå du skal prioritere å få dette ordnet?

DØD – LIVSFORSIKRING

Hva skjer med din livssituasjon

dersom din ektefelle eller samboer dør? Har du råd til å beholde boligen? Finnes det andre arvinger du må kjøpe ut av boligen? Har du råd til hele byrden av boliglånet med én inntekt? Hensikten med forsikringen er å sikre de etterlatte, slik at den økonomiske hverdagen deres ikke blir for vanskelig. Hos oss kan både medlem og ektefelle eller samboer velge 12G, 24G eller 36G i forsikringssum.

KRITISK SYKDOM

Hvert år rammes over 60 000 nordmenn av en kritisk sykdom. Blir en rammet av kritisk sykdom, er behovene mange. Å bekymre seg for det økonomiske aspektet burde ikke være et av dem. Du kan kjøpe dekning inntil 10G (Kroner 925 760) både for deg selv og for ektefelle/samboer. Forsikringen gir en engangsutbetaling dersom du får en diagnose for en av de 16 alvorlige sykdommene som er dekket, for eksempel hjerneslag, hjerteinfarkt, nyresvikt eller alvorlig kreftsykdom.

Forsikringen gir rask utbetaling etter at diagnosen er stilt, og er et godt supplement til uføreforsikring.

TA KONTAKT!

Nå har du fått vite litt om person-

forsikringene, og da begynner spørsmålene å dukke opp i hodet: Hva hvis...? Kan jeg kjøpe...? Trenger jeg...? Hvor mye...? Hva koster det...?

Da er det bare å ringe til Forsikringskontoret på 22 05 99 15. Der får du alle svarene!

MEDLEMSFORSIKRINGENE

Du har dessuten tilgang til alle Ergoterapeutenes medlemsforsikringer. Gjennom avtalene våre kan du kjøpe praktisk talt alle de forsikringene du har bruk for, til priser du ikke får som privatkunde i et forsikringsselskap. Du kan også forsikre ektefellen eller samboeren din og barna dine gjennom våre avtaler med forsikringsselskapene.



Lønnsundersøkelsen 2016

Det knytter seg alltid stor spenning til den årlige lønnsundersøkelsen, og nå foreligger tallene for 2016. Her gjengis noen funn.

Av Brit-Toril Lundt

Gjennomsnittlig lønnsøkning fra 2015 til 2016 er 3,6 prosent. Vi synes ikke det er så verst når fjorårets ramme var 2,4 prosent. Mer detaljerte tall fordelt på de enkelte tariffområdene og ansiennitetsnivåer er tilgjengelige for medlemmene på nettsiden vår.

UØNSKET DELTID

18 prosent av medlemmene har oppgitt at de jobber deltid. Av disse er det cirka 30 prosent som ønsker å utvide stillingen sin. De jobber altså det vi kaller uønsket deltid. Tallene for 2015 var hen-

holdsvis 22 prosent og 32 prosent. Det er en liten nedgang.

UREGELMESSIG ARBEIDSTID

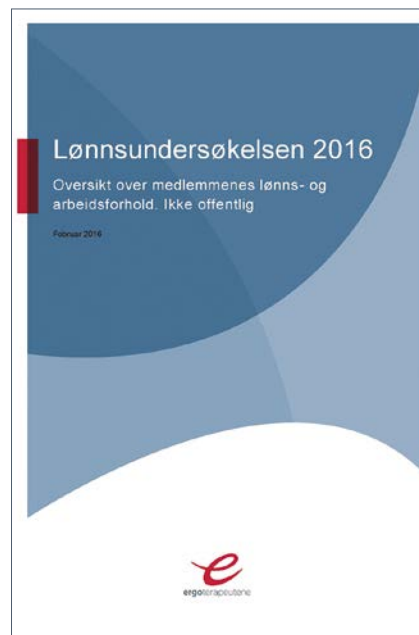
Syv prosent oppgir at de jobber skift eller turnus.

MANGE MEDLEMMER HAR VIDEREUTDANNING

Cirka 60 prosent oppgir relevant videreutdanning utover bachelor.

FORHANDLING VED JOBBSKIFTE

Cirka 60 prosent har svart at de forhandlet lønn, og av disse var det cirka 67 prosent som fikk høyere lønn enn først tilbudt.



37 prosent av medlemmene har skiftet jobb i løpet av de siste fire årene.

MIDLERTIDIG ANSATT

Antallet midlertidig ansatte holder seg noenlunde stabilt. Åtte prosent oppgir at de er i midlertidige arbeidsforhold.

Arbeidsmiljølovens varslingsregler

Vernereglene handler om arbeidstakernes rett til å si fra om kritikkverdige forhold i virksomheten. Reglene er viktige, da det ofte er den eneste måten ukultur og ulovlige forhold kan avdekkes på. Varsling gir ikke bare mulighet til å rydde opp i problemet, men hindrer også at det blir større.

Av Berit Førli

Det følger av grunnloven paragraf 100 at arbeidstakere har rett til å uttale seg om forhold som gjelder virksomheten de arbeider i. Retten til å varsle om kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljøloven paragraf 2-4 er et utslag av den grunnlovsfestede ytringsfriheten.

Arbeidsmiljølovens regler om varsling ble innført med virkning fra første januar 2007 og består av tre bestemmelser: paragraf 2-4, som fastslår at arbeidstakere har rett til å varsle om kritikkverdige forhold; paragraf 2-5, som setter forbud mot å møte varslere med represalier; og paragraf 3-6, som fastsetter at virksomhetene som hovedregel skal ha interne rutiner for varsling.

Arbeidsmiljølovens paragraf 2-4 lovfester arbeidstakerens rett til å varsle. Å varsle betyr å si fra om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen.

HVA MENES MED KRITIKKVERDIGE FORHOLD?

Loven omfatter alle tilfeller der arbeidstakere sier fra om forhold som arbeidstakeren blir kjent med gjennom arbeidsforholdet, og som er eller kan være i strid med:

- lover og regler, for eksempel arbeidsforhold i strid med arbeidsmiljølovens krav; korrupsjon eller andre økonomiske misligheter osv.
- virksomhetens retningslinjer, for eksempel svikt i sikkerhetsrutiner, uforsvarlig saksbehandling osv.
- alminnelig oppfatning av hva som er forsvarlig eller etisk akseptabelt

Loven gjelder altså alt fra ordinær avviksrapportering til det ekstraordinære i å fortelle media om korrupsjon.

ARBEIDSTAKERS FREMGANGSMÅTE VED VARSLING SKAL VÆRE FORSVARLIG

For å unngå at arbeidsgiver og virksomheten skades unødvendig, skal arbeidstaker derfor velge en forsvarlig fremgangsmåte ved varslingen. Hva

slags kritikkverdige forhold det er tale om, og hvem arbeidstaker sier fra til, er det viktigste i forhold til om varslingen er forsvarlig eller ikke.

ARBEIDSTAKER HAR VARSLINGSPLIKT

Dersom en arbeidstaker har en plikt til å si fra i medhold av en bestemmelse i en lov, vil en slik varsling alltid være riktig og lovlig. Arbeidstaker skal for eksempel etter arbeidsmiljølovens paragraf 2-3 si fra til arbeidsgiver og verneombudet om trakassering, diskriminering og feil eller mangler som kan medføre fare for liv eller helse. Et annet eksempel er helsepersonellovens paragraf 17 som sier at helsepersonell skal «av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet».

Plikt til å si fra kan også følge av andre lover, forskrifter, avtaler, reglement, instruksjoner og så videre.

VIRKSOMHETENS EGNE VARSLINGSRUTINER

Har virksomheten egne varslingsrutiner, vil en arbeidstaker ha rett til å si fra i samsvar med disse. Slik varsling vil alltid være riktig og lovlig.

INTERN VARSLING

Intern varsling innebærer at arbeidstaker kan gå tjenestevei eller på andre måter si fra til noen i virksomheten som har påvirkningsmulighet, beslutningsmyndighet eller ansvar i forhold til de spørsmålene eller personene det gjelder. Arbeidstaker kan også si fra til tillitsvalgt, verneombud eller arbeidsmiljøutvalg. Intern varsling vil alltid være forsvarlig.

Arbeidstaker må likevel ikke gå fram på en måte som er trakasserende eller som er en unødvendig belastning for arbeidsmiljøet. Et eksempel på dette er hvis en arbeidstaker mot bedre vitende fremmer grunnløse påstander mot kollegaer, eller gjentar påstander etter at det er ryddet opp i forholdene.

VARSLING TIL TILSYNSMYNDIGHETER

Arbeidstaker har alltid rett til å varsle til tilsynsmyndighetene eller andre offentlige myndigheter, for eksempel Arbeidstilsynet, Økokrim, Konkurransetilsynet, Datatilsynet, Helsetilsynet eller Statens forurensningstilsyn.

VARSLING TIL MEDIA

I de tilfeller intern varsling eller varsling til tilsynsmyndighetene ikke virker eller er hensiktsmessig, vil det kunne være riktig å varsle til media.

Før en arbeidstaker går til media med opplysninger om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen, skal arbeidstakeren særlig vurdere:

- Er det grunn til å tro at det faktisk foreligger kritikkverdige forhold?
- Er det hensiktsmessig å si fra internt først?
- Har andre utenfor virksomheten berettiget interesse av å få vite om forholdene?

Arbeidstakeren skal ikke gå ut med grunnløse eller svakt funderte påstander. Det skal imidlertid ikke stilles strenge krav til arbeidstakers vurderinger og dokumentasjon. Spørsmålet er hva arbeidstakeren hadde rimelig grunn til å tro der og da. Det er uansett ikke avgjørende om det i etterkant viser seg at arbeidstaker har tatt feil.

Hvis det er utarbeidet rutiner for varsling, bør arbeidstaker normalt først si fra i samsvar med disse. I andre tilfeller bør arbeidstaker normalt først ta opp de kritikkverdige forholdene med virksomhetens leder, tillitsvalgt eller verneombud, en kollega eller en annen rådgiver, for eksempel forbundskontoret. Slik kan arbeidsgiver få en mulighet til å rydde opp.

Noen opplysninger er av en slik karakter at offentligheten uansett bør få vite om dem. Arbeidstaker trenger derfor ikke å si fra internt først dersom opplysningene gjelder korrupsjon, alvorlige lovbrudd, stor sikkerhetsrisiko eller forhold som har alvorlige konsekvenser eller som berører store samfunnsgrupper. Opplysninger som kun er av intern eller personlig interesse, slik tilfellet ofte er i forhold til for eksempel interne personkonflikter, bør derimot ikke være et tema som kommer ut og drøftes på den offentlige arena. Dette kan skade arbeidsmiljøet unødvendig. Derimot kan varsling til tilsynsmyndighetene, som for eksempel Arbeidstilsynet, være hensiktsmessig.

Arbeidstaker trenger heller ikke si fra internt først dersom arbeidstaker har grunn til å tro at dette vil være uhensiktsmessig. Et eksempel på dette er

at arbeidstaker eller kolleger tidligere har tatt opp kritikkverdige forhold uten at noe er skjedd, eller at virksomheten mangler kanaler eller systemer som gjør det mulig å fremme intern kritikk.

Hvis en arbeidsgiver mener at arbeidstakeren ikke varslet på riktig måte, er det arbeidsgiveren som må bevise dette. Arbeidsgiveren må føre bevis for at arbeidstaker forsto eller burde forstått at en påstand om korrupsjon var uriktig.

VERN MOT GJENGJELDELSE

Gjengjeldelse mot arbeidstaker som varsler, er forbudt. Arbeidsgiver kan ikke «straffe» den som har varslet med oppsigelse eller andre negative reaksjoner, for eksempel avskjed, suspensjon, ordensstraff, tjenestlig tilrettevisning, trakassering, utstøting, fratagelse av arbeidsoppgaver, forflytning eller andre negative reaksjoner som har karakter av straff eller sanksjon.

BEVISBYRDE

Hvis en arbeidsgiver har gjengjeldt en varsling, for eksempel ved å si opp arbeidstakeren, må arbeidsgiveren bevise at oppsigelsen ikke var begrunnet i varslingen.

OPPREISNING OG ERSTATNING

En arbeidstaker som har blitt utsatt for ulovlig gjengjeldelse, har rett til oppreisning og erstatning.

Reglene om vern mot gjengjeldelse, bevisbyrde, oppreisning og erstatning fremgår av arbeidsmiljølovens paragraf 2-5.

RUTINER FOR INTERN VARSLING

Arbeidsgiveren har plikt til å utarbeide rutiner for intern varsling eller sette i verk andre tiltak som legger forholdene til rette for intern varsling om kritikkverdige forhold i virksomheten dersom forholdene i virksomheten tilsier det. Dette skal gjøres i tilknytning til det systematiske helse-, miljø og sikkerhetsarbeidet. Dette fremgår av arbeidsmiljølovens paragraf 3-6.

Til slutt må nevnes arbeidstakernes adgang til å varsle Arbeidstilsynet om forhold de mener er i strid med arbeidsmiljøloven. Arbeidstilsynet har plikt til å holde varslers navn hemmelig. Arbeidstilsynet vil vurdere varslingen og eventuelt følge opp med inspeksjon, pålegg eller anmeldelse når forholdene tilsier dette.

Varslingsreglene er vurdert styrket, og Ergoterapeutforbundet er involvert i dette arbeidet.

Får du medlemstilbud som fortjent?

For at du som medlem skal få det medlemstilbudet du har krav på, og betale den kontingenten du skal, er forbundet avhengig av korrekte medlemsopplysninger.

Vedtektene våre slår fast at du som medlem er pliktig til å holde forbundet oppdatert om arbeidssituasjonen din. Det er særlig viktig at vi vet om du er helt eller delvis i jobb, fordi det er en klar sammenheng mellom den kontingenten og de tjenestene man mottar.

Når du begynner i en jobb, må du så snart som mulig logge deg inn på Min Side og legge inn opplysninger om arbeidsforholdet ditt. Selv om du ikke arbeider i full eller fast stilling, eller ikke har en typisk ergoterapeutstilling, skal du registrere deg som yrkesaktiv.

Som yrkesaktivt medlem vil du blant annet få hjelp og bistand til å ivareta lønns- og arbeidsforholdene dine, du kan fremme krav gjennom organisasjonen i lokale forhandlinger, og du kan få råd, støtte og arbeidsrettslig bistand om du havner i problemer knyttet til arbeidet ditt. De som feilaktig står registrert som ikke-yrkesaktive, har ikke disse rettighetene.

Kontingenten for yrkesaktive medlemmer er 1,7 prosent av bruttolønn. Vi gir arbeidsgiver beskjed om at kontingenten skal trekkes av lønnen din og videregittes til oss. Fagforeningskontingent for yrkesaktive medlemmer er fradragsberettiget. Både i 2016 og 2017 kan du trekke fra inntil kr 3850 på skattepliktig inntekt.

Hvor fornøyd er du med Ergoterapeutene?

Dette ønsker vi å finne ut av når vi gjennomfører Medlemsundersøkelsen 2017. Det er fem år siden vi gjennomførte en tilsvarende undersøkelse, og vi håper at riktig mange bidrar. Undersøkelsen skal kartlegge hvor tilfredse medlemmene er med arbeidet som skjer i Ergoterapeutene. Samtidig kan medlemmene ved å delta i undersøkelsen være med på å peke ut retningen for forbundets arbeid i neste landsmøteperiode. Jo flere som deltar, jo bedre grunnlag vil vi få for å gjøre våre vurderinger.



10 gode grunner til å bli medlem

ergoterapeutene



Ergogrip støttebøyle for servanter – gir trygghet i egenpleie og stell



Støttebøylen bidrar til at eldre:

- kan bo lengre hjemme
- kan være mer selvhjulpne på sykehjem
- kan forebygge fall

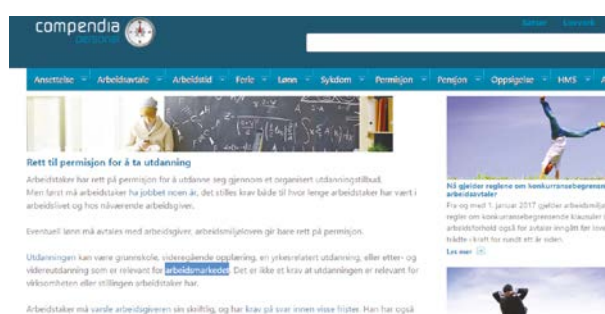
Støttebøylen kan påmonteres de fleste veggfaste servanter

Les mer: www.ergogrip.no

Compendia - Oppslagsverk om lønns- og arbeidsforhold

Ergoterapeutene er opptatt av å legge til rette for at medlemmer og tillitsvalgte skal mestre de utfordringene arbeidsdagen byr på. Derfor tilbyr vi nettjenesten Compendia til våre medlemmer. Compendia er en juridisk kunnskapsbase innen HMS, arbeids- og trygderett.

Compendia er organisert etter emner og skrevet i et presist, men lett forståelig språk. I tillegg finnes alle nødvendige lover og forskrifter som benyttes i arbeidslivet. Du finner Compendia på nettadressen ergoterapeutene.org/compendia



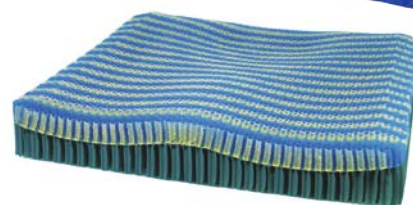
Prøv selv! Bestill produkt demonstrasjon eller gratis demopute nå!

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



Contoured Ekstra Myk Brederer Sittegrøp

konturert, sidestabil pute for para- og tetra-plegikere med høy risiko for trykksår



Slimline Ekstra Myk

konturert, lav pute for aktive brukere med mellom / lav risiko for trykksår

GÖRAN SJÖDÉN'S REHABSHOP NORGE AS

Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru

Tel: +47 48 50 32 97 www.rehabshop.as [Facebook.com/RehabshopNorge](https://www.facebook.com/RehabshopNorge)

Ergoterapeuter gjør arbeidsdeltakelse mulig for flere

Flere kan komme ut i arbeid, dersom arbeidet er tilpasset og arbeidsmiljøet inkluderende. Ergoterapeuter fremmer arbeidsdeltakelse for innbyggerne; og vi bidrar i helsetjenesten, bedriftshelsetjenesten, attføringsbedrifter og NAV. På alle områder er det behov for mer ergoterapikompetanse.

Av Nils Erik Ness

Ergoterapeuter har særlig kompetanse i å sikre arbeidsdeltakelse og inkludering ved å tilrettelegge arbeidsoppgaver og arbeidsplass slik at den enkelte arbeidstaker mestrer arbeidet sitt.

ERGOTERAPEUTENES SATSNING

Arbeidsdeltakelse er et prioritert område for Ergoterapeutene i 2016–17. Vi arbeider både med å synliggjøre vår kompetanse utad til offentlighet og myndigheter samt bevisstgjøre ergoterapeuter og ergoterapeutstudenter om vår særlige kompetanse innen arbeidsdeltakelse. Forbundet synliggjør ergoterapeutenes kompetanse blant annet med eget arrangement i Arendalsuka, samt deltakelse i høringer og innspill både til Stortingets arbeids- og sosialkomite og til Arbeids- og velferdsdirektoratet. En egen brosjyre om ergoterapi og arbeidsdeltakelse er utarbeidet og spres.

Like viktig er å bevisstgjøre den enkelte ergoterapeut og ergoterapeutstudent om egen kompetanse innen arbeidsdeltakelse. Ergoterapeuter bør se muligheten innen dette arbeidsområdet selv når stillingsannonser ikke spesifikt etterspør ergoterapeuter. Ergoterapeutenes perspektiv som ser den enkelte persons arbeidsfunksjon i sammenheng med arbeidsoppgaven og arbeidsplassens utforming, er et helt nødvendig supplement i teamsamarbeid.



*Nils Erik Ness er
Ergoterapeutenes
forbundsleder.*

Forbundet tilbyr opplæring og nettverk. Alle de fagpolitiske konferansene har hatt arbeidsdeltakelse som tema. To nettkurs i arbeidsdeltakelse er utviklet av Presenter sammen med Ergoterapeutene. Forbundsstyret innvilget FOU-midler til et prosjekt i kunnskapsbasert arbeidsplassvurdering, som også vil bli relevant kunnskapsgrunnlag i nettkurset. Aktuell kunnskap deles og kommenteres ellers i Facebook-gruppa «Ergoterapi og arbeidsdeltakelse», som nå har nærmere 300 medlemmer. Vi gjennomfører også en spørreundersøkelse om medlemmers innsats innen området for å få mer kunnskap om vår praksis. Dette temanummeret viser for øvrig også bredden av ergoterapeuters innsats.

ERGOTERAPEUTERS KOMPETANSE

Ergoterapeuter arbeider personsentrert og tar utgangspunkt i den enkeltes ønsker og mål for arbeidsdeltakelse. Ergoterapeutene iverksetter tiltak som bygger på arbeidstakers ressurser, og finner løsninger når det oppstår et gap mellom helse og arbeidslivets krav. Ergoterapeuters styrke ligger i forståelsen av samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser, eller mer presist: arbeidstaker, arbeidsoppgave og arbeidsplass. Her har ergoterapeuter utviklet flere verktøy som kartlegger dette samspillet. De mest kjente er intervjuedskapene WRI og WEiS. To observasjonsredskap som er mye brukt i Sverige

og i ferd med å bli introdusert i Norge, er Assessment of Work Performance (AWP) og Assessment of Work Characteristics (AWC). Med en slik kartlegging kan vi tilby ulike tiltak (se figur) for å sikre arbeidsdeltakelse og inkludering.

For de som har et arbeidsforhold vil vurdering av nåværende arbeidsplass og oppgaver ofte være nødvendig. Da er det viktig å gjennomføre arbeidsplassbesøk og reell utprøving som grunnlag for å vurdere innsats. For de som ikke har en arbeidstilknøyning, vil ergoterapeuter kunne bidra til å finne en rett match mellom arbeidsevner og rette arbeidsoppgaver. Utplassering i det ordinære arbeidslivet kan kreve tilrettelegging av arbeidssituasjon og tilpassing av hjelpemidler. Tett oppfølging av arbeidstaker, men også arbeidsgiver og kollegaer, over tid kan være nødvendig. For en vellykket inkludering er kartlegging av oppfølgingsbehov og samarbeid med arbeidsgiver og ledere viktig.

ERGOTERAPEUTENES POLITIKK PÅ OMRÅDET

På forbundsstyremøtet i januar ble Ergoterapeutenes politiske dokument på arbeidsdeltakelse vedtatt. Dokumentet beskriver samfunnets utfordringer og politiske føringer samt ergoterapeuters kompetanser og politiske tilnærming. Dokumentet viser ønsket retning for ergoterapeutisk innsats opp mot tradisjonell tilnærming. Se tabell neste side.

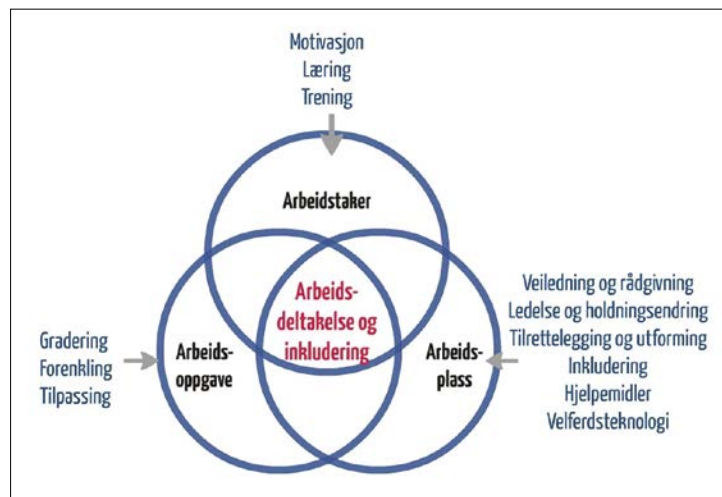
ERGOTERAPEUTENES POLITISKE DOKUMENT PRESISERER SJU INNSATSOMRÅDER

1. Større grad av samtidighet i behandling og arbeidsrettede tiltak.

Personer med helseproblemer skal kunne fortsette i eller komme raskere tilbake i arbeid. De fleste vil arbeide på tross av helseplager. Oppsummert forskning viser at tilrettelegging av arbeidsplassen gir reduksjon i sykefravær og økt tilbakeføring til arbeid (van Vilstern m. fl., 2015). For personer med langvarige problemer eller gjentatte sykmeldinger må det gjøres oppfølging på arbeidsplassen.

2. Fokus på arbeidsfunksjon og ikke diagnose

Norsk Ergoterapeutforbund mener at fokus må være på arbeidsdeltakelse og ikke på den enkeltes diagnose og skade. En diagnose sier lite om funksjon og muligheten for å utføre arbeidsoppgaver. Det er behov for en mer tverrfaglig tilnærming der legens vurdering suppleres med vurderinger og innsats knyttet til arbeidsplassen, arbeidsoppgavene og arbeidsmiljøet.



Ergoterapeuter har utviklet kartlegging som sikrer arbeidsdeltakelse og inkludering.

3. Arbeidsevnevurdering som relasjon

Arbeidsevnevurdering skal ifølge NAV vurdere gapet mellom arbeidstakers funksjon og arbeidsplassens krav. Dette tydeliggjør at problemet ikke er knyttet til den enkelte person, men er en mismatch mellom personen og arbeidsplassen. Praksisen er ifølge forskning bekymringsfull. Studiene dokumenterer liten relasjonell forståelse av arbeidsevne; personen vurderes, men ikke arbeidsplassen. Studiene viser også at kun halvparten av veilederne mente at en alltid bør ha en samtale med brukeren i forbindelse med arbeidsevnevurdering (Proba 2011, Wik og Tøssebro 2013).

Ergoterapeutene vil bidra til økt vektlegging av arbeidsevne som en relasjon mellom personen og arbeidsplassen.

4. Tverrfaglige team

For å sikre samtidighet i behandling av helseplager og tilrettelegging av arbeidsplass er det nødvendig med tverrfaglige team som sammen med den ansatte og arbeidsgiver kan iverksette individuelle, sømløse tiltak. Ergoterapeuters ressursorienterte tilnærming med vekt på relasjon mellom arbeidstaker, arbeidsoppgaver og omgivelser er et viktig bidrag i tverrfaglige team.

5. Fokus på ordinært arbeidsliv

Tilnærmingen skal vektlegge at trening, støtte og tilrettelegging skal skje på hverdagslivets alminnelige arenaer, her i direkte tilknytning til arbeidsplassen. Oppsummert forskning viser at tiltak som i første rekke er rettet mot arbeidslivet, med støtte og oppmuntring til jobbsøkeaktiviteter

Tradisjonell tilnærming	Ergoterapi
Diagnose som døråpner til medisinsk behandling og velferdsordninger	Personens ønsker og mål er utgangspunkt for tiltak. Kartlegging av arbeidsevne, analyse av arbeidsoppgavene og hvordan omgivelsene påvirker mulighetene for mestring og deltakelse.
Bli frisk før arbeidsdeltakelse	Større grad av parallellitet mellom behandling og arbeidsrettede tiltak. Mestre arbeidshverdagen med symptomer. Aktivitetsanalyse er viktigere enn diagnose
Sykmelding	Gradere arbeidsoppgavene i stedet for gradert sykmelding. Finne en balanse mellom summen av krav og hva som er mulig å håndtere.
Standardpakker med tiltak	Individuelt tilpassede tiltak basert på personens spesifikke ressurser, behov og mål.
Vekt på rettigheter og passive ytelser	Vekt på aktiv medvirkning og deltakelse. De fleste er motiverte for å være i arbeid.
Fokus på emosjoner og kroppsfunksjoner	Fokus på utføring av arbeid. Se personen i sosial sammenheng, hvor arbeidsevne og arbeidsrelasjoner påvirkes av omgivelsene.

Tabellen viser ønsket retning for ergoterapeutisk innsats opp mot tradisjonell tilnærming.

og rask utplassering i arbeidslivet, er mer effektive enn tradisjonelle arbeidstreningstiltak (van Vilsteren et al 2015; Nieuwenhuijsen et al, 2014). I Norge brukes mye penger på innsats for å endre personens funksjon som ikke har effekt på arbeidsdeltakelse, og som faktisk kan holde folk bort fra arbeid (Aas, Solberg & Strupstad, 2011).

6. Inkludering og arbeidsdeltakelse

Ergoterapeutene mener at det er ekstra viktig at personer med funksjonshemming og utviklingshemming må få et lønnet arbeid på det ordinære arbeidsmarked. Økt tilbud i det ordinære arbeidsliv krever inkluderingskompetanse som tilrettelegging av arbeidssituasjon, Supported Employment og tilpasning av hjelpemidler, samt oppfølging av arbeidstaker, kollegaer og arbeidsgiver (Spjelkavik, 2014; Spjelkavik 2012). Det er innsats knyttet til arbeidsplassen som virker. For å lykkes i dette arbeidet må støtteapparatet ha kompetanse om inkludering og tilrettelegging. Ergoterapeuter kan iverksette tiltak på de ulike områdene for å øke graden av mestring og arbeidsdeltakelse.

7. Ergoterapeuter som ansatte i NAV

Ergoterapeuters ressursorienterte tilnærming med vekt på relasjon mellom arbeidstaker, arbeidsoppgaver og omgivelser er et viktig bidrag innen dette arbeidsområdet, særlig i NAV. Ergoterapeuter kan tidlig i en sykmelding gjøre funksjonsvurdering knyttet til de konkrete arbeidsoppgavene samt vurdere det psykososiale og fysiske arbeidsmiljøet. Ergoterapeuter kan iverksette tiltak for å øke graden av mestring og arbeidsdeltakelse.

Forskningen dokumenterer at praksisen på NAV-kontorene er svært forskjellig (Wik og Tøssebro 2013). Det dokumenteres manglende opplæring og kompetanse hos veilederne, samt at disse ikke klarer å følge opp arbeidssøkere på grunn av stort arbeidspress. Det er behov for at NAV kontorene må vurdere nye løsninger, blant annet med mer tverrfaglig kompetanse. Ergoterapeutenes politiske dokument om arbeidsdeltakelse ligger i sin helhet på Ergoterapeutenes nettsider.

AKTUELLE JOBBER FOR ERGOTERAPEUTER

Denne tilnærmingen til arbeidsdeltakelse er i hovedsak helt i samsvar med erfaringer som er gjort i NAVs prosjekt «Kjerneoppgaver» i NAV-kontor i fem fylker. Forsøket har blant annet vist at tradisjonell formidlingsbistand og enklere former for oppfølging ikke er tilstrekkelig for mange av brukerne. Veilederens rolle er utviklet i retning av Supported Employment. Metodikken vektlegger rask utplassering for å bruke vanlige arbeidsplasser som arena for avklaring og oppfølging og forutsetter tett oppfølging og samarbeid med arbeidsgiver. Brukerne som er intervjuet i forbindelse med forsøket, er i hovedsak positive. Det er spesielt den tette, individuelle oppfølgingen, skreddersøm av tilbud, og det å komme raskt ut i praksisplass som blir fremhevet som fordelaktig. Erfaringene omtales positivt i evalueringsrapporten (Spjelkavik, Mamelund og Schafft 2016) og i Meld. St. 33 «NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet». Det er grunn til å tro at disse positive erfaringene må ruller ut i



Ergoterapeuter kan tidlig i en sykmelding gjøre en funksjonsvurdering knyttet til de konkrete arbeidsoppgavene, samt vurdere det psykososiale og fysiske arbeidsmiljøet.

flere NAV-kontor. Gjør dere klare til å søke jobber, ergoterapeuter!

Referanser:

Helsedirektoratet & NAV (2016). Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets innsats for arbeid og helse (2016).
Meld. St. 33 (2015–2016) NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet. Tilråding fra Arbeids- og sosialdepartementet 20. mai 2016, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg)
Proba (2011) Evaluering av arbeidsevnevurderinger i NAV. Proba Samfunnsanalyse Rapport 2010–2011. hentet 05.01.2017 fra: <http://proba.no/report/evaluering-av-arbeidsevnevurderinger-i-nav-oppfolgingsundersokelse/>
Spjelkavik Ø., Mamelund S. E. & Schafft A. (2016). Inkluderingskompetanse i NAV. Evaluering av forsøket Kjerneopp-

gaver i NAV. AFI-rapport 2016:05.
Spjelkavik Ø. (2014) Ordinært arbeid som metode og mål. Kap. 2, i Frøyland K. & Spjelkavik Ø. (2014) Inkluderingskompetanse ordinært arbeid som mål og middel. 1. utg. 1 oppl. Gyldendal norsk forlag AS. Oslo.
Spjelkavik Ø. (2012) Supported Employment in Norway and in the other Nordic countries. Journal of Vocational Rehabilitation. Vol. 37. doi: 10.3233/JVR-2012-0611.
van Vilsteren M., van Oostrom S.H., de Vet H.C.W., Franche R.L., Boot C.R.L. & Anema J.R. (2015). Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews.
Wik S.E. & Tøssebro J. (2013) Unge funksjonshemmede i møte med NAV: Ett år med arbeidsavklaring. Mangfold og inkludering, NTNU Samfunnsforskning AS. Rapport 2013.
Aas, R.W., Solberg A. & Strupstad J. (2011) Raskere tilbake. Organisering, kompetanse, mottakere og Workplace interventions forløp i 120 tilbud til sykmeldte. Rapport IRIS - 2011/125

En modell for en læringsprosess om kognitiv svikt og arbeid

Av Kjersti Sagstad og Kristin Meås Bye



Kjersti Sagstad er ergoterapeut og arbeider i stilling som seniorrådgiver, kognisjon og arbeid, for Hjelpemiddelsentralen i Oslo og Akershus. E-post: Kjersti.sagstad@nav.no



Kristin M. Bye er ergoterapeut og arbeider i stilling som seniorrådgiver ved Fagsenteret, NAV Hjelpemiddel og tilrettelegging.

Sammendrag

«**Kognitiv svikt og arbeid**» er et prosjekt gjennomført ved NAV Kompetansesenter for tilrettelegging og deltakelse. I denne artikkelen presenteres en modell for en læringsprosess for personer som bistår mennesker med kognitiv svikt for å fremme arbeidsdeltakelse.

Arbeid er den aktiviteten som i utgangspunktet fyller en tredjedel av de voksnes liv. Våre kognitive evner påvirker hvordan vi fungerer i arbeids- og dagligliv. Personer med ervervet hjerneskade har ofte vansker med å komme tilbake til jobb.

Kunnskapsdeling og aktiv bruk av deltakernes erfaringer fra egen arbeidshverdag ble ansett som avgjørende for at prosjektet skulle bidra til kompetanse. Kompetanse forstås som summen av kunnskap, erfaring og holdninger. Det ble eksempelvis brukt dialogforelesning, oppgaveutførelse, gruppe og plenumsdiskusjoner, film og observasjon, workshop, læringsmål, resymé og refleksjonsspørsmål. Det ble også utarbeidet en informasjonsfilm: «Når hjernen snubler – og kognitiv svikt».

Nøkkelord: Læring, kognitive funksjoner, arbeid og aktivitet, tiltaksbedrift/tiltaksleverandør

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

Innledning

Arbeid er den aktiviteten som i utgangspunktet fyller en tredjedel av de voksnes liv. Vellykket arbeidsrettet rehabilitering innebærer å oppnå en langsiktig og mest mulig avklart arbeidssituasjon. Tiltakene baseres på en grundig diagnostisering og funksjonsvurdering sammen med en arbeidsplasskartlegging. Området arbeidsrettet rehabilitering innebærer samarbeid mellom mange aktører og berører flere arenaer i en persons liv (Aas, 2012).

Kognisjon handler om hvordan hjernen mottar, bearbeider og uttrykker informasjon. Våre kognitive evner påvirker hvordan vi fungerer i arbeids- og dagligliv. Eksekutive funksjoner er et samlebegrep for flere kognitive funksjoner og omhandler redusert evne til å forholde seg til sine omgivelser på en effektiv og hensiktsmessig måte. Situasjoner som er ustrukturerte og krever at man må forholde seg til og ha oversikt over flere ting samtidig, vil være spesielt vanskelige. Mer uttalte personlighetsmessige endringer kan også forekomme. Adferden kan bli mindre fleksibel, og personen blir mindre tilpassningsdyktig til endringer i sine omgivelser. Det er utfordrende for den det gjelder og for samarbeidspartener i omgivelsene å forstå og forholde seg til disse vanskene (NAV Kompetansesenter for tilrettelegging og deltakelse, 2015). Personer med ervervet hjerne-skade har ofte vansker med å komme tilbake i jobb. Dette skyldes ikke bare følgetilstander etter hjerne-skaden, men også mangler ved den oppfølgingen som gis (Puhr, Fossum, Hanssen, & Thorsen, 2011).

«Kognitiv svikt og arbeid» er et toårig prosjekt (2011-2013) gjennomført av NAV Kompetansesenter for tilrettelegging og deltakelse, delfinansiert av NAV FARVE – forskningsmidler arbeid og velferd. Prosjektet er satt sammen på bakgrunn av kunnskap, erfaring og deltakernes ønsker og behov. I denne artikkelen ønsker vi å presentere en modell for en læringsprosess for kognitiv svikt og arbeid som ble utviklet i prosjektet. Målgruppen var veiledere og tilretteleggere ved tre tiltaksbedrifter. Gjennom samarbeid med disse ønsket vi å skape samarbeidsarenaer og dele kunnskap og erfaring.

Metodikk og bakgrunn for valg av gjennomføring

Prosjektgruppen ønsket å lage en modell som involverte deltakerne aktivt i faglig og praktisk læring. Temaet for fagsamlingene ble systematisert med mål om en helhetlig tilnærming til området «Kognitiv svikt og arbeid».

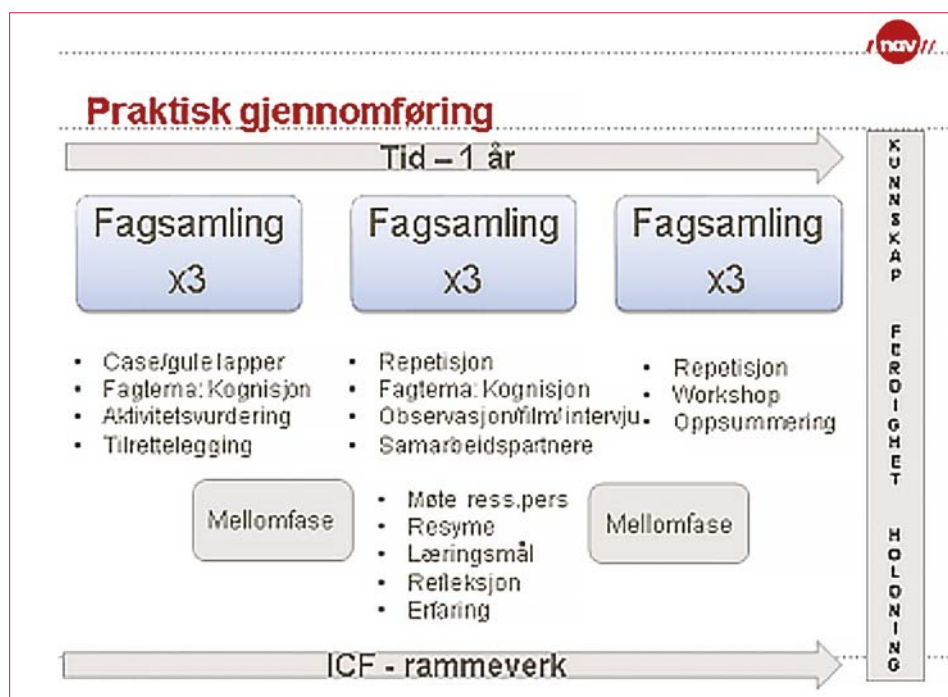
Læring blir ofte definert som en relativt varig endring av adferd som følge av øving og erfaring. Ofte kan en tenke på læring som noe som skjer i relasjon mellom en som kan og en som ikke kan. Læring kan utvides med perspektivet at praksisfellesskapet også er en ressurs for læring. Et praksisfellesskap er et gjensidig engasjement omkring et felles prosjekt, og gjennom fellesskapet utvikles et delt repertoar som består av ferdigheter til å løse et problem og utfordringer samt et delt språk (Standal, 2012). Aktiv læring gir større læringsutbytte enn monologforelesning. Læringsutbytte kan økes betydelig blant annet ved å ta i bruk studentaktiviserende teknikker som studieguider, førforelesningsoppgaver og dialogforelesning (Hellaraker, 2012). CASP-modellen bygger på voksenpedagogisk teori. Sentrale elementer i modellen er gruppeaktivitet, engasjement og det å ha det gøy sammen. Noen grunntanker om voksnes læring bygger på at voksne kan styre sin egen læring og har erfaring som fremmer læring. De ønsker læring som kan praktiseres i egen arbeidshverdag og er ofte klare til å lære når de erfarer et behov for å mestre en situasjon eller en oppgave (Tuntland & Nordheim, 2009).

For helhetlig tilnærming ble utvelgelse og oppbygging av faglig innhold inspirert av og systematisert etter nivåene i internasjonal klassifisering av funksjon (ICF). Funksjonshemming ses som et resultat av en dynamisk interaksjon mellom et individ, hans eller hennes helsetilstand og de fysiske og sosiale omgivelsene der personen utfolder sitt liv (Østensjø & Søberg, 2012).

Modell for praktisk gjennomføring av læringsprosessen

Kompetanse forstås som summen av kunnskap, erfaring og holdninger. Læringsprosess gjennom å dele erfaringer, refleksjoner og dertil oppnåelse av å endre praksis krever god tid. På bakgrunn av dette valgte vi å bruke ett år på læringsprosessen og laget en modell for gjennomføring. (Se modell 1 neste side.)

Tre fagsamlinger ble arrangert for veiledere og tilretteleggere ved den enkelte tiltaksbedrift – to med fagtemaet kognisjon, og én workshop. Totalt ble det arrangert ni fagsamlinger i prosjektperioden. Fagsamlinger ble gjennomført på én dag. Perioden mellom fagsamlingene ble kalt mellomfase. Etter å ha gjennomført én fagsamling, startet planlegging av neste. Det ble opprettet en ressursgruppe med to personer fra hver tiltaksbedrift, til sammen seks kontaktpersoner. Som representanter for bedriften



Modell 1 viser praktisk gjennomføring av læringsprosessen.

sin samarbeidet disse aktivt med prosjektgruppen, for sammen å dele erfaringer, synspunkter og velge tema til fagsamlinger. Kontaktpersonene var bindeleddet mellom ansatte i egen bedrift og prosjektgruppen. De var viktige for å frembringe innhold stilet til kunnskapsnivå og behov i gruppen.

Kunnskapsformidling og aktivt bruk av deltakeres erfaringer fra egen arbeidshverdag ble ansett som avgjørende for å oppnå kompetanse hos deltakerne. Gjennom fagsamlinger og mellomfaser skulle deltakerne oppleve å ha fått tilført, brukt og utfordret egne kunnskaper, ferdigheter og holdninger.

Metoder for kunnskapsdeling i læreprosessen

Innhold og utforming av fagsamlinger, mellomfaser og metoder for kunnskapsdeling er inspirert av kunnskap om læringsutbytte og voksenpedagogisk teori.

FAGSAMLING

Fagsamling var arena for å formidle og dele kunnskap i gruppen. Ved hver bedrift deltok veiledere og tilretteleggere med forskjellig fagbakgrunn, like og ulike arbeidsoppgaver og varierende kunnskap og erfaring om temaet kognisjon. (Se modell 2.)

Teknikker som innebærer aktiv læring, er dialogforeslesning. Dialogundervisning var en metode vi valgte å bruke blant annet for å skape rom for å dele og knytte kunnskap og erfaring. Temaet til den enkelte fagsamling ble systematisert etter nivå i ICF-rammeverket: funksjon, aktivitet og deltakelse. Hvert tema

inneholdt en form for aktiv deltakelse; gruppediskusjon, summeoppgave to og to og plenumsdiskusjon, for at deltakerne skulle knytte temaet til sin egen arbeidshverdag.

Film ble benyttet som en metode for observasjon. Prosjektet lagde og presenterte en film hvor en person med kognitive vansker ble intervjuet. Deltakerne jobbet i grupper og hadde plenumsdiskusjoner med betraktninger omkring det de fikk se og høre, og knyttet egne kunnskaper og holdninger relatert til temaet å oppdage og tilrettelegge for kognitive vansker, samt diskutere aktuelle samarbeidspartnere.

Workshop ble valgt som metode på siste fagsamling. Deltakerne jobbet i grupper med oppgaver som omfattet temaer fra de to første fagsamlingene. Målet var å knytte kunnskapen til egen arbeidshverdag og egen arbeidsplass. Besvarelsene ble diskutert i gruppearbeid og oppsummert i en plenumsdiskusjon.

Det var ønskelig å skape flere tilnærmingsmodeller for å dele kunnskap om kognitive vansker. «Når hjernen snubler – om kognitiv svikt» er en informasjonsfilm utarbeidet i prosjektet som viser noen utfordringer personer med kognitive vansker kan møte i hverdagen, utfordringer som ikke alltid er innlysende.

MELLOMFASER

For mellomfasene, som er perioden mellom fagsamlingene var målet at deltakerne skulle bruke lært kunnskap i egen praksis og oppnå erfaring. Dette

Ramme	1. fagsamling	2. fagsamling	3. fagsamling
Funksjon	Kognitive funksjoner	Eksekutive funksjoner	Workshop
Aktivitet	Aktivitetsanalyse	Observasjon Brukerhistorie (film)	Workshop
Deltakelse	Tilrettelegging	Arbeidslivets krav Samarbeidspartnere	Workshop

Modell 2 viser en skjematisk oversikt over temaer til hver enkelt fagsamling (delt inn i ramme for funksjon, aktivitet og deltakelse).

var også en periode for samarbeid mellom prosjektgruppen og deltakerne. Ressursgruppen sammen med prosjektgruppen gjennomførte tre møter etter fagsamlingene. Agenda for møtene var å diskutere erfaringer og drøfte forslag til temaer. Her ble det lagd innhold til neste fagsamling på bakgrunn av ønsker og behov i ressursgruppen, samt prosjektgruppens kunnskap og erfaringer. Det var for eksempel i denne gruppen ideen om å filme et intervju ble utviklet.

Læringsmål som beskrev hva deltakerne skulle lære på fagsamlingen, ble delt ut til deltakerne før samling. Målet var å forberede deltakerne på læringsutbyttet og skape forventninger. Resymet var en kort gjenfortelling av sentrale temaer, og refleksjonsspørsmål var spørsmål relatert til temaene. Dette var ment som et redskap for å motivere og stimulere til egenaktivitet gjennom egenrefleksjon og/eller som grupperefleksjon på arbeidsplassen.

Diskusjon og vurdering

ICF som redskap (Østensjø & Søberg, 2012) opplevde vi som nyttig å ha som en overordnet ramme. Siden arbeidsrettet rehabilitering er komplekst, var det viktig å se de valgte temaene kognitive funksjoner, aktiviteter og i arbeidsliv i lys av en dynamisk interaksjon mellom disse. Vi ønsket at læreprosessen skulle ha en «rød tråd», og ICF bidro til å skape refleksjon over samspill og helhet.

En fordel med CASP-modellen beskrives å være at den er så engasjerende (Tuntland & Nordheim, 2009). Å knytte sammen temaer i undervisning og aktiviteter og legge opp til diskusjon rundt et fagområde opplevde vi som gode grep i praksis. Vi erfarte at deltakerne engasjerte seg og reflekterte rundt ulike problemstillinger og delte av erfaringene sine.

Voksenpedagogisk teori beskriver blant annet

at voksne kan styre egen læring, har erfaring som fremmer læring, og ønsker læring som kan praktiseres i egen arbeidshverdag (Tuntland & Nordheim, 2009). Virkelighetsnær og anvendbar kunnskap var et viktig mål i prosjektarbeidet. Opprettelse av ressursgruppe og å inkludere dem i planleggingsarbeidet opplevdes positivt, nyttig og viktig for å tilpasse innhold, oppgaver og diskusjoner til deltakernes arbeidshverdag. Eksempelvis innhentet vi anonymiserte beskrivelser fra deltakerne av «brukere» de møtte i egen arbeidshverdag. Disse beskrivelsene gav nyttig informasjon for å lage gjenkjennbare «case» til bruk i diskusjoner og gruppearbeid. Knyttet til presentasjonen av temaet aktivitetsanalyse fikk deltakerne i oppgave å velge kjente aktiviteter på arbeidsplassen til å gjennomføre aktivitetsvurdering. Ved endt fagsamling besvarte deltakerne et evalueringsskjema om den gjennomførte fagsamlingen og ønsker for neste samling. Denne informasjonen ble brukt til å tilpasse innholdet i neste samling.

Praksisfellesskap er, som tidligere nevnt, en ressurs for læring (Standal, 2012). Gruppeaktivitet, engasjement og det å ha det gøy sammen beskrives som sentrale elementer i CASP-modellen (Tuntland & Nordheim, 2009). Prosjektgruppen valgte å arrangere fagdager på bedriftens egen arbeidsplass med felles lunsjservering. Bakgrunnen for dette valget var et ønske om å skape trygge rammer for deltakerne. Ved å oppsøke eksisterende møteplasser antok vi at både kollegial samhörighet, gjenkjennbare arbeidsområder og diskusjoner rundt egen praksis ville oppleves trygt og relevant for flere. Vi ønsket også å bidra til implementering av kunnskap og at deltakerne kunne støtte og inspirere hverandre når flere fra samme arbeidsplass var delaktige og mottok lik informasjon.



Personer med kognitive vansker kan møte mange utfordringer i hverdagen, som ikke alltid er innlysende.

Aktiviserende teknikker (Hellaraker, 2012) ble benyttet i form av for eksempel læringsmål, resyme og refleksjonsspørsmål. Før hver fagsamling sendte vi ut læringsmål og agenda for samlingen. (Hellaraker, 2012). Fastsettelse av klare læringsmål og informasjon om det som skal utføres er viktig for læring (Tuntland & Nordheim, 2009). Dette tenker vi kan ha bidratt til relevante forventninger og diskusjoner. Under fagsamlinger opplevde vi at deltakerne var positive, engasjerte og stilte spørsmål fra opplevde situasjoner i egen praksis som var nært knyttet opp til temaet for dagen. Spørsmålene kunne omhandle ulike nivåer av situasjoner, for eksempel enkeltpersoners opplevelser, opplevelser som inkluderte flere medarbeidere og temaer, og situasjoner som var felles for alle.

Undervisning etter CASP-modellen innledes ofte med læringsmål, teoretisk introduksjon, en form for gruppearbeid og til slutt en plenumsdiskusjon der gruppearbeid rapporteres og diskuteres (Tuntland & Nordheim, 2009). Hver fagsamling ble innledet med presentasjon av læringsmål, en teoretisk introduksjon og en form for aktiv deltakelse i gruppen gjennom eksempelvis summeoppgaver to og to, gruppeoppgaver og plenumsdiskusjoner. Vi erfarte at en kort repetisjon med utgangspunkt i resymet laget etter samling, var nyttig ved oppstart til ny fagsamling.

Samarbeidet mellom prosjektgruppen, kontaktpersoner og deltakere opplevdes nyttig og positivt. Samarbeidet antas å ha bidratt til å skape et fel-

les ansvar for kvaliteten på fagsamlinger og som avgjørende for å oppnå et virkelighetsnært tema og innhold. Samarbeidet antas også å ha bidratt til en åpen og engasjerende dialog på samlingene. Prosjektgruppen inviterte også alle deltakerne til å ta kontakt ved behov (lavterskeltilbud). Dette ble det gitt positive tilbakemeldinger om.

Tidsrammen av prosjektet på ett år vurderes som avgjørende når målet er at deltakerne skal ha fått tilført, brukt og utfordret egne kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Erfaringer fra prosjektet viser at repetisjon er viktig blant annet for å skape ny kunnskap og for å kunne sette ny erfaring sammen med eller opp mot eksisterende praksis.

Prosjektgruppen vurderer at kontaktpersoner ved tiltaksbedriftene kunne vært brukt mer aktivt i mellomfasene. Disse kunne fått en mer aktiv rolle med å synliggjøre og aktivt inkludere temaer fra fagsamlinger inn i arbeidshverdagen, for eksempel på felles møteplasser som allerede eksisterer på arbeidsplassen eller en kunne lage egne møteplasser. Resymé, refleksjonsspørsmål og læringsmål kunne vært brukt mer aktivt som hjelpemidler til å ha diskusjoner, repetisjon og forberedelse i arbeidshverdagen i mellomfasen.

Oppsummering

Prosjektet ønsket å prøve ut en metode for å dele kunnskap om kognisjon sett i lys av funksjons-, aktivitets- og deltakerperspektivet. Prosjektet ble

satt sammen på bakgrunn av kunnskap, erfaring og deltakernes ønsker og behov. Kunnskapsdeling og aktiv bruk av deltakernes erfaringer fra egen arbeidshverdag ble ansett som avgjørende for at prosjektet skulle bidra til kompetanse. Tidsramme, repetisjon, samarbeid, ressurspersoner, virkelighetsnær kunnskap og aktive og motiverte deltakere regnes som viktige faktorer for oppnådde resultater og positive erfaringer.

Vi i prosjektgruppen håper og tror at arbeidet prosjektet har gjort vil være et godt bidrag i det videre arbeidet med at flere mennesker med kognitiv svikt skal få et tilrettelagt arbeidsforhold. Vi håper at arbeidet som er påbegynt får fortsette å eksistere og vokse lokalt i den enkelte bedrift. Takk til deltakerne i prosjektet, NAV FARVE som delfinansierte prosjektet, og takk til referansegruppen bestående av Unni Sveen (UUS), Kine Næss (NAV kompetansesenter), Lisbeth Nordli (NAV Hjelpemiddelsentral i Oslo/Akershus) og Helene Ugelstad (NAV kompetansesenter). Videre en takk til Ragnhild Bø og Maren Ley som deltok i utforming og gjennomføring av prosjektet.

Litteratur:

- Aas, R. W. (2012). Arbeidsrettet rehabilitering, komplekse situasjoner med mange arenaer og aktører. I P. K. Solvang, & Å. Slettebø, *Rehabilitering; Individuelle prosesser, fag utvikling og samordning av tjenester* (ss. 2011-231). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hellaraker, J. H. (2012, Februar). Forelesningskunst må læres. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, ss. 172-174.
- NAV Kompetansesenter for tilrettelegging og deltakelse. (2015, April). I arbeid og høyere utdanning med kognitive vansker; veiledningshefte for tilrettelegging og deltakelse. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Puhr, A., Fossum, B., Hanssen, B., & Thorsen, A. (2011). Tilbakføring til arbeid etter ervervet hjerneskade. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, ss. 774-779.
- Standal, Ø. F. (2012). Læring i rehabilitering. Eit Sosiokulturelt perspektiv. I P. K. Solvang, & Å. Slettebø, *Rehabilitering; Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (ss. 147-159). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tuntland, H., & Nordheim, L. (2009, September). Undervisning og læring i kunnskapsbasert praksis. *Ergoterapeuten*.
- Østensjø, S., & Søberg, H. L. (2012). ICF som begrepsapparat og klassifikasjonssystem. I P. K. Solvang, & Å. Slettebø, *Rehabilitering; Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (ss. 298-131). Oslo: Gyldendal Akademiske.

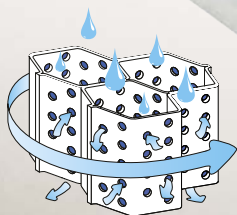
StimuLITE® 3-SONE Madrass Ekstra Myk *- nå i Norge og prisforhandlet med NAV*

For en kjølig og trykkfri søvn ved langvarig bruk eller under behandling av trykksår opp till grad 3.
Sikker og letthåndterlig i hjemmebruk og omsorgsavdelinger

Bestill produktvisning og utprøving nå!




3 StimuLITE®
ZON
EXTRA MJUK



Tel: 48 50 32 97
E-post: ordre@rehabshop.com
www.rehabshop.as



Hvordan kan fysisk aktivitet i arbeidstiden forebygge arbeidsrelatert stress?

Av Kristin Haugen



Kristin Haugen er ergoterapeutspesialist i arbeidshelse ved Helse Helse Helse. E-post: kristin@helse-sinstitutt.no

Sammendrag

De fleste pasientene ved Helse Helse Helse har tungt fysisk arbeid og lav utdanning. Det er ønskelig å se på hvordan arbeidsrelatert stress påvirker helsen til arbeidstakere som jobber i tungt arbeidende yrker som for eksempel industri og håndverk, samt hvordan fysisk aktivitet kan virke inn på opplevelsen av arbeidsrelatert stress. Her vil fokus være på den psykologiske tilnærmingen til stress, og stress som kan føre til vedvarende belastning, allostase. Hvordan anvendes Karasek og Theorells Job Demand-Control-modell (JDC) i et helsepsykologisk perspektiv, og hvordan knyttes fysisk aktivitet til opplevelsen av krav og kontroll?

Stress på arbeid som fører til belastning over tid er et økende problem og påvirker opplevelsen av krav og kontroll i arbeidshverdagen. Dette kan påvirke helsen i en negativ retning. JDC-modellen er mye brukt for å se på sammenhengen mellom helse og arbeid med fokus på arbeidsrelatert stress. Generelt vet man at fysisk aktivitet og trening kan bidra til helsemessige gevinster både fysiologisk og psykologisk. Hvor vidt fysisk aktivitet kan føre til stress reduksjon er diskutert i litteraturen. Funn i ulike studier viser at arbeidstakere selv rapporterer at de opplever mindre stress etter deltagelse i fysisk aktivitet og trening, og man ser at det er en sammenheng mellom inaktivitet og redusert kontroll på jobb.

Nøkkelord: fysisk aktivitet, arbeidsrelatert stress, mestring og Job Demand-Control

Det foreligger ingen interessekonflikt knyttet til innsendt manuskript.

Innledning

Å delta i arbeidslivet har betydning for vår helse i et folkehelseperspektiv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), og Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver arbeid som en faktor for sunnhet (Wilkinson & Marmot, 2003). I Europa er arbeidsrelatert stress nest oftest rapport som helseproblem knyttet til arbeidslivet (Det europeiske arbeidsmiljøorganet, 2015). Norske arbeidstakere i yrker med lavere krav til utdanning opplever i større grad at arbeidet har negativ påvirkning på helsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Arbeidsrelatert stress er et økende problem (Buckworth, Dishman, O'Connor, & Tomporowski, 2013). I arbeidshelsepsykologien ønsker man å undersøke og redusere arbeidsrelatert stress med mål om å bedre kvaliteten på arbeidslivet og beskytte og fremme sikkerhet, helse og velvære hos arbeidstakere (NIOSH, 2010).

En av de mest anvendte stressteoriene benyttet på arbeidsmiljø er Job Demand-Control-modellen (JDC). JDC-modellen fokuserer på arbeidsrelatert stress og sammenhengen mellom arbeid og helse (Karasek & Theorell, 1990).

Fysisk aktivitet er ofte brukt for å gi en fysiologisk og psykologisk helsemessig gevinst. Man ser også at fysisk aktivitet kan bidra til følelse av både velvære og tilfredshet (Berge & Norsk, 2002). Fysisk aktivitet er vesentlig i stressforebyggende og -behandlende arbeid (Börjesson & Jonsdottir, 2004), og fysisk aktivitet har betydning for toleransen for stress (Martinsen, 2002). Det er vist at jo mindre kontroll arbeidstakeren har når det gjelder å styre arbeidet sitt, desto større er sannsynligheten for at personen

er fysisk inaktiv på fritiden (Fransson, et al., 2012).

Problemstilling

Hvordan kan trening i arbeidstiden forebygge *opplevelsen* av arbeidsrelatert stress?

Teoretiske begreper

JOB DEMAND-CONTROL-MODELLEN

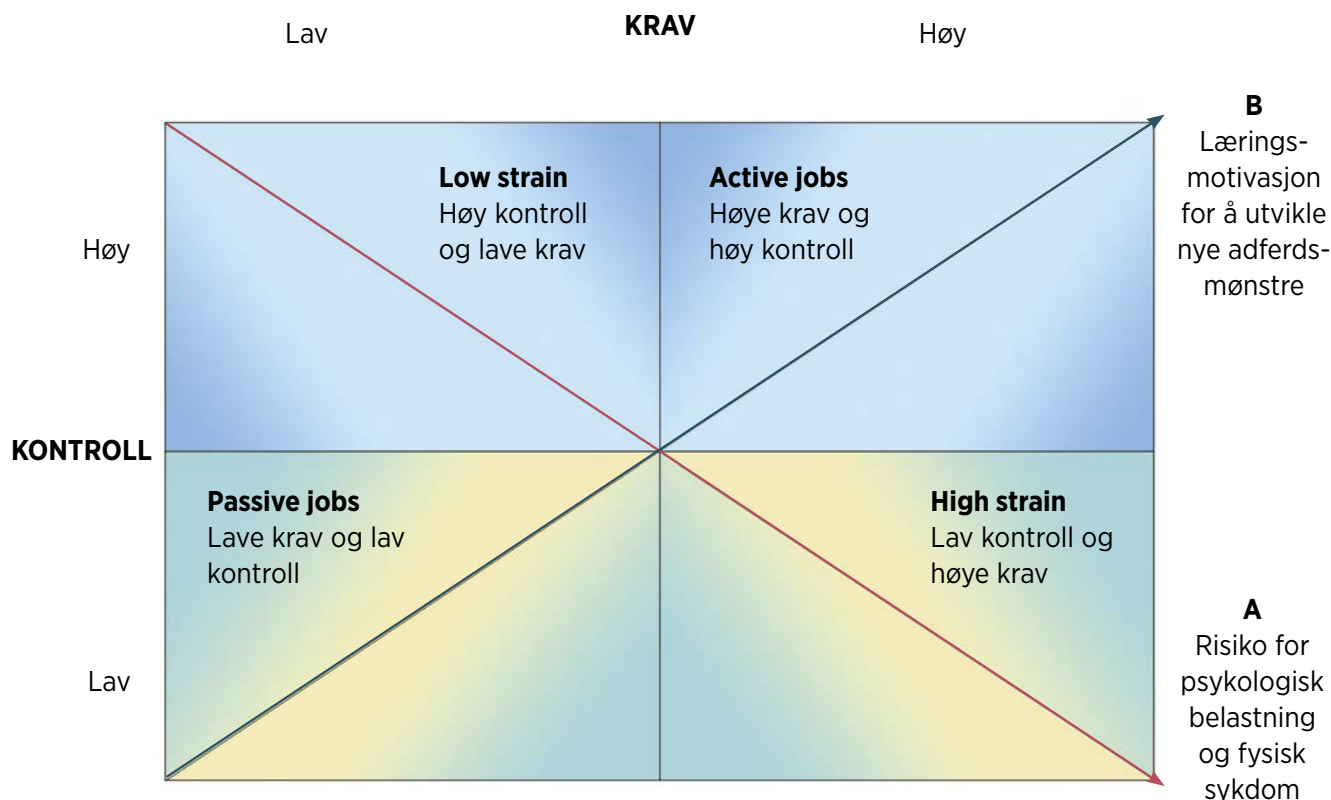
Job Demand-Control (JDC) forklarer sammenhengen mellom helse, organisatoriske og sosiale arbeidsforhold (Ibrahim & Oh-tsuka, 2012; Karasek, 1979; Torp, 2005). JDC har fokus på arbeidsrelatert stress, sammenhengen mellom arbeid og helse og faktorer i arbeidsmiljøet (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990). Modellen viser sammenhengene mellom krav og kontroll i arbeid, og hvordan ulike grader av disse faktorene påvirker mentalt stress, psykosomatiske plager og sykefravær (Karasek & Theorell, 1990; Theorell, Karasek, & Eneroth, 1990). I en videreutvikling av modellen er dimensjonen sosial støtte blitt inkludert. Sosial støtte beskrives som «det totale nivå av hjelpelig sosial interaksjon som er tilgjengelig på jobben, både fra kollega og ledelse» (Theorell et al., 1990, s. 69). Dimensjonen sosial støtte handler både om sosial støtte og sosial relasjon med ledelse og kollegaer, og kan være en buffer mot helseskadelig stress (Johnson & Hall, 1988). Sosial støtte ble supplementer for å fokusere på at negative helseeffekter som kan oppstå når arbeidstaker ikke opplever kontroll eller innflytelse over arbeidssituasjonen sin. Krav beskrives generelt som en arbeidsbelastning, og deles inn i kvalitative krav og kvantitative krav. Kontroll er muligheten man selv har til ta

beslutninger, selv bestemme hva og hvordan arbeidet skal utføres (Karasek & Theorell, 1990).

JDC-modellen deler inn i «active jobs» og «passive jobs». «Active jobs» har høy grad av krav og kontroll som fører til at helseplager uteblir, dette er i teorien mindre stressende jobber enn «high strain jobs». «High strain jobs» har høy grad av krav og liten grad av kontroll, som vil kunne føre til økt risiko for fysiske og mentale plager. «Passive jobs» har lav grad av krav kombinert med lav kontroll, som også vil føre til mindre grad av plager, selv om arbeidstakerne ofte ser på disse jobbene som lite utviklende. Høy grad av kontroll kombinert med lave krav, såkalte «low strain jobs», forbindes også med psykisk stress, misnøye og risiko for plager, men i mindre grad enn ved «high strain jobs» (Karasek & Theorell, 1990; Theorell et al., 1990).

BEGRUNNELSE FOR VALG AV MODELLEN

Job Demand-Control (JDC) som en todimensjonal (krav og kontroll) modell er brukervennlig i arbeidet med stressreduksjon, samtidig som den har fokus på hvordan et arbeidsmiljø kan påvirke motivasjon, læring og handlingene til en arbeidstaker. For å skape helsefremmende bærekraftige og produktive arbeidsplasser er JDC modellen egnet som et teoretisk utgangspunkt og rammeverk. Modellen passer godt for opplæring av arbeidstakere og ledere, siden den kombinerer forståelse og interesser hos ledelse, administrasjon og helse-, miljø- og sikkerhetspersonalet (HMS) (Torp, 2013). JDC-modellen passer godt til målgruppen på Hernes Institutt, siden JDC-modellen beskrives å være mest betydningsfull for de



Figur 1. JCD-modellen (Karasek & Theorell, 1990). Pil A illustrerer «job strain»-hypotesen. Pil B illustrerer hypotesen om «aktiv læring».

som arbeider i industrien og de som har arbeidsoppgaver som er monotone, få og repeterende (Knardahl & Keeping, 1998).

ARBEIDSRELATERT STRESS

Transactional Theory er anerkjent innenfor psykologisk tilnærming til stress, og innenfor arbeidspsykologien er ofte Lazarus og Folkmans (1984) definisjon på stress benyttet: «A particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being» (Lazarus & Folkman, 1984, s. 19). Definisjonen beskriver et spill mellom de ytre påvirkningene og individets indre reaksjoner. Stress oppstår når det dynamiske spillet mellom individet og omgivelsene leder individet til å oppleve en reell

eller ikke-reell uoverensstemmelse mellom situasjonens krav og personens biologiske, psykiske og eller sosiale ressurser (Lazarus & Folkman, 1984). Distress defineres som noe negativt som er vedvarende (Karasek, 1979).

Begrepet allostase benyttes for å beskrive konsekvensene av langvarig stress, og er benevnelsen på belastningen kroppen utsettes for når de fysiologiske stressreaksjonene aktiveres ofte eller over tid (Juster, McEwen, & Lupien, 2010). Homeostasen er egenskapen for å opprettholde indre stabilitet, mens allostase er egenskapene for fleksible møter med ytre stressfaktorer. Overbelastet allostase vil kunne føre til utvikling av sykdom (Flier, Underhill, & McEwen, 1998).

MESTRING

Lazarus og Folkman (1984) defi-

nerer mestring som «constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person» (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141). Denne definisjonen beskriver et utvalg av strategier som kan bidra til å mestre utfordringer og eller krav (Reitan, 2010). I Lazarus og Folkmans (1984) Transactional Theory er mestring et av grunnelementene. Det blir tatt utgangspunkt i at forståelsen av situasjonen individet befinner seg i, bygger på dets forståelse av stress og mestring. Mestring er rettet mot å håndtere de følelsespåkjennningene som oppstår av stressopplevelsen. Lazarus og Folkman beskriver ulike mestringsressurser hvor helse og energi og positiv holdning er to av disse mestringsressursene (Lazarus & Folkman, 1984).

FYSISK AKTIVITET OG FYSISK TRENING

Begrepene fysisk trening og fysisk aktivitet brukes ofte om hverandre. Disse har ulik betydning. Fysisk trening kan defineres som aktivitet som er repetert, planlagt og strukturert med mål om å opprettholde eller bedre prestasjonsnivå eller fysisk form. Kroppslig bevegelse som gir økt forbruk av energi, er en definisjon på fysisk aktivitet (Espnes & Smedslund, 2009). Fysisk aktivitet gir en helsemessig gevinst både fysiologisk og psykologisk, og kan i stor grad være med på å bidra til følelse av både velvære, tilfredshet (Berge & Norsk, 2002), mestring og læring (Martinsen, 1998). Det er også kjent at regelmessig trening bidrar til et bedre søvnmonster, og at man blir bedre på problemløsende og kreative tankemønstre (Berge & Norsk, 2002).

Produktivitet og arbeidsmiljø påvirkes positivt av arbeidstakers gode fysiske form og deltakelse i fysisk aktivitet (Departementene, 2005–2009; Wiberg, 2012). Helsedirektoratet har over flere år gitt anbefalinger om fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2015). Arbeidsmiljøloven beskriver at tiltak for å fremme fysisk aktivitet hos arbeidstakerne kan vurderes (Arbeidsmiljøloven LOV-2015-12-18-104, 2015). Arbeidstakerne som opplever liten kontroll på jobb, uavhengig om de hadde mye eller lite å gjøre på jobb, er cirka 25 prosent mindre fysisk aktive på fritiden sammenlignet med de som har god kontroll på jobb (Fransson et al., 2012).

Diskusjon

Job Demand-Control-modellen (JDC) ble utviklet på 1970-tallet. Det ble antatt at det i fremtiden ville bli færre jobber med lav

kontroll, og JDC-modellen ville få mindre betydning (Knardahl & Keeping, 1998). Lite tyder på at arbeidstakere opplever lavere kontroll i dag enn tidligere, selv med endring i den Norske sysselsettingen (Skoglund, 2013). Rapport fra europeiske arbeidsmiljøorganet (EU – OSHA) og den europeiske stiftelsen for bedring av leve- og arbeidsvilkår (Eurofond) bekrefter at arbeidsrelatert stress er det nest oftest rapporterte helseproblemet knyttet til arbeid. Nærmere 80 prosent av lederne er bekymret for arbeidsrelatert stress. Arbeidsrelatert stress gjennom hele eller deler av arbeidsdagen oppleves av 25 prosent av alle arbeidstakere i Europa, og det var også 25 prosent som rapporterte at arbeidet har negativ påvirkning på helsen deres. 66 prosent oppga for stor arbeidsbelastning eller lange arbeidsdager som årsak til arbeidsrelatert stress (Flintrop & Vargas, 2014). Lange arbeidsdager og stor arbeidsbelastning kan sees i sammenheng med opplevd krav og kontroll på jobb. Krav og kontroll kan både oppfattes som positive utfordringer eller negative belastninger som kan føre til helseplager. En ansatt kan tolerere høy grad av krav dersom kontrollen er tilsvarende god, denne kombinasjonen kan gi en positiv utvikling hos den ansatte. Krav man utsettes for og som er større enn muligheten til å løse en oppgave, gir arbeidsbelastning. Mangel på kontroll og arbeidsbelastning kan sees i sammenheng med kravene en arbeidstaker opplever. Kontroll er i utgangspunktet positivt, men det vil bli gitt mye ansvar til en person som får stor frihet til å velge (Knardahl & Keeping, 1998). Risiko for at det utvikles sykdom, kan oppstå ved mangel på kontroll og innflytelse

over hvordan arbeidet ditt tilrettelegges, planlegges og organiseres (Ebeltoft, 1992). Å ha god tro på egne evner til å løse et problem er viktig. En buffer mot stress kan være tro på egen personlig kontroll (Espnes & Smedslund, 2009).

Belastning i forbindelse med arbeid er ofte relatert til stress. En kombinasjon av høye krav og lite kontroll over tid i arbeidssituasjonen fører til mental distress (Knardahl & Keeping, 1998), altså «job strain» (Karasek, 1979). Alene vil ikke høye krav gi dårlig helse, men krav vil kunne bli en belastning når en ansatt opplever både høye krav på jobb og ingen eller liten kontroll over egen arbeidshverdag. I kombinasjon med høye krav og høy grad av kontroll, «active jobs», vil ikke arbeidstaker i utgangspunktet få helseplager (Karasek & Theorell, 1990; Theorell et al., 1990). Opplevelsen av å ha god kontroll i en situasjon, for eksempel over arbeidsmengden på jobb, vil kunne gi mindre belastning og derfor også kunne gi redusert opplevelse av stress. Dette vil igjen kunne være forebyggende for helseplager (Ebeltoft, 1992).

Hvilken påvirkning stress har på et individ, er avhengig av blant annet opplevelsen av trussel, den subjektive sårbarheten og muligheten til å mestre (Lazarus & Folkman, 1984), og det er individuelle ulikheter i reaksjoner på en situasjon. Et indre ubehag vil øke hvis en ytre faktor øker. Et arbeid innehar stressorer, hvor en stressor er ytre påvirkninger som kan utløse følelsen av stress. En akutt stressor varer over kortere tid, mens kroniske stressorer ofte er utydelige og ofte er en del av hverdagen vår. Hvordan vi for eksempel tolker stress på jobben, er av større betydning



Et treningsprogram kan ha en stressreducerende effekt.

enn hvor stressende situasjonen er (Lazarus & Folkman, 1984). Sykdom, overbelastet allostase, kan oppstå når stress oppleves som en trussel. Om det oppstår sykdom vil sees i sammenheng med personens tro på muligheten for å mestre problemet (Espnes & Smedslund, 2009).

Fysisk og psykisk helse påvirkes av mestringsstrategier som benyttes under krevende og stressfylte situasjoner i livet (Folkman, Lazarus, Gruen, Delongis, & Sarason, 1986). Lazarus og Folkman (1984) skiller også mellom personens egen vurdering av en situasjon og hvilke strategier som benyttes. Primært vil man vurde-

re om situasjonen er en trussel, en hendelse som vil føre til et tap, eller om hendelsen vil være en utfordring. Sekundært vil en person vurdere hva man kan gjøre i forhold til sine egne ressurser. En situasjon kan for noen oppleves uproblematisk, mens for noen andre kan samme hendelse oppleves som stressende (Lazarus & Folkman, 1984). Både Lazarus og Folkman og Karasek og Theorell beskriver stress som uoverensstemmelse mellom kravene i en situasjon individet opplever, og ressurser og muligheter personen har. Ressursene vil være muligheten til å håndtere en stressende situasjon, mens mestring omfatter

personens evner til å håndtere den konkrete situasjonen (Karasek & Theorell, 1990; Lazarus & Folkman, 1984).

Problemfokuset og følelsesfokuset mestring er to hovedtyper av mestring. Problemfokuset mestring rettes mot problemet, for eksempel å informere på forhånd om at man vil få en travel arbeidsuke. Følelser som oppstår i stressende situasjoner, reguleres – dette er følelsesfokuset mestring. Dette kan for eksempel være å legge bak seg ubehagelige kommentarer (Folkman, et al., 1986). Både problemfokuset og emosjonsfokuset mestring benyttes for å møte en vanskelig situasjon.



Når disse to strategiene brukes sammen, kan det bidra til å endre opplevelsen av ubehag i den gitte situasjonen, og derfor gi økt kontroll (Lazarus & Folkman, 1984).

En positiv erfaring med gjennomføringen av en tidligere handling er en viktig opplevelse som påvirker en forventning om å mestre en situasjon. For å få til en atferdsendring er en positiv forventning om å mestre situasjonen og ha tro på at man er i stand til å gjennomføre en gitt handling, avgjørende (Torp, 2005). Ifølge Lazarus og Folkmans (1984) definisjon av mestring vil et utvalg av strategier kunne benyttes for å mestre krav eller utfordringer

(Reitan, 2010), for eksempel bør en indre og ytre motivasjon kunne benyttes som strategier. Både en indre og ytre motivasjon kan skapes gjennom ressurser på jobb. Indre motivasjon kan være jobbressurser som fører til utvikling og læring, og ytre motivasjon kan være å nå mål på jobb (Torp, 2013).

Fysisk aktivitet er vesentlig i et forebyggende og behandlende arbeid (Börjesson & Jonsdottir, 2004), og fysisk aktivitet har betydning for toleransen for stress (Martinsen, 2002). På 1950-tallet ble det gjort eksperimenter på dyr som viste effekten av fysisk aktivitet knyttet til hvordan dyrene håndterte stress i ulike situasjoner på en positiv måte (Martinsen, 2002). I Wibergs (2012) kvantitative studie rapporterte deltakere om opplevd effekt av trening som stressreducerende (Wiberg, 2012). En randomisert kontrollert studie viser at øvelsesbasert trening som varer i fra seks uker til seks måneder, førte til at deltakerne opplevde reduksjon av stress og bedret trivsel (Buckworth, et al., 2013). Kondisjonstrening vil hos veltrente personer føre til at en gitt arbeidsbelastning oppleves mindre stressende (Rimmele et al., 2007). Det er også antydnet at regelmessig fysisk aktivitet bidrar til at arbeidstakerne øker sin toleranse for belastninger gjennom en arbeidsdag (Wiberg, 2012). Treningsprogram som varer i minst to til tre måneder kan ha en stressreducerende effekt (Buckworth et al., 2013). Kilden til stress vil vanligvis ikke bli fjernet gjennom trening, men fysisk aktivitet vil kunne redusere opplevelsen av stress i en kort periode (Buckworth, et al., 2013).

Fysisk aktivitet kan også bidra til økt mestringsevne og gi erfa-

ringer som igjen kan bidra til en læreprosess. Hvordan man forstår og opplever seg selv, vil kunne endres gjennom deltakelse i aktivitet. Både følelsesmessig og tankemessig vil man også kunne endre opplevelsen og synet på verden rundt seg (Martinsen, 1998). Mange opplever å få bedre selvtillit ved at personen for eksempel får et sunnere syn på egen kropp ved deltakelse i fysisk aktivitet (Berge & Norsk, 2002). I flere undersøkelser rapporterer deltakere at de opplever at trening hjelper dem å mestre stress. Fysisk aktivitet kan også være en buffer mot stress. Stressnivået vil reduseres når mengden fysisk aktivitet øker (Espnes & Smedslund, 2009).

At trening endrer fysiologiske reaksjoner ved stress, er diskutert i forskningen. Karakteristikk av voksne uten stresslidelser er at de opplever mindre stress etter en enkel treningsøkt og etter regelmessig treningsprogram. Det er ingen forskning som godt nok beviser at disse funnene ikke ble upåvirket av folks forventninger. Utelukkende å stole på de sosial-kognitive modellene om stress kan man heller ikke, ettersom de benytter folks egne vurderinger av seg selv. Personens egen oppfatning benyttes for å avgjøre om eller under hvilke omstendigheter kondisjonstrening eller regelmessig mosjon gir redusert eller bedret fysiologisk respons ved stress samt bedrer muligheten for restitusjon etter opplevd stress (Buckworth et al., 2013).

Ønsker man å støtte arbeidstakernes helseadferd på jobb, er det mulig å benytte seg av tiltak på organisasjonsnivå. Ved å redusere kravene i hverdagen eller øke overskuddet vil man kunne bedre helsen, og i en overgangsperiode vil det beste være å gjøre noe

med begge (Torp, 2005). *Arbeidsmiljøloven* gir muligheter for igangsetting av tiltak for redusere virkningen av inaktivitet på jobb (*arbeidsmiljøloven LOV-2015-12-18-104, 2015*), og Helsedirektoratet anbefaler en grad av fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2015). Selv om man vet at fysisk aktivitet har kortvarig effekt på stressnivået i kroppen (Buckworth, et al., 2013) vet man at generell fysisk inaktivitet medfører flere ulike negative effekter på helsen vår. Dårlig kondisjon, nedsatt styrke og reduksjon av evnen til å håndtere ulike belastninger er et resultat av inaktivitet (Börjesson & Jonsdottir, 2004).

I ulike studier rapporterte deltakerne at de opplever stressreduksjon ved deltakelse i fysisk aktivitet (Buckworth et al., 2013; Wiberg, 2012). Regelmessig fysisk aktivitet bidrar til at arbeidstakerne øker sin toleranse for belastninger som gjør dem bedre rustet for belastninger (Rimmele et al., 2007; Wiberg, 2012). Arbeidstakere kan også bli stresset av å forlate arbeidsplassen for å gjennomføre fysisk aktivitet (Wiberg, 2012). Her kan kontroll oppfattes som en belastning, siden arbeidstakeren har ansvar for opprettholde produksjonen og samtidig ta vare på egen helse (Knardahl & Keeping, 1998; Westrum, 2012; Wiberg, 2012). Ved å få mulighet til å delta på fysisk aktivitet i arbeidstiden kan dette også ha den effekten at arbeidstakerne opplever å påvirke egen arbeidssituasjon (Wiberg, 2012). Arbeidstakeren vil også få muligheten til å bestemme over sin egen arbeidssituasjon (*Arbeidsmiljøloven LOV-2015-12-18-104, 2015*; Karasek & Theorell, 1990; Knardahl & Keeping, 1998), siden tiltak for fysisk aktivitet ikke forplikter eller krever at arbeidstakerne deltar på

et aktivitetstilbud (*arbeidsmiljøloven LOV-2015-12-18-104, 2015*).

Resultatene i studien til Fransson et al. (2012) tyder på at det er arbeidsrelatert stress som påvirker mengden av trening. En stressende jobb øker risikoen for at man går fra å være fysisk aktiv til inaktiv (Fransson et al., 2012). Både «high strain» og «passive jobs» kjennetegnes av lav kontroll (Fransson, et al., 2012; Karasek & Theorell, 1990; Theorell et al., 1990). Dette tyder på at en sammenheng mellom arbeidstakernes egenskaper og fysisk inaktivitet på fritiden i større grad styres av opplevd kontroll enn av krav i arbeidet. Dette stemmer overens med tidligere studier som knytter lav kontroll til lavt nivå av fysisk aktivitet. Jo mindre kontroll arbeidstakeren har til å styre arbeidet sitt, desto større sannsynlighet er det for at personen er fysisk inaktiv på fritiden (Fransson et al., 2012).

Fransson et al. (2012) knytter fysisk aktivitet til fritid. Fysisk aktivitet på fritid bør kunne ses i likhet med fysisk aktivitet på arbeid. *Arbeidsmiljøloven* åpner for tilrettelegging for å øke det fysiske aktivitetsnivået på jobb, og Helsedirektoratet anbefaler en mengde fysisk aktivitet som er gunstig for helsen vår (*arbeidsmiljøloven LOV-2015-12-18-104, 2015*; Helsedirektoratet, 2015). Folkehelsemeldingen (2013) beskriver også arbeidsplassen som en egnet arena for blant annet helseopplysning og livsstilsendring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

REFLEKSJON

Å forstå elementer i helsepsykologien, som sosial kontekst, adferden og biologiens påvirkning på vår helse, og årsak til sykdom, krever en helhetlig tilnærming. Tilegnelsen av kunnskap om

sammenhengen mellom adferd og sykdom oppleves å gjøre meg som helsearbeider bedre rustet til å fremme helse og forebygger sykdom. Siden vi tilbringer mye tid på jobb, er et godt arbeidsmiljø av betydning for vår helse; et dårlig arbeidsmiljø vil kunne skape stress. Arbeidstakere med mestringstro kan bidra til bedret arbeidsmiljø, og økt mestring gir mindre stress. Å finne tiltak som alle på en arbeidsplass opplever som effektfulle, vil kunne være en utfordring, siden vi har ulike oppfatninger av hva som for eksempel er belastende eller ikke. Fysisk aktivitet bør kunne vurderes som tiltak, men med bevissthet om de ulike effektene den har fysisk og psykologisk.

Litteraturliste

- Arbeidsmiljøloven LOV-2015-12-18-104.* (2015). Lokalisert på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>.
- Berge, T. & Norsk, p. (2002). *Mestring av depresjon : veileder i forståelse og behandling av stemningslidelser* (Vol. 39). Oslo: Norsk psykologforening.
- Buckworth, J., Dishman, R. K., O'Connor, P. J. & Tomporowski, P. D. (2013). *Exercise psychology* (2 utg.). Champaign, Ill: Human Kinetics.
- Börjesson, M. & Jonsdottir, I. H. (2004). Fysisk aktivitet som profylax och terapi vid stressrelaterade tillstånd. *Läkartidningen*, 101(15-16), 1394-1400. Lokalisert på <http://www.nusjukvar-den.se/upload/Regionkanslierna/hsskansli/hskgbg/Profylax.pdf>
- Departementene. (2005-2009). *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Sammen for fysisk aktivitet.* Lokalisert på https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/pla/2004/0001/ddd/pdfv/231922-fa-handlingsplan_2005-2009.pdf.
- Det europeiske arbeidsmiljøorganet. (2015). *Fakta og tall om stress og psykososiale risikoer.* Lokalisert 11.03 2015, på <https://www.healthy-workplaces.eu/no/stress-and-psychosoci>

- al-risks/facts-and-figures
- Ebeltoft, A. (1992). *Psykososialt arbeidsmiljø i praksis*. Lokalisert, på <http://www.nb.no/nbsok/nb/2e-20a356714adafb96bb8b30915d2725.nbdigital?lang=no#0>
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi* (2 utg.). Oslo: Gylendendal akademisk.
- Flier, J. S., Underhill, L. H. & McEwen, B. S. (1998). Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338(3), 171-179. doi: 10.1056/NEJM199801153380307
- Flinthrop, J. & Vargas, O. (2014). *Psychosocial risks in Europe. Prevalence and strategies for prevention. A joint report from the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions and the European Agency for Safety and Health at Work*. Lokalisert, på http://euro-found.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1443en_0.pdf
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., Delongis, A. & Sarason, I. G. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579. doi: 10.1037/0022-3514.50.3.571
- Fransson, E. I., Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Zins, M., Westerlund, H., Westerholm, P. et al. (2012). Job strain as a risk factor for leisure-time physical inactivity: an individual-participant meta-analysis of up to 170,000 men and women The IPD-Work Consortium. *American journal of epidemiology*. doi: 10.1093/aje/kws336
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar*. (Meld. St. 34, 2012-2013). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.htm-?id=723818>
- Helsedirektoratet. (2015). *Anbefalinger fysisk aktivitet* Lokalisert 14.03 2015, på <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>
- Ibrahim, R. Z. A. R. & Ohtsuka, K. (2012). Review of the Job Demand-Control and Job Demand-Control-Support models: Elusive moderating predictor effects and cultural implications. *Southeast Asia Psychology Journal*, 1, 10-21. Lokalisert på <http://www.cseap.edu.my/sapi/index.php/journal/singleJournal/2>
- Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American journal of public health*, 78(10), 1336-1342. Lokalisert på <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.78.10.1336> doi:10.2105/AJPH.78.10.1336
- Juster, R.-P., McEwen, B. S. & Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 2-16.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308. Lokalisert på <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c4867016-10f7-4cb5-956d-e2b2ddf807bf%40sessionmgr114&vid=1&hid=128>
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Knardahl, S. & Keeping, D. (1998). *Kropp og sjel : psykologi, biologi og helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company LLC.
- Martinsen, E. W. (1998). Psykiatrisk forskning på fysisk aktivitet - en oversikt. I T. Moe, N. Retterstøl & M. Sørensen (Red.), *Fysisk aktivitet : en ressurs i psykiatrisk behandling* (s. 50-67). Oslo: Aker sykehus, divisjon psykiatri Universitetsforlaget.
- Martinsen, E. W. (2002). Fysisk aktivitet - medisin mot utbrenthet? I A. Roness & S. B. Matthisen (Red.), *Utbrenthet. Krevende jobber - gode liv?* Oslo: Fagbokforlaget
- NIOSH. (2010, 2010). *Occupational Health Psychology (OHP). Workplace Safety & Health Topics* Lokalisert 16.03 2015, på <http://www.cdc.gov/niosh/topics/ohp/>
- Reitan, A. M. (2010). Krise og mestring. I A. M. Reitan & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (3 utg.). Oslo: Akribes.
- Rimmele, U., Zellweger, B. C., Marti, B., Seiler, R., Mohiyeddini, C., Ehler, U. et al. (2007). Trained men show lower cortisol, heart rate and psychological responses to psychosocial stress compared with untrained men. *Psychoneuroendocrinology*, 32(6), 627-635. doi: 10.1016/j.psyneuen.2007.04.005
- Skoglund, T. (2013). Fra jordbruk til tjenester. *Økonomiske analyser*, 5, 53-55. Lokalisert på http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/_attachement/152574?_ts=142c712cb58
- Theorell, T., Karasek, R. & Eneroth, P. (1990). Job strain variations in relation to plasma testosterone fluctuations in working men - a longitudinal study. *Journal of internal medicine*, 227(1), 31-36.
- Torp, S. (2005). Atferdsteoretiske perspektiv på forebygging av muskel-og skjelettplager. *Fysioterapeuten*, 87(4), 16-21.
- Torp, S. (2013). Hva er helsefremmende arbeidsplasser-og hvordan skapes det? *Socialmedicinsk tidskrift*, 90(6), 768-779. Lokalisert på <http://www.socialmedicinsk.tidskrift.se/smt/index.php/smt/article/view/1051/866>
- Westrum, I.-L. (2012). *Fysisk aktivitet på arbeidsplassen som et forebyggende helse tiltak : en studie av et aktivitets tiltak for arbeidstakere ved Kværner Verdal*. Mastergradsavhandling. Høgskolen i Nord-Trøndelag Avdeling for lærerutdanning, Levanger. Lokalisert på <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/147039>
- Wiberg, G. (2012). *En kvalitativ studie om arbeidstakers og arbeidsleders erfaringer med et treningsopplegg i arbeidstiden*. (Mastergrad). Lokalisert på <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/184167/Wiberg%2c%20Geir%20pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wilkinson, R. G. & Marmot, M. G. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. København: World Health Organization, Regional Office for Europe

Fokus på økt jobbnærvær

FREMMENDE FAKTORER FOR PERSONER MED MUSKEL- OG SKJELETTLIDELSER

Av Ingelin Mari Rød



*Ingelin Mari Rød er ergoterapeut og jobber som avdelingsleder ergonomi i Salutis HMS, en godkjent bedriftshelsetjeneste med kontorer i Bergen og Hedmark.
E-post: ingelin.rod@salutis-hms.no*

Sammendrag

Muskel- og skjelettlidelser er utbredt i Norges befolkning, og diagnosen utgjør 33,1 prosent av det legemeldte sykefraværet (NAV, 2016). Med så høye tall for denne gruppen ønsker jeg å rette fokus på hva det er som gjør at folk på tross av slike lidelser deltar i arbeidslivet. Dette kan gi innspill til hvordan en best mulig skal møte og bistå disse menneskene i praksis.

Hvilke faktorer som gir økt arbeidsdeltakelse, vil også være viktig for mitt arbeid som ergoterapeut og arbeidsplassstilrettelegger i en bedriftshelsetjeneste, hvor mange av henvendelsene nettopp er utfordringer knyttet til muskel- og skjelettlidelser.

Jeg har derfor foretatt en litteraturstudie og knyttet funn opp mot Antonovskys modell om opplevelse av sammenheng. Funnene viser at vi kommer lenger med individrettede tiltak. Det er også viktig at informasjon blir gitt til både arbeidstaker og arbeidsgiver.

Nøkkelord: Muskel-/skjelettlidelser, jobbnærvær, fremmede faktorer, deltakelse i arbeidslivet.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Innledning

Den femte arbeidsmiljøundersøkelsen (EWCS), som ble presentert på Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) seminar i desember 2012, konkluderer med at det er gode arbeidsforhold i Norge sammenlignet med EU (Smith-Isaksen, 2013). «Men dette skal ikke bli en hvilepute», sa den daværende arbeidsministeren, Anniken Huitfeldt (arbeidsminister 2012-2013). Hun satte fokus på renholdere som en bransje med dobbelt så høyt sykefravær sammenlignet med resten av yrkesbefolkningen, tett fulgt av transport og lager (NAV, 2015). Tallene fra fjerde kvartal over flere år fordelt på ulike næringer viser også at sykefraværet er høyt i helse- og omsorgssektoren (Byrkjedal, 2015). Erfaringsmessig er dette yrker med mange tunge belastninger.

Lønnet arbeid er en viktig aktivitet i menneskets liv. Arbeid spiller en viktig rolle i voksnes følelse av velvære uansett helsestatus (Kennedy-Jones, Cooper og Fossey, 2005). Arbeid kan være kilden til anerkjennelse og respekt. Det kan gi en følelse av kontroll og kompetanse og påvirke menneskets identitet, status og rolle i forhold til familie, venner og samfunn. I tillegg gir arbeid inntekt og sosial kontakt og er med på å strukturere dagen. Mister man muligheten til å arbeide, påvirkes hele livssituasjonen (Borg, 2006, Hare, Hjortbak & Jacobsen, 2003). Flere viser til at jo lengre fraværet fra arbeidslivet er, jo vanskeligere er det å komme tilbake (Haugset, 2008, Hernes, Heum & Haavorsen 2010). Samfunnsmessig er det også viktig at vi klarer å utnytte de ressursene som finnes gjennom høyt jobbnærvær for å opprettholde velferden vår (Hernes, Heum & Haavorsen, 2010).

Roger Bjørnstad (2006) setter fokus blant annet på økningen i sykefraværet siden 1980-tallet. Han peker på at Norge har det høyeste sykefraværet i Europa, men samtidig også den høyeste yrkesdeltakelsen. Han trekker fram at økningen i kvinnelig yrkesdeltakelse også har gitt høyere sykefravær, hvor opptil 50 prosent av de totale kjønnsforskjellene i sykefravær tilskrives forplantings- og fødselsrelatert sykefravær for kvinner (NOU, 2000:27). Bjørnstad (2006) trekker fram flere forhold for å forklare konjunkturbevegelsene i sykefraværet. Et av disse er disiplinering, som viser til at det i tider med høy arbeidsledighet, blir høyere terskel for å bli sykemeldt grunnet en antatt frykt for å miste jobben, altså at sykefraværet er ventet å gå ned i nedgangstider i arbeidsmarkedet.

Å sikre høy sysselsetting og effektiv bruk av arbeidskraften er en forutsetning for vekst, velferd og en god utvikling i norsk økonomi. Derfor er høy yrkesdeltakelse og lav arbeidsledighet et prioritert politisk mål, uavhengig av regjering (NOU 2008:6 Kjønn og lønn).

For at vi skal kunne sette større fokus på faktorer som fremmer deltakelse og høyere arbeidsnærvær, må disse faktorene identifiseres. Dette ledet fram til problemstillingen: *Hvilke faktorer fremmer jobbnærveret for sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser?*

Teori

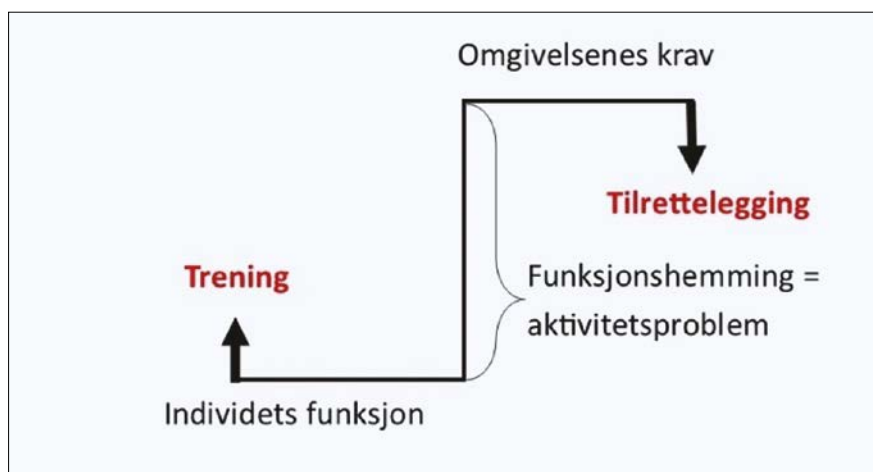
DEN SALUTOGENE MODELLEN

Ut ifra Antonovskys salutogene perspektiv kan helse ses på som et kontinuum, en horisontal linje, mellom uhelse (alvorlig sykdom/død) og helse (fravær av sykdom/frisk). Ethvert menneske kan plasseres langs denne linjen, og

de fleste av oss vil bevege oss fram og tilbake igjennom livet (Lindström & Eriksson, 2015). Antonovsky kalte faktorene som endrer plassering på kontinuumet for stressfaktorer, stressorer eller generelle motstandsressurser og mente dette var en naturlig del av livet (Lindström & Eriksson, 2015). Videre beskriver han hvordan opplevelsen av sammenheng (OAS) påvirker hvordan mennesker klarer seg i møte med ulike stressfaktorer i livet, og hvordan disse håndteres (Lindström & Eriksson, 2015). I en analyse fra en undersøkelse om kvinner fra ulike etniske grupperinger i Israel om deres tilpasning til overgangsalderen, ble det stilt et enkelt ja/nei-spørsmål om hvorvidt de hadde vært i konsentrasjonsleir. Resultatet ble videre knyttet opp mot tall som viste at 29 prosent av de som hadde vært det, hadde god psykisk helse, sammenlignet med kontrollgruppen, hvor 51 prosent hadde dette. Selv om 51 er et høyere tall enn 29, fant Antonovsky det oppsiktsvekkende at en gruppe på 29 prosent, som hadde opplevd konsentrasjonsleirens utenkelige grusomheter, etterfulgt av åreis som krigsflyktning, for så å etablere seg i et land som har gjennomgått tre kriger, likevel kunne være ved rimelig god helse. Dette førte til utviklingen av den salutogene modellen (Antonovsky, 2012). En sterk OAS ble sett på som en forutsetning for disse kvinnene (Antonovsky, 2012) og består av de tre komponentene:

1. begripelighet,
2. håndterbarhet og
3. meningsfullhet (Antonovsky, 2012, Bakke, 2012).

«Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en



Figur 1. Illustrasjon fritt etter Ivar Lie publisert i St. Meld. Nr. 40. Det kongelige sosialdepartement (2002–2003).

gjennomgående varig, men også dynamisk følelse av tillit til at

1. stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige,
2. man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og
3. disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i» (Antonovsky, 2012, s. 41).

Generelle motstandsressurser er forutsetninger for utviklingen av en sterk OAS og ligger i menneskene som ressurser knyttet opp til deres person og kapasitet, til nære og fjerne omgivelser som både materielle og ikke-materielle kvaliteter (Lindström & Eriksson, 2015). Det kan være penger, husvære, selvbilde, kunnskap, sunne holdninger, kontakt med indre følelser, sosiale relasjoner, overbevisninger, religion, eksistensielle forhold, meningen med livet (Lindström & Eriksson, 2015).

Antonovsky mener at OAS kan betraktes som en mestringsressurs som gjør individet i stand til å velge mellom ulike strategier for å løse eller håndtere hendelser i livet (Lindström & Eriksson, 2015).

«Mestring dreier seg i stor grad

om: opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan endre på» (Hopen, 2016).

Strategi kommer fra militæret og er betegnelsen på metoder en velger for å komme til et bestemt mål. I dag brukes begrepet også sivilt (Store norske leksikon, 2009).

GAP-MODELLEN

Når gapet mellom personens funksjon (muskel- og skjelettlidelsen) og omgivelsenes krav (arbeidsoppgavene) oppleves som for store, oppstår en funksjonshemming som kan gi et aktivitetsproblem. Ordet funksjonshemming har i en årrekke vært assosiert med en konsekvens av et biologisk avvik, som for eksempel sykdom eller skade. I senere tid har en funnet at dette er en for snever betraktning som ikke tar hensyn til omgivelsene personen befinner seg i (St. Meld. nr. 40, 2002–2003). For å kunne delta i ønskede aktiviteter i de fysiske omgivelsene hvor aktivitetene foregår, er det mil-

jøets funksjonskrav som fordres. Funksjonskravene innehar både fysiske, sosiale og psykologiske faktorer (Lie, 1996). For eksempel vil en blind person ikke ha redusert funksjon i en telefonsamtale, det samme gjelder en person i rullestol om det finnes en rampe for å kunne komme seg inn i butikken som ligger opp en trapp. Gap-modellen var et resultat av et ønske om å utvikle en modell for oppfølging av Beitostøl-klienter i arbeid. Prosjektet bak viste også at det var store rehabiliteringsgevinster å hente ved å se på forhold i dagliglivet i tillegg til praktisk tilrettelegging på arbeidsplassen (Lie, 1996) (Figur 1).

Metode

Som litteraturstudie ble det gjort litteratursøk hvor målet var å finne erfaringer og faktorer som fremmer jobbnærvær for mennesker med muskel- og skjelettlidelser. Når det søkes etter erfaringer og en ønsker å ta utgangspunkt i kjernespørsmål som «hvordan oppleves det?» og «hva er det som gjør at det virker?» anbefaler Kunnskapssenteret (2016) en kvalitativ metode. Det ble derfor valgt å inkludere dette som søkeord.

Søkeordene som ble brukt, var Musculoskeletal, Work, Qualitative og Participation/Promotion. Kilde, antall treff og hvor de valgte artiklene ble funnet, fremgår av figur 2. Det ble satt inklusjons- og eksklusjonskriterier i forkant, men det var underveis i prosessen behov for å utvide inklusjonskriteriene for å få et bredere grunnlag videre.

INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER VED SØK

Inklusjonskriteriene var studier som inkluderte mennesker fra den

Dato	Databaser Avgrensninger	Søkeord i kombinasjon	Treff på kombinerte søkeord	Artikkel
06.02. 2016	Ovid Medline 1946-2016	Musculoskeletal Work Qualitative Participation	8	Glavare, Maria; Lofgren, Monika; Schult, Marie-Louise (2012) Between unemployment and employment: experience of unemployed long-term pain sufferers Sjostrom, Rita; Melin-Johansson, Christina; Asplund, Ragnar; Alricsson, Marie (2011) Barriers to and possibilities of returning to work after a multidisciplinary rehabilitation programme. A qualitative interview study. de Vries, Haitze J; Brouwer, Sandra; Groothoff, Johan W; Geertzen, Jan H B; Reneman, Michiel F. (2011) Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a qualitative study of workers' experiences.
06.02.2016 og 06.06.2016	Oria 2000-	Musculoskeletal Work Qualitative Participation Avgrenset til artikler.	65* 72*	Lydell, Marie; Hildingh, Cathrine; Månsson, Jörgen; Marklund, Bertil; Grahm, Birgitta (2011) Thoughts and feelings of future working life as a predictor of return to work: a combined qualitative and quantitative study of sick-listed persons with musculoskeletal disorders. Passier, Leanne; Mcphail, Steven (2011) Work related musculoskeletal disorders amongst therapists in physically demanding roles: qualitative analysis of risk factors and strategies for prevention.
06.06. 2016	Oria 2000-	Musculoskeletal Work Qualitative Promotion	38*^	Jakobsen, Klara; Lillefjell, Monica (2014) Factors promoting a successful return to work: from an employer and employee perspective

Figur 2. Søkehistorikk *Merk: Flere av treffene var duplikater, slik at antall treff ikke fullt ut representerer hvor mange spesifikke funn som ble gjort i søket. Søket ble gjort i Oria, som henter resultater fra 20 ulike databaser. ^Avgrenset til fagfellevurderte tidsskrift

arbeidende befolkningen (18–67 år) med muskel- og skjelettlidelser som på grunn av dette var eller hadde vært sykmeldt fra lønnet arbeid.

Eksklusjonskriterier var: artikler skrevet på andre språk enn skandinavisk eller engelsk, artikler som fokuserte utelukkende på deltakelse i hverdagslivet generelt og ikke i lønnet arbeid, søk etter effekt av kartleggingsredskap, eller positiv/negativ effekt av innflytelse fra nærmeste pårørende på arbeidsdeltakelse.

Ved endt søk ble tolv artikler nærmere gjennomgått, hvorav seks ble inkludert for videre analyse på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene nevnt over.

Videre i resultatet og diskusjo-

nen vil artiklene med flere enn to forfattere av praktiske hensyn bli referert til kun ved førsteforfatter i parentes.

BIAS

For å unngå bias ble artiklene gjennomgått og analysert etter egen matrise som beskrevet i Magnus & Bakketeig (2000) ved to anledninger og med 1,5 måneders mellomrom. (Dette gjaldt for fire av artiklene.) Dette gjorde jeg for å klare å se på artiklene med «nye» øyne, da jeg var alene om arbeidet og ikke kunne oppnå en triangulering. Det er likevel en fare for at min forforståelse og forventinger til resultatet kan ha påvirket resultatanalysen.

Studiene som er gjennomgått, er utført i Sverige (3), Nederland (1),

Australia (1) og Norge (1). Det kan være forhold i kultur, samfunnsstruktur, politisk styresett og trykksystem som gjør at forholdene nødvendigvis ikke lar seg overføre til norske forhold.

Resultat

Etter søk av artikler og gjennomgang av disse i forhold til inklusjons- og eksklusjonskriterier var det seks artikler som falt innenfor og kunne gi innspill til problemstillingen. Disse seks artiklene er presentert i egen figur, se vedlegg, med artikkelnavn, forfatter, design, metode, utvalg, formål og konklusjon. Fem av seks studier hadde etiske godkjenninger, mens den siste studien fulgte Helsinkiprinsippene samt at deltakerne fylte ut samtykkeskjema.

Funnene fra resultatanalysen blir presentert i figur 3. Videre følger en kort gjennomgang av de fire hovedkategoriene samt hvilke faktorer som er plassert under de ulike temaene.

Funnene ble satt i matrise og kategorisert inn i ulike temaer, hvor temaene ble satt opp på forhånd i fire kategorier: Ytre hemmende og fremmede faktorer og indre hemmende og fremmede faktorer. Denne artikkelen presenterer kun de fremmede faktorene. Underkategorier er siden blitt identifisert. Resultatene ble analysert ved å lage en matrise (Magnus og Bakketeig, 2000). Faktorene som ble identifisert, ble systematisert i de fire kategoriene for videre analyse og diskusjon.

INDRE FREMMENDE FAKTORER

Denne kategorien inneholder faktorer som deltakerne selv kunne jobbe med, alene eller med bistand fra profesjonelle for å kunne oppnå deltakelse i arbeid. Her ble det identifisert fire faktorer: *Mestringsstrategier, akseptere situasjonen, følelse av kontroll og motivasjon.*

Mestringsstrategier varierte mellom respondentene, men kunne være ulike metoder for å redusere opplevelsen av smerte i hverdagen og ulike behandlingsformer, for eksempel massasje, akupunktur, soneterapi og smertestillende tabletter (Sjöström, 2009). Fysisk trening blir også trukket fram (Sjöström, 2009, de Vries, 2011, Passier & McPhail, 2011), hvor de Vries legger til at dette kunne være for å øke egen arbeidskapasitet og utholdenhet i arbeidet. Andre strategier kunne være å be andre om hjelp ved behov, delegerer bort både arbeidsoppgaver og oppgaver i hjemmet, redusere reisetid til arbeidsplas-

sen, lytte til egen kropp i forhold til signaler for å begrense belastning, samt gjøre ulike prioriteringer (de Vries, 2011) – kort sagt skape balanse mellom arbeid og fritid (Jakobsen & Lillefjell, 2015).

Det å akseptere situasjonen og klare å gjøre de nødvendige tilpasningene som gjør arbeidsnærvær mulig (de Vries, 2011), er neste faktor. I stedet for å tenke på hva de ikke klarte, var det noen av deltakerne som ved å akseptere situasjonen klarte å fokusere på resterende arbeidsevne og sette grenser selv for hvor mye de klarte fortløpende (Glavare, 2012). Fokuset endret seg, og de kunne identifisere seg som en person som var i arbeid, og ikke lenger kun som en sykmeldt person. Gjennom undervisning i mestring, stress og påvirkning kunne deltakerne bli bevisst på sammenhengen mellom mental helse og fysiske symptomer, og det var lettere å håndtere smerten (Jakobsen & Lillefjell, 2015).

Følelsen av kontroll/sammenheng kommer fram fra flere arbeidstakere som opplevde det å være en del av noe større enn dem selv. Arbeidstakere som gjennom «coached work-training program» (CTW) traff andre i samme situasjon som dem selv, fikk en bekreftelse på at de ikke var de eneste i en slik situasjon (Glavare, 2012). Videre opplevde de at arbeidet ga hverdagen mening og struktur. En arbeidstaker mente at organisering av eget liv ga kontroll over smerten (de Vries, 2011). De Vries (2011) trekker også fram at flere av deltakerne nevner at muligheten for kontroll over og tilpasning av arbeidsoppgaver, arbeidstid og tempo var en viktig faktor for å lykkes i å komme tilbake til og fortsette i arbeid.

I arbeid fant arbeidstakerne *motivasjon* gjennom blant annet anerkjennelse, selvrealisering og selvrespekt (de Vries, 2011). Arbeid gav en sosial status og førte med seg positiv sosialisering som kunne forebygge isolasjon, og for noen kunne det også være en distraksjon fra smerte. Arbeid sikret også inntekt og økonomiske behov (de Vries, 2011). *Motivasjon* ble også funnet i at muskel-/skjelettlidelsen ble sett på som en midlertidig tilstand, og personen ønsket å komme tilbake til det «normale» så fort som mulig. Det var bare å finne ut hvordan og sette i gang (Lydell, 2011). Returering til arbeid ble sett på som en utfordring, men med et ønske om å endre situasjonen (Glavare, 2012, Jakobsen & Lillefjell, 2015). En deltaker fant motivasjon i andres motstand, da hun oppdaget at hun selv var den eneste hun kunne stole på at kunne løse problemene hennes. Hun ble møtt med motstand fra andre, en faktor som i to andre artikler ble sett på som hemmende. Dette ga henne imidlertid styrke til å starte med trening og senere finne seg arbeid (Glavare, 2012). Dette er et interessant funn som viser at vi motiveres ulikt og vil kunne ha behov for å identifisere motivasjon.

YTRE FREMMENDE FAKTORER

Variasjon i arbeidsstillinger på jobb er en måte å *tilrettelegge* for deltakelse (Glavare, 2012) og muliggjøre arbeid på. En annen form for *tilrettelegging* er å kunne organisere arbeidstiden selv etter behov, å kunne ta en pause for så å komme tilbake (Sjöström, 2009, Passier & McPhail, 2011). Redusert arbeidstid var noe arbeidsgivere trakk fram som en form for tilrettelegging (Jakobsen & Lillefjell, 2015). Eventuelt ble det

Artikkel	Faktorer								
	Indre fremmende	Mestringsstrategier	Akseptere situasjonen	Følelse av kontroll (sammenheng)	Motivasjon	Ytre fremmende	Tilrettelegging (fys./org.)	Tverrfaglig oppfølging	Interaksjon med familie og/eller venner
de Vries m. fl., 2011		X	X	X	X		X	X	X
Lydell m. fl., 2011					X		X		
Sjöström m. fl., 2009		X					X		
Glavare m. fl., 2012			X	X	X		X	X	X
Passier & McPhail, 2011		X					X		
Jakobsen & Lillefjell, 2015		X	X		X		X		X

Figur 3. Resultatanalyse for fremmende faktorer for arbeidsnærvær ved muskel-skjelettlidelser.

gitt andre arbeidsoppgaver, ny jobb eller tilpassing av oppgavene (Lydell, 2011, de Vries, 2011). En deltaker uttrykte for eksempel helt spesifikt hva hun ikke kunne gjøre: «nye oppgaver hvor jeg kan unngå tunge løft» (Lydell, 2011). Andre former for tilrettelegging kunne være omskolering og opplæring i nye arbeidsoppgaver (de Vries, 2011) og ergonomiske tilpasninger i form av utstyr (Jakobsen & Lillefjell, 2015, Passier og McPhil, 2011 og de Vries, 2011).

Ulike behandlingsformer kan være med på å bidra til en bedre hverdag og muligheten for å være i arbeid. For noen var fysisk trening viktig for å kunne være aktive i arbeid (de Vries, 2011). I noen tilfeller kan *tverrfaglig oppfølging* også omhandle støtte og bistand utenfor arbeidet, for å ha overskudd til arbeidet (Glavare, 2012). I begge disse artiklene blir også viktigheten av *interaksjon* og støtte fra *familie og/eller venner* nevnt. Støtte fra ektefelle

eller barn som overtar oppgaver hjemme for å muliggjøre arbeid (de Vries, 2011), trekkes fram. For informanten var følelsen av en personlig involvering i prosessen mot arbeid det viktigste med støtten (Glavare, 2012). På grunn av muskel-/skjelettlidelsen kunne forholdet til partneren bli så anstrengt at det førte til samlivsbrudd. Dette tydeliggjorde behovet for støtte fra familien som viktig for muligheten for å returnere til arbeid (Jakobsen & Lillefjell, 2015).

Diskusjon

Artikkelens problemstilling var: Hvilke faktorer fremmer jobbnærværet for personer med muskel-/skjelettlidelser? I den første analysen som ble gjort, kom både fremmende og hemmende faktorer fram, igjen kategorisert i 14 emner, hvorav syv var fremmende. Fokuset og ønsket om å finne fremmende faktorer ble prioritert, og disse ble presen-

tert i resultatet. Det skal likevel nevnes at noen av disse emnene var sammenfallende, hvor en på den ene side for eksempel har tilrettelegging som fremmende, mens på den annen side mangel på tilrettelegging som hemmende. Noen faktorer vil også være avhengige av hvor i prosessen personen befinner seg, slik som at en uavklart situasjon kan virke hemmende, men når personen får avklart sin situasjon utover i forløpet, kan dette gå over i den fremmende faktoren av aksept og kontroll over situasjonen. Dette er også i tråd med det ph.d.-arbeidet som Tove Ask presenterte på sin disputas 22. juni 2016 ved UiB. Videre i diskusjonen blir noen av funnene sett nærmere på, og det blir trukket linjer fra teorien presentert innledningsvis, annen forskning og praktiske erfaringer.

MESTRINGSSTRATEGIER

I analysen av artiklene kom kategorien mestringsstrategier fram,

som under resultatet er referert til som ulike metoder for å redusere smerte eller leve med smerten. Trening blir nevnt som en mest-ringsstrategi for å klare hverdagen. Under trening frigir kroppen et stoff kalt endorfiner, som fungerer som naturlig smertestillende og også har positiv effekt på ens velbefinnende (Lundberg & Cooper, 2011). Dette underbygger hvorfor målrettet trening kan være en fremmede faktor for å klare å være i arbeid (de Vries, 2011). En positiv effekt av motstandstrening som behandling for mennesker med muskel- og skjelettlidelser støttes også i en oversiktsartikkel av Kristensen & Franklyn-Miller (2012). Fysisk aktivitet i form av fotball og zumba initiert av arbeidsplassen viste seg i en annen studie fra Danmark å ha en positiv effekt på nakke- og skuldersmerter hos arbeidstakere (Barene m.fl., 2014).

På den ene side ser en at personer med en sterk opplevelse av sammenheng (OAS) trener oftere enn de med en svak OAS (Lindström & Eriksson, 2015). Kan det dermed tenkes at de også har et bedre utgangspunkt for å arbeide? Å øke personens funksjonsnivå, som her gjennom trening, er også i tråd med Gap-modellen, da personen kan nærme seg oppgavens krav og aktivitetsproblemet kan bli mindre (St. Meld. nr. 40, 2002–2003). På den annen side fant Magnus Odeén i sine undersøkelser at trening på jobb som et generelt tiltak ikke har effekt på sykefraværet, men tiltakene kunne være effektive om de involverte flere parter på arbeidsplassen, var målrettet mot personer i risikozonen for sykefravær, og startet tidlig i sykefraværperioden (Strand, 2013).

FØLELSE AV KONTROLL

Når en person har tilstrekkelig med ressurser, definerer Antonovsky dette som håndterbarhet (2012). Håndterbarhet er evnen og muligheten til å påvirke egen situasjon. Det viser hvilken kompetanse og ferdigheter, samt fysiske og psykiske kapasitet vi innehar og kan bruke som ressurs for å håndtere situasjoner (Bakke, 2012). I arbeidet kan det sammenlignes med at når det var rom for egen kontroll over oppgaver og tempo, var det også større sjanse for å lykkes (de Vries, 2011). Redusert arbeidstid eller muligheten til å ta pauser underveis kunne gi et overskudd til å utføre de resterende arbeidsoppgavene (Jakobsen & Lillefjell, 2015, Sjöström, 2009, Passier & McPhail, 2011) og gjøre dem håndterbare.

MOTIVASJON

Den viktigste komponenten er ifølge Antonovsky selv (2012) meningsfullhet, som fremstår som motivasjonskomponenten. Opplever vi ikke at det vi gjør har noen mening, blir vi mindre interesserte i å begripe og lære, og dermed blir vi mindre motiverte til å håndtere utfordringer (Bakke, 2012). Meningsfullhet kan være utfordringer som det er verdt å engasjere seg følelsesmessig i, som oppleves som viktige for en (Antonovsky, 2012). Når arbeidet oppleves som en flukt fra smerten, en glemmer den i en kortere eller lengre periode, kan arbeid i seg selv være en motivasjon (de Vries, 2011).

TILRETTELEGGING

Tilrettelegging av arbeidstid (Sjöström, 2009) eller arbeidsoppgaver (Lydell, 2011) er måter å senke oppgavens krav på. Dette kan gjøre situasjonen mer håndterbar for arbeidstakeren og gi en opplevelse av at han eller hun

fortsatt har tilstrekkelige ressurser til å takle kravene og underbygge OAS (Antonovsky, 2012). Kravene til oppgaven senkes, og aktivitetsproblemet i forhold til Gap-modellen blir mindre (St. Meld. nr. 40, 2002–2003). På den annen side fremlegger Lundberg og Cooper (2011) fysiske risikofaktorer (sannsynlighet ganget med konsekvens) hvor de mener det likevel kan være vanskelig å tilrettelegge. Et av eksemplene deres er hentet fra helse- og omsorgstjenesten, i pleien, hvor de skriver at det «ofte er nødvendig å løfte pasienten» (s. 112). Dette er også en sektor som har høyt sykefravær (SSB, 2015). Og det er nettopp i slike tilfeller tilrettelegging og målrettet opplæring av personale i riktig teknikk for håndtering av pasienter er en viktig fremmede faktor for arbeid (Lunde, 2010, Schibye m.fl., 2003).

Jeg opplever at det er en generell misoppfatning i pleiesektoren, som er mye utsatt for tunge belastninger (Lundberg & Cooper, 2011), om at pasienter skal løftes. Dette nevner også Lunde (2010) på s. 27. Et løft er en bevegelse med en person eller gjenstand i vertikal bevegelsesretning, mot tyngdekraften (Lunde, 2011). En forflytning er en bevegelse med en person eller gjenstand som i all hovedsak foregår i en horisontal bevegelsesretning (Lunde, 2011). I forhold til Arbeidstilsynets vurderingsmodell (2016) anbefales det ikke å løfte mer enn 15 kilo for kvinner og 25 kilo for menn, da dette er forbundet med økt risiko for belastningsskader. Schibye m.fl. (2003) konkluderte også med at belastningen på ryggen var vesentlig mindre ved bruk av forflytningsteknikk fremfor løfteteknikk. Dette krever imidlertid bevisstgjøring av personalet,

opplæring og hensiktsmessige hjelpemidler.

Tilrettelegging ble også trukket fram av arbeidsgiverne som en avgjørende faktor for arbeidsdeltakelse i Jakobsen og Lillefjell (2014), med hovedvekt på organisatoriske endringer i form av redusert arbeidstid.

RESSURSER RUNDT PERSONEN

Sjöström m. fl. (2011) viser til at det er positivt å bli møtt med større forståelse fra både kollegaer og arbeidsgiver. Dette støttes i Geving m. fl. (2011), som finner at informasjonsstøtte gir økt begripelighet i arbeidet, og at den instrumentelle støtten øker håndterbarheten.

Videre vises hvordan emosjonell støtte fremkommer gjennom trivsel, omsorg og anerkjennelse, og hvordan dette hovedsakelig knyttes til mening og motivasjon i jobben. Støtte fra venner og familie ble identifisert som en fremmede faktor (de Vries, 2011, Glavare, 2012, Jakobsen & Lillefjell, 2015) i motsetning til isolasjon fra venner og familie (de Vries, 2011, Glavare, 2012). Støtten ble for eksempel gitt som praktisk bistand til oppgaver i hjemmet fra ektefelle, samboer eller barn og muliggjorde arbeid (de Vries, 2011). Dette er i kontrast til funn gjort av McCluskey m. fl. (2011), som fant at betydningsfulle personer for sykmeldte arbeidstakere med ryggsmerte kunne være til hinder for arbeidsnærvær og til en viss grad også forsterke den sykmeldtes opplevelse av hjelpeløshet. Dette gir innspillet at det i stedet for å fokusere enestående på individuelle risikofaktorer for langtidssykefravær kan være nyttig å se på den sosiale påvirkningen vedkommende har, og hvilke konsekvenser den kan få.

Den siste faktoren i Antonovskys salutogene modell (2012)

er begripelighet. Begripelighet i arbeidslivet handler om å se sammenhenger mellom ulike deler av organisasjonen og kjenne sin egen funksjon i den. Hvor begripelig arbeidsplassen er, vil være avhengig av evnen vi har til å ta til oss informasjon og å tolke og forstå sammenhenger (Bakke, 2012). At en ser andre i samme situasjon som seg selv (Glavare, 2012), gir en bedre følelse av sammenheng og øker begripeligheten. Arbeidsgiverne la også vekt på behovet for god kommunikasjon med arbeidstakeren for å kunne lykkes (Jakobsen & Lillefjell, 2014). Det kan være nyttig at også arbeidsgiveren får informasjon i situasjonen ved sykmelding, og får en felles forståelse med arbeidstakeren for eventuelle behov. Dette kan således øke begripeligheten ytterligere og samtidig øke forutsetningen for bedre tilrettelegging.

Konklusjon

For å sikre høy sysselsetting, effektiv bruk av arbeidskraften og en bærekraftig fremtid er fokuset på jobbnærvær viktig. Denne artikkelen skulle svare på problemstillingen «Hvilke faktorer fremmer jobbnærværet for mennesker med muskel- og skjelettlidelser?»

Funn viser at mestringsstrategier er viktig for å klare balansen mellom hverdagsliv og arbeid. Disse strategiene er individuelle og ulike fra person til person. Noen vil ha behov for oppfølging fra utenforstående slik at de kan identifisere sine egne strategier. Videre er det behov for bedre og mer målrettet tilrettelegging. Generelle tiltak, det vil si tiltak som er rettet mot alle i en bedrift uten at en tar individuelle hensyn, faller ofte gjennom og har liten eller ingen effekt. Med oppfølging på individnivå vil en kunne få bedre

målrettede tiltak og informasjon. Denne informasjonen bør gis til både arbeidstaker og arbeidsgiver for å gjøre dem i stand til å skape begripelige og håndterbare situasjoner.

Tiltak kan være behandling, trening, ergonomiske tilpasninger både på arbeid og i hjemmet, organisatoriske endringer eller opplæring. Men uansett tiltak er det i prosessen fram til tiltaket viktig at man har fokus på individnivå, på den enkeltes motivasjon, opplevelse av sammenheng og mestring. Med et enda sterkere fokus på individuell kartlegging og oppfølging med å inkludere arbeidstaker og arbeidsgiver kan vi skape større jobbnærvær.

Litteraturliste

- Antonovsky, Aron (2012) *Helsens Mysterium – Den salutogene modellen* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Arbeidstilsynet Vurderingsmodeller Tilgjengelig fra <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=103325> [Nedlastet 07. mai 2016]
- Ask, Tove (2016) Disputas ved Universitetet i Bergen 22.06.2016, *Functional evaluation and work participation in health care workers with musculoskeletal disorders*.
- Bakke, Berit (2012) Opplevelsen av sammenheng er nøkkelen til god helse I: *Helsefremmende arbeidsplasser – for et arbeidsliv som inkluderer*, s. 8-9 Tekstsamling publisert av Idébanken.org.
- Barene, Svein, Peter Krustup, & Andreas Holtermann (2014) Effects of the workplace health promotion activities soccer and zumba on Muscle Pain, work ability and perceived physical exertion among female hospital employees I: PLOS ONE, nr. 10:2014, s. 1-14.
- Bjørnstad, Roger (2006) Er det økte sykefraværet tegn på et mer inkluderende eller ekskluderende arbeidsliv? I: *Økonomiske analyser* nr. 6. s. 48-55.
- Borg, T., U. Runge, & J. Tjørnov, (2003) *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. København: Munksgaard.

- Byrkjedal, M. (2015) *Ny arbeidsminister om ledigheten: – Det er lite sannsynlig at gutta i offshore skal omskolere seg til å jobbe med omsorg*. [Internett] VG Tilgjengelig fra: <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/norsk-politikk/ny-arbeidsminister-om-ledigheten-det-er-lite-sannsynlig-at-gutta-offshore-skal-omskolere-seg-til-aa-jobbe-med-omsorg/a/23582751/> [Nedlastet 13. februar 2016]
- de Vries, H. J., S. Brouwer, J.W. Groothoff, J.H.B. Geertzen & M. Reneman (2011) Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a qualitative study of worker's experiences. I: *BMC Musculoskeletal Disorder*.
- Geving, Grete, S. Torp, S. Hagen, H. Vinje (2011) "Sense of coherence"- En faktor av betydning for muskel-skjelettplager og jobbnærver? I: *Scandinavian Journal of Organizational Psychology* 3:2 s. 32-45.
- Glavare, M., M. Lofgren & M.L. Schult (2012) Between unemployment and employment: experience of unemployed long-term pain sufferers I: *Work* 43 s. 475-485
- Haugset, A. S. (2008) *Kommer ikke tilbake i jobb* [Internett] Trøndelag Forskning og Utvikling. Tilgjengelig fra: <http://forskning.no/arbeid-velferds-stat/2008/11/kommer-ikke-tilbake-i-jobb> [Nedlastet 23. februar 2016]
- Hernes, T., I. Heum & P. Haavorsen (2010) *Arbeidsinkludering – om det nye politikk- og praksisfeltet i velferds-Norge*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hopen, Liv (2016) Brukererfaring og fagkunnskap hånd i hånd – Lærings- og mestringssentrenes virksomhet har en ideologi som er vel verdt å bygge videre på. I: *Ergoterapeuten* nr. 1/59, s. 56-64.
- Jakobsen, Klara & Monica Lillefjell (2014) Factors promoting a successful return to work: from an employer and employee perspective. I: *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* nr. 21, s. 48-57.
- Kennedy-Jones, M., J. Cooper, & E. Fossey, (2005) Developing a worker role: Stories of four people with mental illness. I: *Australian Occupational Therapy Journal*. 52, s. 116126.
- Kristensen, Jakob & Andy Franklyn-Miller (2012) Resistance training in musculoskeletal rehabilitation: a systematic review I: *British Journal of Sports Medicine* nr. 46, s. 719-726.
- Kunnskapssenteret (2016) *Forskningsmetode* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://kunnskap-basertpraksis.no/wpcontent/uploads/2012/05/forskningsmetode.png>. [Nedlastet 16. februar 2016]
- Lie, Ivar (1996) *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk organisering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lindström, Bengt & Monica Eriksson (2015) *Haikerens guide til salutogenese* Oslo. Gyldendal Akademiske Forlag.
- Lydell, Marie, C. Hildingh, J. Månsson, B. Marklund & B. Grahm (2011) Thoughts and feelings of future working life as a predictor of return to work I: *Disability and Rehabilitation* nr. 33, s. 1262-1271.
- Lundberg, Ulf & Cary L. Cooper (2011) *The Science of Occupation Health. Stress, psychobiology and the new world of work*. Malaysia. Vivar Printing Sdn Bhd. Wiley-Blackwell.
- Lunde, Per Halvor (2011) *Forflytningskunnskap: aktivisering, hjelp og tre-*



FORDELER MED Å KUNNE STÅ OPPREIST.

Det er mange fordeler ved å kunne stå oppreist. Forskning viser at det hjelper oss å puste enklere og dypere, som igjen er positivt for blodsirkulasjonen. Videre gir det sterkere benstruktur og forebygger spastisitet. Samtidig er det mange psykososiale fordeler ved å kunne stå oppreist blant annet inkludering og større deltagelse i hverdagen. Dette er bare noen av mange fordeler ved å stå oppreist. Les mer i "Fordelene med å stå".

Ønsker du brosjyren "Fordelene med å stå" fritt tilsendt, kontakt oss på: ks@permobil.com

permobil.no



permobil

- ning ved forflytning. Oslo. Gyldendal akademiske Forlag.
- Magnus, P. & L. S. Bakketeig (2000) *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo. Gyldendal Akademiske Forlag.
- McCluskey, Serena, Joanna Brooks, Nigel King & Kim Burton (2011) The influence of «significant others» on persistent back pain and work participation: A qualitative exploration of illness perceptions I: *BMC Musculoskeletal Disorders* 12:236 <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/236>
- Nav (2015) *Sykefraværstatistikk* [Internett] Nav. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar++statistikk/Sykefravar> [Nedlastet 23. februar 2016]
- Nav (2016) *Sykefraværstatistikk* – Utvikling i sykefraværet 4. kvartal 2014 [Internett] Nav. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar++statistikk/Sykefravar> [Nedlastet 07.juni 2016]
- NOU (2000) *Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv*. Sosial og helsedepartementet, NOU 2000:27.
- NOU (2008) *Kjønn og lønn. Fakta, analyser og virkemidler for likelønn*. Oslo: Barne og likestillingsdepartementet, NOU 2008:6.
- NRK (2016) Nedgang i oljebransjen [Internett] NRK. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/nyheter/nedgang-i-oljebransjen-1.11527404> [Nedlastet 07. juni 2016]
- Passier, L & S. MacPhail (2011) Work related musculoskeletal disorders amongst therapists in physically demanding roles: qualitative analysis of risk factors and strategies for prevention. I: *BMC Musculoskeletal Disorders*. 12:24.
- Schibye, B., A. Hansen Faber, C.T Hye. Knudsen, M. Essendrop, M. Böcher, J. Skotte (2003) Biomechanical analysis of the effect of changing patient-handeling technique. I: *Applied ergonomics* 34, 2, s. 115-123.
- Sjöström, R., C Melin-Johansson, R. Asplund & M. Alricsson (2011) Barriers to and possibilities of returning to work after a multidisciplinary rehabilitation program. A qualitative interview study.I: *Work* 39, s. 243-250.
- Smith-Isaksen (2013) Ny arbeidsminister: Med hjerte for de som sliter. I: *Arbeid og Helse Magasin* nr. 1 Statens Arbeidsmiljøinstitutt, Årsrapport.
- St. Meld. Nr. 40 - Det kongelige sosialdepartement (2002- 2003) *Store norske leksikon* (2009) [Internett] Snl.no Torolf Rein. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/strategi> [Nedlastet 08.06.2016]
- Strand, Nina (2013) Trening på jobb senker ikke sykefraværet I: *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, vol 50, nummer 4, 2013 s. 378-379.
- SSB, Statistisk Sentral Byrå (2015) *Sykefraværstatistikk* [Internett] Statistikkbanken Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=Arbeids-Styrk&KortNavnWeb=aku&PLanguage=0&checked=true> [Nedlastet 07.06.2016] (KOSTRA-tabellene i Statistikkbanken er utilgjengelige fra torsdag 9. juni til onsdag 15.juni kl 10. Dette skyldes arbeid med oppdatering av tallene.)

DEN NYE F5 CORPUS VS NY DIMENSJON – NYE MULIGHETER.

F5 Corpus VS er en komfortabel, sikker og stabil elektrisk rullestol med ståfunksjon. Den bidrar til økt selvstendighet og frihet. Samtidig som den gir mange muligheter er den også enkel i bruk. En ny dimensjon for elektriske rullestoler.

permobil.no

permobil



EVIDENSBASERAD BEDÖMNING AV ARBETSFÖRMÅGA

Assessment of Work Performance (AWP) och Assessment of Work Characteristics (AWC)

Bedömning av personers arbetsförmåga har en viktig funktion i processen att komma åter i arbete. Bedömningen kan syfta till att hjälpa personer att antingen hitta ett arbete, återgå till ett tidigare arbete eller att kunna vara kvar i sitt nuvarande arbete.

Av Jan Sandqvist



Jan Sandqvist er ergoterapeut og forsker på rehabilitering og arbeidsliv. Han er ansatt som universitetslektor ved Avdelingen for ergoterapi ved Linköpings universitet. Han har utviklet kartleggingsinstrumentene AWP og AWC. E-post: jan.sandqvist@liu.se

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

För att instrument som används vid bedömning av arbetsförmåga ska kunna ge vägledning för fortsatt rehabilitering, bör de vara baserade i en teoretisk grund som tar hänsyn till faktorer som påverkar arbetsförmågan. Om man kan relatera bedömningsresultaten genererade av ett enskilt instrument till en modell, ges möjlighet till en fördjupad förståelse av bedömningsresultaten, men även stöd för fortsatta interventioner. Tillförlitlighet i bedömning av arbetsförmåga uppnås genom att välja bedömningsinstrument som är praktiskt användbara, valida och reliabla. Då ett instrument normalt har ett specifikt fokus och användningsområde, räcker det i allmänhet inte med att använda sig av ett enskilt instrument vid bedömning av en klients arbetsförmåga. Användning av flera bedömningsinstrument med olika datainsamlingsmetoder, såsom

observation och intervju, resulterar oftast i mer nyanserad och tillförlitlig information. Två teoribaserade och psykometriskt prövade bedömningsinstrument, utvecklade av Jan Sandqvist i Sverige, är Assessment of Work Performance (AWP) och Assessment of Work Characteristics (AWC).

ASSESSMENT OF WORK PERFORMANCE (AWP)

AWP är ett bedömningsinstrument som används för att via observation bedöma en individs färdigheter vid utförandet av arbete, och instrumentet är baserat på Model of Human Occupation (MOHO). AWP är ett observationsinstrument som bedömer individens arbetsfärdigheter inom tre områden (14 variabler): 1) motoriska färdigheter, 2) processfärdigheter samt 3) kommunikations- och interaktionsfärdigheter (figur 1). AWP kan användas för att bedöma färdigheterna i arbete

hos klienter med alla former av arbetsrelaterad problematik, d.v.s. instrumentet är ej sjukdoms-, skade- eller diagnosbundet. Bedömning kan även ske i olika arbetsrelaterade uppgifter och i såväl reell som mer artificiell miljö, d.v.s. instrumentet är ej heller uppgifts- eller kontextbundet.

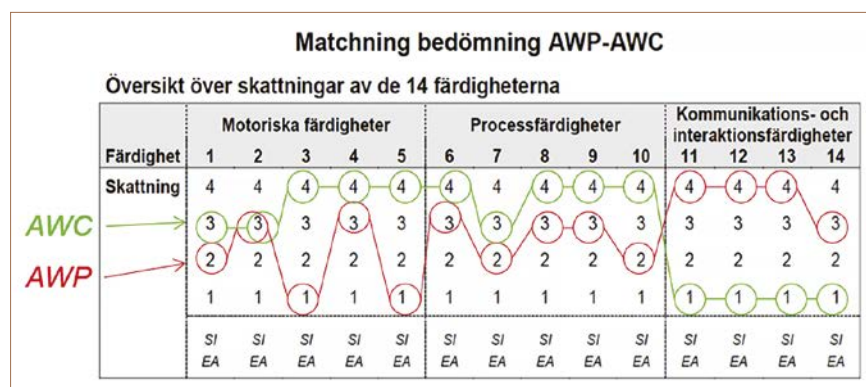
En adekvat bedömning av en persons arbetsförmåga bör ha fokus på personens förmåga att utföra arbetsuppgifter i en arbets-situation, inte enbart innefatta en bedömning av personens funktionella förutsättningar för att kunna arbeta. Med bedömningsinstrumentet AWP är det möjligt att göra en aktivitetsbaserad bedömning av klienters arbetsförmåga i olika arbetsuppgifter i såväl reella som konstruerade miljöer. Vid en bedömning av arbetsförmåga är det även viktigt för bedömaren att bilda sig en uppfattning om vilka krav som ställs på personen i arbetssituationen för att kunna dra några slutsatser om klientens prestation, det vill säga bedömaren bör vid en bedömning även genomföra en arbetskravsanalys. En sådan analys är möjlig att göra med bedömningsinstrumentet Assessment of Work Characteristics (AWC).

ASSESSMENT OF WORK CHARACTERISTICS (AWC)

AWC är ett observationsinstrument som används för att beskriva en arbetsuppgifts karakteristika utifrån i vilken omfattning uppgiften ställer krav på olika färdigheter hos individen för att arbetsuppgiften ska kunna utföras ändamålsenligt och effektivt. AWC har samma varibelsammansättning som bedömningsinstrumentet AWP, för att möjliggöra matchning mellan klient och arbetsuppgift,

Motoriska färdigheter	Processfärdigheter	Kommunikations- och interaktionsfärdigheter
1 Kroppsställning	6 Psykisk energi	11 Fysisk kommunikation och interaktion
2 Rörlighet	7 Kunskap	12 Språk
3 Koordination	8 Tidsorganisation	13 Sociala kontakter
4 Styrka	9 Planering av arbetssituationen	14 Informationsutbyte
5 Fysisk energi	10 Anpassning	

Figur 1: Färdigheter som bedöms i AWP (n=14).



Figur 2: Matchning mellan AWP och AWC. (Copyright Jan Sandqvist)

men AWC har ett annat fokus för bedömning (fokus på aktivitetens krav på klienten) och en annan skattningsskala.

Instrumenten AWP och AWC är tänkta att komplettera varandra. Exempelvis kan resultatet av en bedömning med AWC, d.v.s. en arbetsuppgifts kravprofil, matchas mot en klients färdighetsprofil vilken man fått fram genom en bedömning med AWP för att se hur individens förutsättningar svarar upp mot uppgiftens krav (figur 2).

TEORETISK GRUND FÖR AWP OCH AWC – MODEL OF HUMAN OCCUPATION (MOHO)

För att instrument som används vid bedömning av arbetsförmåga ska kunna ge vägledning för fortsatt rehabilitering, bör de vara baserade i en teoretisk grund som tar hänsyn till faktorer som

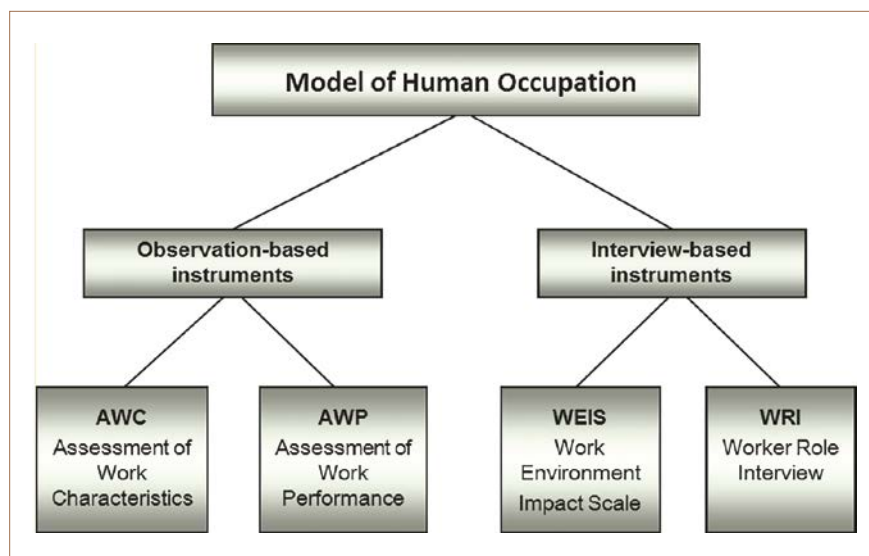
påverkar arbetsförmågan. På så sätt blir det lättare för en bedöm-mare att förstå bedömningsva-riablerna i instrumentet, och det är möjligt att använda modellen för att tolka resultaten av en bedömning. Det blir även enklare att förmedla bedömningsresultat till en klient om man kan relate-ra bedömningsresultaten av ett enskilt instrument till en modell som erbjuder en helhetssyn, vilket är en mycket viktig del i bedöm-ningsprocessen. En teoretisk referensram som erbjuder detta, är Model of Human Occupation (MOHO). Modellen syftar till att förklara hur människans motiva-tion, livsstil, kapacitet och den sociala och fysiska miljön på-verkar människans möjlighet till aktivitet och delaktighet. MOHO är teoretisk referensram för AWP och AWC, och instrumenten har under många år använts och

prövats i relation till modellen i såväl praktisk verksamhet som i forskningssammanhang.

En stor fördel med att använda bedömningsinstrument som grundar sig på en teoretisk modell är även att det är möjligt att kombinera olika bedömningsinstrument på ett genomtänkt sätt, detta med anledning av att det inte existerar ett enskilt bedömningsinstrument med vilket man kan bedöma ”hela” arbetsförmågan hos en klient. Det är nästan alltid nödvändigt att använda instrument i kombination med varandra, exempelvis observations- och intervjuinstrument. Modellen hjälper i detta fall bedömaren med att se vad respektive bedömningsinstrument fokuserar på och bidrar med i bedömningen i relation till ingående komponenter i modellen. På så sätt får bedömaren en bättre överblick över datainsamlingen och en förståelse för hur allt hänger ihop. Modellen kan även stötta bedömaren i att utforma adekvata interventioner för klienten, baserade på resultaten från bedömningarna. Exempelvis används AWP och AWC ofta tillsammans med de MOHO-baserade intervjuinstrumenten Worker Role Interview (WRI) och Work Environment Impact Scale (WEIS) med mycket goda erfarenheter och resultat (figur 3).

AWP OCH AWC – ANVÄNDNING OCH SPRIDNING

Utöver att användas som instrument för bedömning av klienters arbetsförmåga respektive arbetsuppgifters krav, så kan de även användas som metoder för att bilda underlag för rekommendationer om anpassningar och åtgärder för klienter. Instrumenten kan även användas för att utvärdera effekter av interventioner



Figur 3: MOHO-baserade instrument för bedömning av arbetsförmåga.

på klienters förmåga att utföra arbete.

AWP är idag, enligt undersökning gjord av exempelvis Försäkringskassan, det mest använda instrumentet för bedömning av arbetsförmåga i Sverige. Användarna av bedömningsinstrumenten finns exempelvis inom Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan samt i ett stort antal privata, kommunala och landstingsbaserade utrednings- och rehabiliteringsverksamheter i hela Sverige. Intresset för instrumentet, och spridningen av det, har ökat genom åren. Utöver att AWP använts nationellt under många år inom Arbetsförmedlingen, så har AWP även valts ut som arbetsterapeutiskt instrument att ingå i Försäkringskassans nationella metod Aktivitetsförmågeutredning (AFU), den specifika applikationen har namnet AWP-FK. Instrumentet rekommenderas även för bedömning av arbetsförmåga av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. AWP används idag även vid teambaserade fördjupade medicinska utredningar (TMU), och kommer

även att ingå i Försäkringskassans nya metod för försäkringsmedicinska utredningar, AFU Team, som planeras ersätta TMU under året 2017.

En klients arbetsförmåga påverkas i stor utsträckning av den miljö och arbetsuppgift i vilken bedömningen av arbetsförmåga görs, vilket innebär att om kraven förändras i arbetsuppgiften så är det även sannolikt att klientens förmåga blir en annan. Av denna anledning är det viktigt att en professionell bedömare har kontroll på den miljö och de uppgifter i vilka bedömning sker för att kunna dra rätt slutsatser av en bedömning. AWC används idag i stor utsträckning för att kartlägga kraven i olika arbetsuppgifter inom verksamheter som har till uppdrag att genomföra bedömningar av klienters arbetsförmåga. Det är vanligt förekommande att hela bedömningsmiljöer kartläggs för att bedömaren ska få en uppfattning om vad som är möjligt att bedöma i respektive uppgift, vilka slutsatser man kan dra av en bedömning, hur uppgifter kompletterar eller överlappar varandra, om det är möjligt att förändra

uppgifternas komplexitet och omfång o.s.v. En noga genomförd arbetskravsanalys bidrar således till att utforma en genomtänkt bedömningskontext i vilken professionell bedömning kan genomföras. Exempelvis har Arbetsförmedlingen i Sverige kravanalyserat alla de arbetsuppgifter som ingår i myndighetens bedömningsmetod utifrån AWC, och de strukturerade uppgifter som ingår i AWP-FK har även de kravanalyserats utifrån AWC.

INTERNATIONELLT INTRESSE – ÖVERSÄTTNING TILL ANDRA SPRÅK

Det internationella intresset för AWP har ökat mycket på senare år, varför diverse översättningar genomförts eller pågår, ofta med tillhörande studier gällande "cross cultural validity". Status för översättningar ser i dagsläget ut som följer:

- AWP är redan översatt till engelska, kinesiska, holländska, danska och isländska.
- Översättning till finska och tyska pågår.
- Planering för översättning till spanska pågår.

AWC är fortfarande så länge bara översatt till danska.

PSYKOMETRISKA PRÖVNINGAR OCH FRAMTIDA UTVECKLING

En förutsättning för evidensbaserad bedömning är att bedömningsinstrumentet genomgår diverse provningar gällande deras psykometriska egenskaper. AWP har genom åren genomgått omfattande testning med mycket goda resultat, exempelvis avseende egenskaper såsom «face validity», innehållsvaliditet, konstruktionsvaliditet, social validitet, ekologisk validitet, «cross cultural validity», «internal consistency

reliability», mellanbedömarreliabilitet och användbarhet (utility).

AWP är ett levande instrument som hela tiden utvecklas genom bl.a. forskningsstudier, vilket exempelvis resulterat i applikationen AWP-FK och datainsamlingsmetoden informatörsrapport. Under våren 2017 planeras version 3 av AWP att släppas, där smärre uppdateringar av instrumentet kompletteras med nya applikationer och en beskrivning av specifik mappning mot ICF.

Utöver de genomförda och pågående psykometriska provningarna pågår nu även ett antal interventionsstudier, där AWP-bedömningar används som utfallsmått för att mäta effekten av olika interventioner.

AWC är ett bedömningsinstrument som bygger på instrumentet AWP, och har samma skattningsskalor och fokus för bedömning, där AWC fokuserar på kraven i en arbetsuppgift och ej på individens prestation som vid bedömning med AWP. Innehållsmässigt (vad gäller variabelsammansättning) så kommer AWC alltid att anpassas efter förändringar i AWP för att möjliggöra direkt matchning mellan instrumenten.

Aktiv forskning bedrivs kring AWC, där fokus exempelvis ligger på att pröva skattningsskalans utformning. Variabelsammansättningen i instrumentet grundas alltså på de studier som gjorts på AWP avseende ex. konstruktionsvaliditet och «internal consistency reliability». Även innehållsvaliditet och användbarhet har prövats för instrumentet med goda resultat. De psykometriska egenskaper som utvärderats för AWC är således innehållsvaliditet, konstruktionsvaliditet, «internal consistency reliability» och användbarhet (utility).

KURSVERKSAMHET OCH DISTRIBUTION AV INSTRUMENTEN

Även om instrumenten är möjliga att använda direkt «från manualen» utan introduktionskurs, så erbjuds kurser som utöver praktisk träning i att använda instrumenten även innefattar en genomgång av instrumentens teoretiska grund, syften, innehåll och genomförda psykometriska provningar. Kurserna gör att användaren får en större förståelse och kunskap gällande instrumentens bakgrund och tillämpning, och gör det enklare att börja använda instrumenten.

Tillgång till instrumenten fås genom att användaren tecknar användarlicenser för instrumenten. För att åstadkomma en effektiv och hållbar distribution av instrumenten så används en webportal för att erbjuda användare åtkomst till manualer m.m. Fördelen med att använda en webportal är att det är ett effektivt och miljövänligt sätt att distribuera manualer på, men har även den stora fördelen att uppdateringar av instrumenten når ut till användarna utan någon fördröjning.

Distribution av instrumentmanualer, och kurser i användning av instrumenten, sker via Spetsa AB, som är ett företag som ägs av Linköpings universitet. Spetsa förmedlar tjänster som bygger på den spetskompetens och erfarenhet som finns hos forskare och lärare vid Linköpings universitet, och strävan är att genom skräddarsydda uppdrag öka samverkan mellan akademi och omgivande samhälle. Även versioner av instrumenten på andra språk än svenska kommer att distribueras via Spetsas hemsida.

Mer information om kurser och användarlicenser finns på Spetsas hemsida: <http://spetsa.se/work-assessment>.

Om du har frågor om AWP och AWC, eller önskar mer information om kursutbud och användarlicenser, kontakta gärna:

Jan Sandqvist

Institutionen för Samhälls- och Välfärdsstudier

Linköpings universitet

E-post: jan.sandqvist@liu.se

Helene Nord

VD/CEO

Spetsa AB

E-post: helene.nord@spetsa.se

www.spetsa.se

Referenser relaterade till AWP och AWC

- Andersson, J. Utvärdering av skattningsskalen i bedömningsinstrumentet Assessment of Work Characteristics (AWC) – en instrumentutvecklingsstudie, Linköpings universitet, 2015.
- Fan, C-W., Taylor, R., Ekbladh, E., Hemmingsson, H., Sandqvist, J. Evaluating the Psychometric Properties of a Clinical Vocational Rehabilitation Outcome Measurement: The Assessment of Work Performance (AWP), OTJR: Occupation, Participation and Health, vol 33, no 3, 2013.
- Fälth, S. Prövning av datainsamlingsmetoden informatörsrapport med tillhörande manual (AWP-IR) för bedömningsinstrumentet Assessment of Work Performance (AWP), Linköpings universitet, Hälsouniversitetet, Arbetsterapeutprogrammet, 2012.
- Karlsson E. Initial prövning av validitet och användbarhet för bedömningsinstrumentet Assessment of Work Performance (AWP) – specifik tillämpning AWP-FK, masteruppsats, Linköpings universitet, 2013.
- Karlsson E, Liedberg G, Sandqvist J. Initial evaluation of psychometric properties of a structured work task application for the Assessment of Work Performance (AWP) in a constructed environment, artikel accepterad i Disability and Rehabilitation.
- Kielhofner G. A model of human occupation: theory and application. 4 th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- Kokermäa M. Den försäkrades upplevelser av utvidgad aktivitetsförmågeutredning, masteruppsats, Karolinska institutet, 2015.
- Käcker, A., Sedig, J. Innehållsvaliditet och användbarhet – en initial prövning av bedömningsinstrumentet Assessment of Work Characteristics (AWC), Linköpings universitet, Hälsouniversitetet, Arbetsterapeutprogrammet, 2010.
- Larsson, J. Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – slutrapport, Försäkringskassan, 2013.
- Lee, J., Kielhofner, G. Vocational intervention based on the Model of Human Occupation: a review of evidence, Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 17, pp 177-190, 2010.
- McFadden, S., Macdonald, A., Fogarty, A., Le, S., Merritt, B.K. Vocational Assessment: a review of the literature from an occupation-based perspective, Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 17, pp 43-48, 2010.
- Pichon, J-F. Kritisk granskning av VALPAR Component Work Sample 9 och Bedömning av Färdigheter i Arbete, masteruppsats vid Sahlgrenska Akademien vid Göteborgs universitet, Vårdvetenskapliga fakulteten, Institutionen för arbetsterapi och fysioterapi, 2005.
- Sandqvist J. Manual för AWC version 1.1, Institutionen för Samhälls- och Välfärdsstudier, Linköpings universitet, 2008.
- Sandqvist J. Manual för AWP version 2.0, Institutionen för Samhälls- och Välfärdsstudier, Linköpings universitet, 2008.
- Sandqvist J., Development and Evaluation of Validity and Utility of the Instrument Assessment of Work Performance (AWP), akademisk avhandling, Institutionen för Samhälls- och Välfärdsstudier, Linköpings universitet, 2007.
- Sandqvist J, Ekbladh E. Application of the Model of Human Occupation to Vocational Rehabilitation, kapitel i kommande MOHO-boken som är i tryck.
- Sandqvist J., Henriksson, C. Work functioning - A conceptual framework, WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation, vol. 23, no 2, pp 147-157, 2004.
- Sandqvist J., Törnquist K., Henriksson C. Assessment of Work Performance (AWP) – Development of an Instrument, WORK, vol. 26, no 4, pp 379-387, 2006.
- Sandqvist, J, Henriksson, C, Gullberg, M, Gerdle, B. Content Validity and Utility of the Assessment of Work Performance (AWP), WORK, vol. 30, no 4, pp 441-450.
- Sandqvist, J, Björk, M, Gullberg, M, Henriksson, C, Gerdle, B. Construct validity of the Assessment of Work Performance (AWP), WORK, vol. 32, no 2, pp 211-218, 2009.
- Sandqvist, J., Enthoven, P. Assessment of Work Performance (AWP) - AWP-NL (Dutch version), Linköpings universitet, Institutionen för Samhälls- och Välfärdsstudier, 2009.
- Sandqvist, J., Lee, J., Kielhofner, G. A User's Manual for Assessment of Work Performance, English version 1.0, 2010.
- Shaw, L., Campbell, H., Jacobs, K., Proding, B. Twenty years of assessment in WORK: A narrative review, WORK, 35, pp 257-267, 2010.
- Skuladottir, E. Translation and Content Validation of Assessment of Work Performance (AWP) into the Icelandic language and culture, master thesis, Lund university, 2011.

«MODEL OF HUMAN OCCUPATION»

MOHO är en modell som är under ständig utveckling, och en ny version av boken «Model of Human Occupation» är just nu i tryck och planeras komma ut under 2017. I den nya boken är Jan Sandqvist ansvarig författare för ett nytt kapitel som handlar om tillämpning av MOHO inom arbetslivsinriktad rehabilitering. I kapitlet presenteras bl.a. tillämpning av AWP och WRI i relation till ett klientfall.

Gratis entré

4.- 6. april 2017 – Svenska Mässan i Göteborg

Leva & Fungera 2017

Nordens største messe for hjælpemidler og tilgængelighed

Velkommen til mødestedet, der gør en forskel!

Finn nye løsninger og nye hjælpemidler som gjør hverdagen enklere – hele utvalget på et sted.
4.- 6. April 2017 på Svenska Mässan, Göteborg.

- Stor kontaktflate / kompetanseutveksling mellom 14 000 besøkende og 250 utstillere
- Delta i debatten og bidra til å påvirke politikerne!
- Aktivitetsområde hvor produkter og nye sportsgrener kan testes helt uten prestisje !
- Møt kompetente spesialister som forteller om framtidens hjelpemidler og innovasjoner som øker livskvaliteten.
- Gratis seminarer med inspirerende forelesere



Lytt til inspirerende foredragsholdere som f.eks.:

Bengt Westerberg
LSS-reformens "pappa".
Heldagsmoderator om
LSS på Leva & Fungera



Marie Hav Lundqvist,
"håptimist" og
forfatter
2010 ble livet fullstendig
forandret ved en mus-
kelsykdom, men livet
må gå videre. Spørsmålet
er HVORDAN ?



Bart Van der Heyden,
fysioterapeut med
spesialisering på sit-
ting i rullestol
Hvordan unngår vi
å fokusere på kostnads-
besparinger via
forebyggende innsatser



Gratis entré! Skriv ut entrékortet og unngå kø på www.levafungera.se

Faktorer som påvirker overgangen til arbeidslivet for ergoterapeuter med funksjonsnedsettelse

Av Malin Eerola, Sissel Horghagen, Arne H. Eide og Eva Magnus

*Malin Eerola er universitetslektor ved Program for ergoterapeututdanning, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet.
E-post: malin.eerola@ntnu.no*

Sissel Horghagen er førsteamanuensis og studieprogramleder ved Program for ergoterapeututdanning, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet.

Arne H Eide er Professor 2 ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Fakultet for medisin og helsevitenskap ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og sjef forsker ved SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling Helse.

Eva Magnus er førsteamanuensis ved Program for ergoterapeututdanning, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet.

Manuset ble første gang mottatt den 1. juli 2015 og ble godkjent den 10. juli 2016.

FACTORS INFLUENCING THE TRANSITION TO WORK FOR OCCUPATIONAL THERAPISTS WITH IMPAIRMENTS

Abstract

Individuals with impairments are encouraged into higher education. However, their experience of transitioning from higher education to work has received less attention. The aim of this article is to describe factors influencing the transition from higher education to work for recently qualified occupational therapists with impairments. This study is part of a larger international ENOTHE project. Data was collected with an online survey developed at Brunel University and Trinity University College and translated/adapted to Norwegian conditions by the authors of this article. All 688 OTs who graduated in 2008-2013 and were members of the Norwegian OT association received the survey, resulting in 49 included responses. Data was collected in May/June 2014 and analysed statistically with SPSS v.22 and using thematic analysis. The majority, 86 percent, report having an unseen impairment and 55 percent rate the transition to work as easy. Factors that have an impact on the transition are disclosure of impairment, access to adaptations and strategies at work and attitudes in the workplace. The results suggest a relational influence between person and environment on the transition from higher education to work.

Keywords: transition, work, occupational therapists with impairments, higher education, participation

Nøkkelord: overgang, arbeid, ergoterapeuter med funksjonsnedsettelse, høyere utdanning, deltakelse

Introduksjon

I dag er lik rett til arbeid for personer med funksjonsnedsettelse en politisk visjon både i Norge (St. meld nr. 40 2002-2003), og i andre land (Hendricks, 2007; European Commission, 2010). Manglende deltakelse i arbeidslivet kan være en barriere for gode levekår og et trygt liv (NOU 2001:22). Høyere utdanning er den sterkeste prediktoren for å komme inn på arbeidsmarkedet, både for befolkningen generelt (Molden, Wendelborg & Tøssebro, 2009) og for personer med funksjonsnedsettelse (Krupa, Kirsch, Gewurtz & Cockburn, 2005; Mechanic, Bilder & McAlpine, 2002). Norge skårer lavt sammenlignet med andre nordiske land og er på gjennomsnittet i OECD når det gjelder sysselsetting for personer med funksjonsnedsettelse (Tøssebro, 2012). Overgangen fra utdanning til arbeidslivet er en kritisk faktor for stabil deltakelse i arbeidslivet (Velde, 2000). Denne artikkelen søker kunnskap fra ergoterapeuter med funksjonsnedsettelse. Målet med artikkelen er å beskrive faktorer som påvirker overgangen fra høyere utdanning til arbeid for nyutdannede ergoterapeuter som har en funksjonsnedsettelse. En konkretisering av forhold som påvirker overgangen kan danne utgangspunkt for utvikling av retningslinjer for støtte til personer dette gjelder, og dermed styrke mulighetene for en vellykket og varig etablering i arbeidslivet.

Nyere nasjonal (NOU 2001:22; Regjeringen ved arbeids- og sosialministeren, 2014; Meld. St. 46 2012-2013; Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven, 2008) og internasjonal politikk (Hendricks, 2007; OECD, 2009) har som målsetting å øke andelen personer med funksjonsnedsettelse i arbeidslivet og i høyere utdanning. European Disability Strategy 2010-2020 (European Commission, 2010) har påpekt viktigheten av å gjøre arbeidsmarkedet tilgjengelig for mennesker med nedsatt funksjonsevne gjennom tilgang til ressurser, tjenester, hjelpemidler, transport, ulike fasiliteter og kommunikasjonsteknologi. Det har pågått en satsing på konkrete overgangstiltak og jobbstrategier for unge funksjonshemmede i Norge, men resultatene har vært magre (Legard, 2013). Tiltakene har primært vært knyttet til overganger fra videregående skole til arbeid, og i liten grad fra høyere utdanning til arbeid.

Det er gjort få beskrivelser av overgangen til arbeid for nyutdannede ergoterapeuter. Velde (2000) viser i sin forskning at ergoterapeuter med funksjonsnedsettelse selv har erfaringer med å finne suksessrike strategier for å mestre hverdagslivet, og at dette er en kompetanse de bruker i yrkesutø-

velsen sin. Noen eldre studier har utforsket ergoterapeuters holdninger til andre ergoterapeuter som har en funksjonsnedsettelse (Mutchinick & Blount, 1996; Hanebrink, 1997; Elliot, Hanzlik & Gliner, 1992). Ingen av disse studiene har inkludert erfaringene til ergoterapeuter som selv har en funksjonsnedsettelse. Vi antar at kunnskap om ergoterapeuter med funksjonsnedsettelse og deres overgang fra høyere utdanning til arbeid kan ha overføringsverdi for andre personer i tilsvarende situasjon.

Overganger kan defineres som en prosess der en går fra en situasjon til en annen (Piggott & Houghton, 2007). Overganger i denne artikkelen er prosesser som starter når nyutdannede ergoterapeuter med en funksjonsnedsettelse skal søke arbeid for å få en stabil forankring i arbeidslivet. Generelt blir slike overganger beskrevet som en kritisk og sårbar fase, der en trygdetilværelse kan være alternativet om man ikke lykkes (Anvik et al., 2007).

Tidligere forskning tydeliggjør tre faktorer som påvirker overgangen fra utdanning til arbeid. Faktorene er «relasjonen til arbeidsgiver og kollegaer», «søkeprosesser» og «arbeidsoppgaver» (Anvik et al., 2007; Legard, 2013). Denne forskningen har ikke eksplisitt oppmerksomhet på høyere utdanning, men overganger til arbeidslivet generelt. For det første viste forskningen at mange arbeidssøkere har opplevd seg krenket av arbeidsgiver (blitt møtt med skepsis, kunnskapsmangel eller anbefaling om uføretrygd (Anvik et al., 2007; Berge, 2007; Legard, 2013; Svalund & Skog Hansen, 2013). Georgiou et al. (2012) studerte hvilke barrierer som hindrer ansettelser. De intervjuet 56 personer med nedsatt funksjonsevne både individuelt og gjennom fokusgruppe i perioden 2005–2006 i Canada. Resultatene viste at flere hadde opplevd diskriminering fra arbeidsgiver, og de tolket at arbeidsgivers holdninger til funksjonsnedsettelse var vesentlig for om de ble ansatt. En studie av Svalund & Skog Hansen (2013) viste at det er få arbeidsgivere som har gjennomført konkrete rekrutteringstiltak.

Når det gjelder søkeprosessen, viste studien til Mechanic et al. (2002), som inneholder data fra flere nasjonale spørreundersøkelser, at søkeprosessen var mest skremmende for søkere med psyko-sosiale funksjonsnedsettelser når en sammenlignet erfaringer fra grupper med ulike funksjonsnedsettelser. Arbeidssøkere med psyko-sosiale vansker viste til usikkerhet når det gjaldt kontinuitet i arbeidet og redsel for diskriminering på arbeidsplassen.

Den tredje faktoren som påvirket overgangen

fra utdanning til arbeid, gjaldt arbeidsoppgaver og stillingsandel. Informantene i Berges (2007) studie hadde nedsatt syn. De ønsket redusert arbeidstid i en kombinasjon med trygd fordi det var utfordrende å møte kravet om 100 prosent arbeidsinnsats. Det samme erfarte unge hørselshemmede i en tilsvarende studie (Berge & Lorentsen, 2009). I studien til Anvik et al. (2006) erfarte noen at arbeidet krevde for mye av dem, mens andre erfarte få forventninger. I Legards (2013) spørreundersøkelse blant unge med nedsatt funksjonsevne svarte over halvparten at de var så fleksible og engasjerte som arbeidet krevde. Et flertall svarte at de arbeidet så mange timer som arbeidsgiver ønsket, mens en tredjedel svarte at de hadde problemer med å utføre praktiske arbeidsoppgaver. Under en femtedel brukte mye tid på medisinsk behandling. Andre faktorer som hindret innpass i arbeidslivet, var manglende kompetanse i forhold til jobbkrav, lite faglig nettverk, ensidig arbeidserfaring, utfordringer med å finne et arbeid tilpasset og tilrettelagt egen arbeidskapasitet, mangel på hjelpemidler og byråkratiske hindringer (Legard, 2013). Generelt påpeker Legard (2013) at overganger fra utdanning til arbeid for personer med funksjonsnedsettelse er vanskelig, og at tiltakene, med unntak av Jobbstrategi (Arbeidsdepartementet, 2012), har gitt magre resultater.

Denne artikkelen har en relasjonell forståelse av funksjonshemming, hvilket er i tråd med nordisk politikk og forskning (NOU 2001:22). Dette står i motsetning til en biomedisinsk forståelse som innebærer at man knytter funksjonshemming til skade, sykdom eller kroppslig avvik (Tøssebro, 2012). En relasjonell forståelse innebærer å se på funksjonshemming som et samspill mellom individ og omgivelser. Her legges vekt på at politikken i større grad må rettes mot å gjøre omgivelsene mindre funksjonshemmende (Gustavsson, Tøssebro & Traustadottir, 2005). Dette synet ligger til grunn for både FNs konvensjon om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne (FN-sambandet, 2016), og for utviklingen av International Classification of Functioning (WHO, 2011) (Tøssebro, 2012). I denne artikkelen er en relasjonell forståelse av funksjonshemming valgt for å tydeliggjøre nødvendigheten av å vurdere både individuelle og miljømessige faktorer for å forstå funksjonshemming og muligheter for deltakelse på arbeidsmarkedet.

Metode

DESIGN

Denne studien er del av et internasjonalt prosjekt om overgangen fra høyere utdanning til arbeid for

personer med funksjonsnedsettelse. Forskningsdesignet var en nettbasert spørreundersøkelse, som ga mulighet til å nå mange informanter og muliggjorde direkte import av data for analyse (Forsyth & Kviz, 2006). Data ble samlet inn med et spørreskjema utformet av et fagteam ved Brunel University og verifisert av dr. Clodagh Nolan ved Trinity University College i Dublin. Skjemaet er tidligere brukt i Storbritannia (McKay & Amin, 2015). Deretter er det oversatt og tilpasset norske forhold av forfatterne av denne artikkelen. Skjemaet inneholdt 39 spørsmål fordelt på følgende temaer: demografi, synliggjøring av funksjonsnedsettelse, opplevelse av overgang til arbeidslivet, tilpasninger og strategier i arbeid, opplevelse av arbeidsrolle og omgivelser, samt søknadsprosessen. Svaralternativene var valgalternativ, likert-skalaer og åpne spørsmål.

ETIKK

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD), referansenummer 38145. Forfatterne mottok ingen identifiserbare personopplysninger gjennom undersøkelsen.

UTVALG

Studiens målgruppe var ergoterapeuter med en funksjonsnedsettelse som har fullført en bachelor i ergoterapi i 2008–2013. Perioden for datainnsamling var fra 2. mai til 1. juli 2014, med enurring i starten av juni. Spørreundersøkelsen ble digitalisert og administrert av Easyfact AS. En e-post med nettlønk til spørreundersøkelsen ble sendt til alle medlemmer i Norsk Ergoterapeutforbund utdannet i den aktuelle perioden, siden forbundet ikke har informasjon om eventuelle funksjonsnedsettelser hos medlemmene sine. Totalt 688 ergoterapeuter mottok spørreundersøkelsen. Det var 103 personer som påbegynte, men som ikke fullførte spørreskjemaet, og 50 personer som fullførte. Én informant ble ekskludert fra data-materialet på grunn av mangelfulle svar, hvilket ga et endelig utvalg på 49 personer og en svarprosent på 7,1 prosent.

Informasjonen i e-posten inneholdt eksempler på hva som kunne forstås som funksjonsnedsettelse, som nedsatt syn eller hørsel, kronisk sykdom, dysleksi, psykiske vansker, bevegelsesvansker og annet. Personene som mottok undersøkelsen, avgjorde deretter selv om hun eller han tilhørte den aktuelle gruppen. Utgangspunktet var dermed en subjektiv definisjon av funksjonshemming (Molden & Tøssebro, 2009). Den subjektive definisjonen kan

		n = 49	%
Kjønn	Kvinne	n = 43	88
	Mann	n = 6	12
Aldersgruppe	20–24	n = 2	4
	25–29	n = 18	37
	30–34	n = 10	21
	35–39	n = 6	12
	40–44	n = 3	6
	45–49	n = 8	16
	50+	n = 2	4
Fullført utdanningen år	2008	n = 7	14
	2009	n = 6	12
	2010	n = 3	6
	2011	n = 11	23
	2012	n = 10	20
	2013	n = 12	25
Nåværende arbeidsforhold	Full tid	n = 33	67
	Deltid	n = 15	31
	Arbeidsledig	n = 1	2

Tabell 1. Informasjon om informantene.

være årsaken til at 103 begynte, men ikke fullførte besvarelsene sine – de innså at de ikke tilhørte målgruppen. En svarprosent på 7,1 ses på som realistisk for denne studien. Avhengig av valg av definisjon varierer andelen personer med funksjonsnedsettelse i befolkningen fra 25,5 prosent til 8 prosent (Molden & Tøssebro, 2009). I tillegg vet vi at personer med funksjonsnedsettelser er underrepresentert på arbeidsmarkedet (Tøssebro, 2012). Majoriteten av respondentene er 25–34 år, en gruppe som ikke er like hyppig rammet av nedsatt funksjonsevne som den eldre befolkningen.

Vi valgte å bruke Norsk Ergoterapeutforbund for å nå ut til potensielle informanter. Dette betyr at vi ikke kom i kontakt med ergoterapeuter som ikke er organisert i forbundet. Det er videre mulig at vi har en overrepresentasjon av mennesker som har opplevd en vanskelig overgang og vil fortelle om denne, eller en underrepresentasjon fordi aktuelle respondenter ikke har fått arbeid, og dermed har utsatt innmelding i fagforbundet.

ANALYSE

Innsamlede kvantitative data ble analysert med Statistical Package for the Social Sciences v.22 (SPSS). Data er analysert med univariate analyser, krystabeller og Chi-kvadrat-test (Ringdal, 2007). I henhold til målsettingen for artikkelen ble spørsmålet «Hvordan ville du vurdere din opplevelse av overgangen til arbeidslivet?» (vurdert fra 1 = meget

vanskelig til 4 = meget lett) benyttet som avhengig variabel. Siden N var relativt lav, virket dette inn på muligheten for å finne statistisk signifikante resultater i studien. For å avhjelpe dette ble fire variabler omkodet til å inneholde færre svarkategorier. Dette gjaldt variablene «Hvor lenge har du arbeidet på din nåværende arbeidsplass?», «Hvordan ville du vurdere din opplevelse av overgangen til arbeidslivet?» og «Samlet sett, hvordan ville du beskrive dine kollegaers og overordnede/leders holdninger når det gjelder din funksjonsnedsettelse?».

Det kvalitative materialet (svar på åpne spørsmål i surveyen) ble analysert med Bogdan og Biklens (2003) kvalitative analyse. Materialet ble kodet, og koder som støttet opp under faktorene som ble utledet i den kvantitative analysen, ble samlet i tilknytning til hver faktor. Kodene blir eksemplifisert nedenfor med sitater fra rådata. Alle forfatterne har hatt et nært forhold til materialet og analyseprosessen, hvilket førte til grundige diskusjoner om samsvaret mellom det kvalitative og det kvantitative materialet og relevansen for problemstillingen.

Resultater

Informasjon om utvalget er presentert i tabell 1. Fler-tallet av informantene var kvinner i alderen 25–34 år som var utdannet de siste tre årene. Av disse hadde 6 prosent tatt videreutdanning. Majoriteten, 68 prosent, arbeidet i kommuner, 16 prosent arbeidet i spesialisthelsetjenesten, 10 prosent i private organisasjoner, og 2 prosent på respektive NAV, attføringsbedrift og treningssenter. Det var 12 prosent som oppga å ha en synlig funksjonsnedsettelse, 86 prosent oppga en usynlig funksjonsnedsettelse, og 2 prosent oppga å ha begge deler. Stor spredning i funksjonsnedsettelsene ble rapportert; bevegelsesvansker, synlig fysisk funksjonsnedsettelse, nedsatt utholdenhet, nedsatt syn og hørsel, psykiske lidelser, dysleksi, migrene og kroniske sykdommer, som diabetes, revmatisme, ME, mage- og tarmsykdommer og smerteproblematikk.

Informantene vurderte overgangen til arbeidslivet på en skala med alternativene meget vanskelig (18 prosent), vanskelig (27 prosent), lett (16 prosent) og meget lett (39 prosent). Dette betyr at noen flere hadde opplevd en lett enn en vanskelig overgang til arbeidslivet. Faktorer som påvirket denne overgangen i positiv retning, er tydelige i materialet. Faktoren «åpenhet om funksjonsnedsettelse» kom hovedsakelig fram gjennom det kvalitative materialet, mens faktorene «tilgang på tiltak/tjenester»

Faktorer	En vanskelig overgang			En lett overgang			X2	p
		%	n	%	n			
Åpenhet om funksjonsnedsettelsen							0.013	n.s.
	Ja	68.2	15	66.7	18			
	Nei	31.8	7	33.3	9			
Tilgang på tiltak/tjenester på arbeidsplassen							4.71	.03
	Ja	31.8	7	63.0	17			
	Nei	68.2	15	37.0	10			
Holdninger på arbeidsplassen: Leder er støttende							5.45	.02
	Ja	45.5	10	77.8	21			
	Nei	54.5	12	22.2	6			
Kollegaer er støttende							5.58	.02
	Ja	54.5	12	85.2	23			
	Nei	45.5	10	14.8	4			

Tabell 2. Faktorer som påvirker overgangen.

og «holdninger på arbeidsplassen» var statistisk signifikante (se tabell 2) og støttet av det kvalitative materialet.

ÅPENHET OM FUNKSJONSNEDETTELSE

De åpne spørsmålene i surveyen viste at åpenhet om funksjonsnedsettelsen ble oppfattet som viktig for vurdering av overgangen til arbeidslivet. Dette fremkom imidlertid kun i det kvalitative materialet. To tredjedeler av informantene hadde fortalt arbeidsgiver om funksjonsnedsettelsen sin. Av de som hadde fortalt, opplevde omtrent like mange en lett og vanskelig overgang. Informantene som fortalte om funksjonsnedsettelsen sin, valgte å fortelle det meste eller delvis. Kun én person valgte å fortelle minimalt om situasjonen sin. Begrunnelser for å fortelle eller ikke vises i Figur 1.

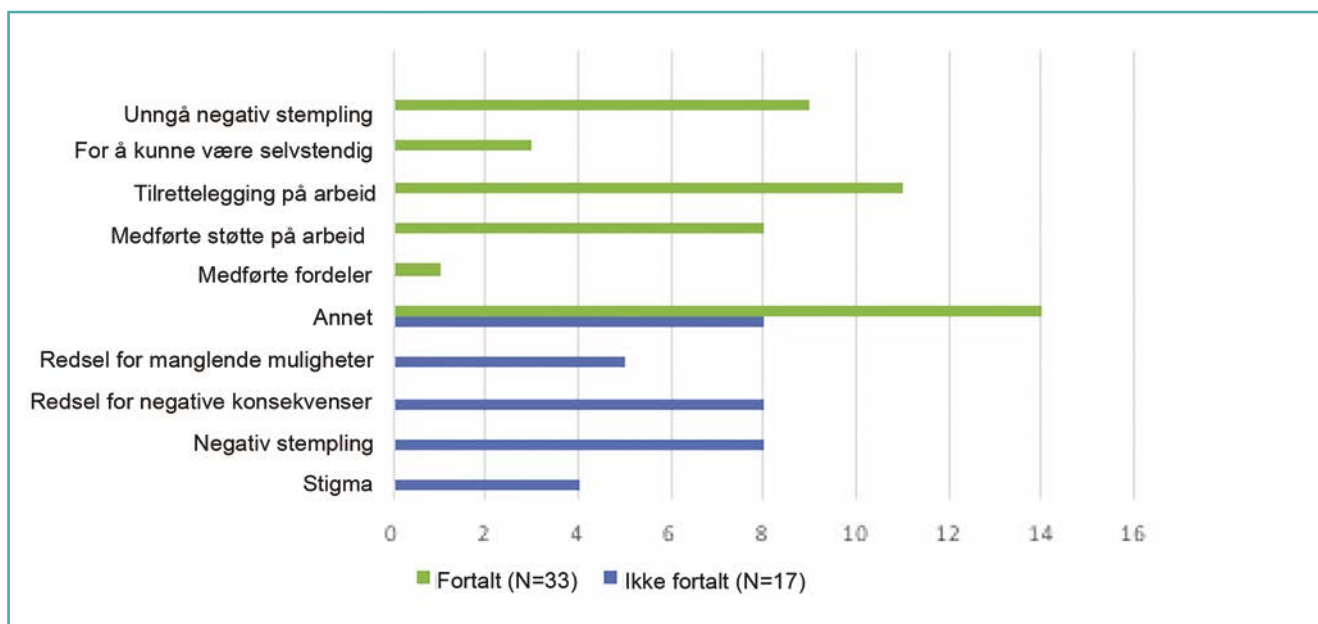
Mange svar på de åpne spørsmålene illustrerte at det å fortelle om sin funksjonsnedsettelse medførte støtte eller tilrettelegging, mens andre så det som en måte å unngå negativ stemping eller andre uønskede konsekvenser. Flere rapporterte at noe «annet» påvirket valget om å fortelle. I kommentarene fremkom spesielt to begrunnelser; ærlighet og å skape forståelse. Ærlighet handlet om å fremstå som sannferdig overfor andre, ha tillit, ta hensyn til egen selvstendighet og verdighet, samt et ønske om en åpen dialog, for eksempel om varierende dagsform. Én begrunnelse for å fortelle var at de uansett kunne utføre et godt arbeid; en annen oppgave at egen erfaring hadde betydning for arbeidsutførelsen. Kom-

mentarene illustrerte en bevissthet om at temaet hadde betydning for måten de ville fremstå på, og om egen verdi:

Det var viktig for meg å ikke så tvil rundt min dyktighet som fagperson, eller fremstå som et offer. Det er stor forskjell her mellom hva man forteller til sine kollegaer og hva man sier til sin arbeidsleder. Jeg mener det er viktigere å være åpen og ærlig med sin arbeidsleder, og så må man vurdere hva man sier til sine kollegaer. Dette for å unngå å bli behandlet som en bruker/pasient som trenger å bli fikset på. Men også for å verne om privatlivet, og ikke si noe som vil slå tilbake på en selv.

Det å skape forståelse handlet om hvordan informantene vurderte hvor mye de skulle fortelle for å få en fleksibel arbeidstid, få tilrettelegging eller ikke fremstå som lat. I dette ligger det vurderinger av egen situasjon og av behov for konkret tilrettelegging samt et håp om å møte forståelse.

Figur 1 viser at valget om ikke å fortelle i stor grad handlet om å unngå negative konsekvenser som dette kunne medføre. Begrunnelsene til den tredjedelen av informantene som ikke hadde fortalt om funksjonsnedsettelsen, illustreres ytterligere i kommentarene. Noe var konkret, som at funksjonsnedsettelsen uansett var synlig, eller at de ikke mente det var relevant å fortelle. Andre kommentarer gjenspeilet en usikkerhet, for eksempel at de ikke ville fremstå som et problem, som lat eller annerledes. Resultatene viste en usikkerhet knyttet til det



Figur 1. Begrunnelser for å fortelle om egen funksjonsnedsettelse eller ikke.

ikke å bli vurdert på lik linje med andre, om ikke å strekke til og om ikke å få mulighet for videre arbeid når det var snakk om fast ansettelse. Et illustrerende sitat er:

Vet ikke hvordan det vil bli mottatt eller forstått. Synes det er vanskelig å sette ord på utfordringene. Stillingen er krevende, jobber i team der alle må bidra i en stressende hverdag. Føler på redsel for stempling, nederlag, at jeg ikke strekker til, eller at jeg blir bedt om å finne meg en annen jobb. Ønsker ikke å være en belastning for teamet slik at andre må ta oppgaver og ta mye hensyn til meg, noe som er slitsomt for omgivelsene.

Spørsmålet om åpenhet om funksjonsvanskene kan knyttes til tidspunkt for når de valgte å fortelle. Få beskrev funksjonsnedsettelsen i arbeids-søknaden. Flere kommenterte usikkerhet rundt vikariat og fast arbeid. Som vikar var det ønskelig å fremstå som ressurssterk, flink, og ikke å ha sykedager, hvilket for noen var krevende i perioder. Tre kommentarer belyste dette:

Vanskelig å få fast jobb. Føler ikke at jeg kan være ærlig om funksjon. Satser på å få fast jobb og jobbe ut prøveperioden, skjule redusert funksjon før jeg eventuelt sier noe.

Ikke alle arbeidsplasser viser forståelse/aksepterer kronisk sykdom som legitim grunn for nedsatt funksjons-/yteevne.

At mange arbeidsssteder ikke har vurdert meg som egnet. NAV og systemet der var vanskelig å forholde seg til. Innimellom hadde det nesten vært lettere å søke om ufør.

Kommentarene viste at overgangen fra studier til fast arbeid kunne være lang. På tross av at det kvantitative materialet ikke var tydelig på sammenhengen mellom åpenhet og hvordan overgangen til arbeid vurderes, viste det kvalitative materialet at temaet var sentralt i informantenes egne tanker om hva de skulle fortelle om seg selv, og konsekvenser dette eventuelt kunne få.

TILTAK OG STRATEGIER

Tiltak fra arbeidsgiver og personlige strategier var sentrale for at arbeidshverdagen skulle fungere for mange informanter. Halvparten av informantene oppga at det fantes tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne på arbeidsplassen. Det var en statistisk signifikant sammenheng mellom tilgangen på tiltak og tjenester og en positiv vurdering av overgangen til arbeidslivet (se tabell 2). Av de som oppga at det fantes tiltak, benyttet 40 prosent seg av dem. Tiltakene som ble beskrevet, handlet om fysisk tilrettelegging av kontorarbeidsplass, som hev- og senkbart bord, kontorstol, skriveprogram på PC, underarmstøtte og lys. Tiltak i forhold til arbeid handlet også om å planlegge og være bevisst på hva en gjør i arbeidshverdagen, og å tenke energi-økonomisering. Dette kunne være å finne en ba-

lanse mellom aktivitet og hvile på arbeidsplassen, fleksible arbeidstider, hjemmekontor, ha oversikt over arbeidsoppgaver, være i forkant og i dialog med kollegaer. Noen benyttet seg av veiledning og bedriftshelsetjeneste.

Majoriteten av informantene benyttet personlige strategier for å håndtere hverdagen, både på arbeid og hjemme. Noen leste og arbeidet utenom arbeidstid for å være oppdatert. Noen begrenset sosiale aktiviteter for å spare energi. Andre rapporterte at det var viktig å skille mellom fritid og arbeid, da de trengte familie og fritid for å håndtere hverdagen. De beskrev viktigheten av nok søvn og hvile, mest- rings-, puste- og avspenningsøvelser, yoga, mindfulness, magedans, trening og kosthold, samt personlig assistent. Det handlet også om å ta medisin i stedet for å være borte fra arbeid.

Jeg har noen angstdempende medisiner jeg kan ta ved behov. Som oftest benytter jeg meg ikke av dem, men har dem til enhver tid på meg, i bukse- lommen eller lignende. Som en slags trygghet.

Energiøkonomisering og hvile på hjemmebane og sosialt, for å ha krefter til arbeidsdagen. Gir avkall på mye privat. Har i perioder litt nedsatt arbeids- mengde, men ikke nok.

Resultatene viste at informantene gjorde tilpasninger både på jobb og på fritiden for å kunne være i arbeid. I tillegg viste resultatene at det å be om tilpassing eller å gjøre egne tilpassinger varierte avhengig av hvor lenge de hadde vært ansatt. Informantene som hadde lengst arbeidserfaring hadde bedt arbeidsgiver om flere tilpassinger enn de med kort arbeidserfaring. Samtidig kom det fram at de med kort arbeidserfaring oftere hadde gjort egne tilpassinger enn bedt om tiltak fra arbeidsgiver.

HOLDNINGER PÅ ARBEIDSPLASSEN

Informantene beskrev en generelt positiv opplevelse av holdningene de møtte hos ledere og kollegaer. Seks av ti hadde opplevd leder som støttende, mens syv av ti hadde opplevd kollegaer som støttende. Det var en signifikant sammenheng mellom en positiv opplevelse av overgangen til arbeid og det å ha støttende leder og kollegaer (se tabell 2). På tross av en overvekt av støttende holdninger uttrykte noen også usikkerhet knyttet til holdninger og måter de var blitt møtt på.

Arbeidslederen ønsket å fortelle kort om det til alle mine kollegaer bare dager etter at jeg startet

i jobben, for å unngå snakk og misforståelser i korridoren blant kollegaer. Jeg er ennå ikke sikker på om det var en god beslutning.

Kollegaer kan være støttende på en snill, personlig og høflig måte, men vil ikke anerkjenne deg på lik linje som en funksjonsfrisk kollega. Dette avhenger så klart av hvilken type funksjonshemning du har, men man kan fort bli sett på som et problem/en belastning fremfor en ressurs.

Noen hadde opplevd at det var et gap mellom egne og andres forventninger til dem, og én rapporterte at kollegaer hadde klaget på henne til lederen. Det var få informanter som oppga at lederen ikke var støttende i det hele tatt. Dette kan eventuelt sees i sammenheng med at flere ikke ønsket å være åpne om funksjonsvanskene eller å be om tilpasning fordi de fryktet reduserte muligheter for fast ansettelse.

POSITIVE OG NEGATIVE VURDERINGER AV OVERGANGEN

Litt over halvparten av informantene rapporterte at overgangen til arbeidslivet var lett, mens resten rapporterte at den var vanskelig. Kommentarene viste at overgangen fra studier til arbeid kan innebære utfordringer som er positive og lærerike, men også krevende og vanskelige. Det positive med overgangen ble beskrevet som det å få mulighet til å lære mer, oppleve meningsfulle arbeidsoppgaver, samt å få struktur og rutiner i eget hverdagsliv. Informantene uttrykte at det var givende å bruke seg selv og det man hadde lært. To av dem skrev:

At jeg får jobbe ... Å oppdage hvor mye vilje jeg har, og at jeg får til det jeg vil.

Følelsen av å komme tilbake til «normalen» igjen. Har savnet arbeidslivet i de årene jeg ikke har kunnet jobbe. Jeg er også glad for å ha fått tilbake fritida mi, og slipper å bruke kvelder og helger til å lese og arbeide med gruppeoppgaver.

Informantene beskrev også negative sider ved overgangen, som arbeidspress og det å skjule funksjonsnedsettelsen. Arbeidssituasjoner med mye stress, voksende ventelister, krav til daglig oppmøte og mye ansvar var negative faktorer. Noen formidlet at de stod alene og fikk for lite opplæring og oppfølging. Én beskrev lav lønn som negativt. En annen mente at skolen kunne gjort mer for å forberede studentene på arbeidslivet. Flere beskrev utfordringer med å få

fast stilling relatert til kompetansen som ergoterapeut som en negativ side ved overgangen til arbeid.

DISKUSJON

Resultatene i denne studien viser at åpenhet om funksjonsnedsettelsen, tilgang på tiltak og tjenester, og støtte fra ledelsen og kollegaer er sentrale faktorer som har betydning for overgangen.

Vår studie viser at overgangen har vært lett for et flertall av informantene. Dette er i overensstemmelse med Legard (2013), på tross av at han også fant at overganger mellom utdanningstrinn kan være utfordrende. Etter ansettelse viser både vår studie og studien til Georgiou et al. (2012) at det å være i arbeid gir positive erfaringer, som bekreftelse av egen kunnskap og muligheter for å tilegne seg ny kunnskap og ferdigheter.

ÅPENHET OG AMBIVALENS

Åpenhet om funksjonsnedsettelsen skaper en usikkerhet og ambivalens for informantene. Dette er resultater som vi finner også i andre studier fra høyere utdanning (Magnus, 2009; Martin, 2010). Informantene beskriver ulike strategier for å håndtere dette både i søkeprosessen og i arbeidshverdagen. Åpenhet er et tema for dem som har en ikke-synlig funksjonsnedsettelse og som dermed har mulighet til å skjule den for omgivelsene. Som resultatene viser, vurderes åpenhet særlig i forbindelse med intervjuprosessen, mens få har beskrevet det i søknaden om arbeid. Arbeidsgiver eller nærmeste leder er vurdert som den første til å bli informert, mens informasjon til kollegaer vurderes i neste omgang. I studien til Legard (2013) diskuteres ikke åpenhet om funksjonsnedsettelsen, men nærmere en tredjedel av de som hadde problemer knyttet til funksjonsnedsettelsen, hadde møtt fordommer i søkeprosessen. Vår studie viser at informantene uttrykker både et ønske om åpenhet og en usikkerhet om åpenhetens mulige negative konsekvenser.

Som arbeidssøker vil de aller fleste fremstille seg selv som mest mulig attraktiv for arbeidsgiver. En kan derfor tenke seg at det ikke å være åpen om funksjonsnedsettelsen kan gi enkeltindividet større muligheter til å vise fram sin attraktivitet. Motsatt kan en tenke seg at den enkelte vil være engstelig for at åpenhet om funksjonsnedsettelsen kan føre til at vanskene blir for fremtredende og dermed et hinder for at andre ser ens faglige dyktighet. Den samme vurderingen ser ut til å påvirke avgjørelser om når en skal være åpen, og til hvem, etter anset-

telse. Resultatene i denne studien viser at åpenhet blir møtt på ulike måter, både med støtte, men også med stigma og fare for utestengelse, eller ikke å bli regnet med som del av arbeidsfellesskapet.

Åpenhet er avgjørende for å få tilrettelegging og forståelse for nødvendig fravær. Noen av informantene hadde ikke fortalt om funksjonsnedsettelsen til sin leder før de var fast ansatt. En slik avgjørelse kan bety at tilrettelegging blir vanskelig og fravær ikke like forståelig for omgivelsene. Åpenhet eller ikke om funksjonsnedsettelsen blir på denne måten en utfordring den enkelte må håndtere i flere situasjoner, og for noen over lengre tid. Åpenhet kan bety en lettere arbeidssituasjon og tilpasning til egne forutsetninger, men også en fare for utestengelse.

TILPASSINGER: STRATEGIER OG AMBIVALENS

Tilrettelegging kan handle om å tilpasse arbeidstiden eller arbeidsoppgavene. I denne studien nevnte informantene tiltak som hjemmekontor og fleksible arbeidstider som løsninger på utfordringer. Samtidig tilpasset de seg arbeidet ved å jobbe på fritiden. Også andre studier (Anvik et al., 2006; Berge, 2007; Berge & Lorentsen, 2009) beskriver utfordringer knyttet til det å jobbe full tid og å ha den kapasiteten som dette forutsetter. Når arbeidslivet har store forventninger til de ansatte og blant annet krever fleksibilitet og tilpassing til nye arbeidsoppgaver, kan dette være særlig utfordrende for personer med funksjonsnedsettelse. De erfarer allerede barrierer, som for eksempel økt tretthet ved kronisk sykdom, fravær i perioder eller utfordringer ved raske og større forflytninger på arbeidsplassen.

Tilrettelegging er avhengig av både arbeidstakers åpenhet om funksjonsnedsettelsen og arbeidsplassens tiltak og respons. Dermed vil ofte en forståelse og aksept fra kollegaer lette arbeidssituasjonen for den enkelte. På denne måten handler tiltak på arbeidsplassen om faktorer og relasjoner, som kan føre til økt arbeidsdeltakelse for den som får støtte eller innvilget et tiltak. På bakgrunn av resultatene om usikkerhet knyttet til åpenhet kan en tenke at tiltak kan påvirke oppmerksomheten en får fra kollegaer. En usikkerhet om dette som fører til at en unnlater å be om tilrettelegging, kan få helsemessige konsekvenser og dermed være negativt. Når en informant fremhever betydningen av ikke å bli behandlet som en pasient av kollegaene, sier dette noe om en sårbar relasjon hvor tiltak kan føre til negative reaksjoner fra omgivelsene, og i neste omgang en følelse av eller redsel for ekskludering.

Informantene beskriver strategier for å håndtere arbeidshverdagen. Vurdering av åpenhet er en strategi. Åpenhet overfor kollegaer vurderes på en annen måte enn overfor en leder. Kommentarene viser hvordan informantene vil beskytte seg mot å bli oppfattet og behandlet annerledes enn andre, hvilket er i tråd med resultater fra andre studier (Anvik et al., 2007; Berge, 2007; Georgiou et al., 2012).

En annen strategi er å bruke fritiden til å ta igjen det de ikke rakk på arbeid. Dette er ikke en uvanlig strategi for norske arbeidstakere, men det kan se ut som informantenes begrunnelse for å gjøre dette handler om en usikkerhet med hensyn til å bli forstått eller å bli satt i en uønsket posisjon. Når de på samme tid kommenterer at de prioriterer arbeid foran fritidsaktiviteter, så er dette gjenkjennbart fra studier om studenter med funksjonsnedsettelse (Velde, 2000; Magnus, 2009) og fra studier om funksjonshemmede på arbeidsmarkedet (Jakobsen, 2001; Magnus, 2001).

FORSTÅELSE AV FUNKSJONSHEMMING

Overgangen til arbeidslivet påvirkes både av individets tenkning om seg selv og sine muligheter og av ulike forhold i omgivelsene. Personenes vurdering om avgjørelser som skal tas, endres i løpet av denne overgangen, slik som for eksempel vurderingen av å være åpen eller ikke om funksjonsnedsettelsen. Det er personen som avgjør hva hun eller han vil fortelle og på hvilket tidspunkt. Samtidig aksjonerer ikke personen i et vakuum, men er påvirket av både egne og andres tidligere erfaringer. Personen som har en funksjonsnedsettelse vil, som alle andre, ha kunnskap om og være påvirket av samfunnets syn på funksjonshemming, som nok i begrenset grad er preget av en relasjonell forståelse (NOU 2001:22; Tøssebro, 2012). På den måten er det fortsatt en vei å gå for å iverksette målene fra St. meld. nr. 40 2002-2003 om å bygge ned barrierer for å fremme like muligheter for arbeidsdeltakelse.

Resultatene i studien tenderer til en forståelse av at mange av de utfordringene ergoterapeutene møter og valgene de tar er preget av en biomedisinsk forståelse av funksjonshemming. Dette har nok også vært den rådende forståelsen i befolkningen, selv om forskning og politikk har vektlagt en relasjonell forståelse i flere tiår. På tross av at politiske visjoner og mål vektlegger like muligheter og retten til tilrettelegging (Arbeidsmiljøloven, 2005), tilgjengelighet og anti-diskriminering (Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven, 2008), viser denne studien at informantenes erfaringer i stor grad er preget av en

tenkning hvor det er individet som har et problem, og som må ta ansvar for utfordringene de møter.

Informantene har både gode og mindre gode erfaringer fra overgangen til arbeid, hvor ulike relasjoner til omgivelsene og vurderinger av seg selv er sentrale. Situasjonene de står i, fortolkes i lys av en tenkning som en kan anta ikke alltid er bevisst; de tilpasser seg konteksten. Med tanke på at informantene og en del ledere og kollegaer i denne studien er ergoterapeuter, så forteller dette at det å praktisere et ideal om en relasjonell forståelse av funksjonshemming, ikke er enkel å håndtere.

Konklusjon

En positiv holdning fra ledere og kolleger og tilgang på tilrettelegging er viktige for en vellykket overgang fra høyere utdanning til arbeidslivet for ergoterapeuter med nedsatt funksjonsevne. Valg om åpenhet om funksjonsnedsettelsen og strategier for å håndtere arbeidssituasjonen skaper usikkerhet om egen arbeidsdeltakelse. Bevisstgjøring både hos funksjonshemmede arbeidstakere og arbeidsgivere om disse forholdene kan bidra til å lette overgangen fra studier til arbeid for funksjonshemmede.

Takk

Vi takker alle dere som har deltatt i undersøkelsen. Studien er finansiert av Program for Ergoterapeututdanning ved NTNU (tidligere Høgskolen i Sør-Trøndelag), samt ENOTHE (European Network of Occupational therapy in Higher Education). Vi takker Elizabeth McKay og Mital Amin ved Brunel University i London samt Clodagh Nolan ved Trinity University i Dublin for samarbeid om spørreundersøkelsen, og til Satsningsområdet aktivitet og deltakelse for faglig støtte. Takk til Karl Erik Bjerkås ved Ergoterapeutene for hjelp til den praktiske gjennomføringen.

Referanser

- Anvik, C. H., Olsen, T., Lien, L., Sollund, M., & Hansen, T. A. (2007). Kunnskapsstatus for IA-avtalens delmål 2: rekruttere og beholde personer med redusert funksjonsevne (NF-rapport 11/2007).
- Arbeidsdepartementet. (2012). *JOBSTRATEGI for personer med nedsatt funksjonsevne*. Rapportering 2012-2013. Oslo.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.
- Berge, A. R. (2007). *Fra skole og studier til jobb eller uføretrygd. Hva personer med nedsatt syn erfarer i utdanning*

- og i overgangen utdanning-yrke. Resultater fra et tre-årig prosjekt finansiert av Norges Blindeforbunds Forskingsfond, Arendal: Rehab-Nor.
- Berge, A. R., & Lorentsen, Ø. (2009). «Ingen forstår hvor slit-somt det er»: Hvordan unge med nedsatt hørsel opplever skolegang og overgangen skole-arbeid. Arendal: Rehab-Nor.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (2003). *Qualitative research for education. An introduction to theory and methods* (4. utg.). Boston: Allyn & Bacon.
- Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven. (2008). Lov 20. juni 2008 nr. 42 om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne.
- Elliott, D. L., Hanzlik, J. R., & Gliner, J. A. (1992). Attitudes of occupational therapy personnel toward therapists with disabilities. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 12(5), 259-277.
- European Commission. (2010). *European Disability Strategy 2010-2020: A renewed commitment to a barrier-free Europe*. COM (2010) 636 Final.
- FN-sambandet. (2016). FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne. Hentet fra: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>
- Forsyth, K., & Kviz, F. J. (2006). Survey research design. I G. Kielhofner (Ed.), *Research in occupational therapy – methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Georgiou, C. E., Espahbodi, S., & De Souza, L. H. (2012). Preparing for the world of work: an exploratory study of disabled students' experiences of work placement. *Journal of Education and Work*, 25(5), 523-536.
- Gustavsson, A., Tøssebro J., & Traustadottir, R. (2005). Introduction: approaches and perspectives in Nordic disability research. I A. Gustavsson, & J. Tøssebro (Red.), *Resistance, Reflection and Change. Nordic Disability Research* (s. 23-44). Lund: Studentlitteratur.
- Hanebrink, S. (1997). Why shut out practitioners with disabilities? *OT Week*, 11(2), 18-19.
- Hendricks, A. (2007). UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Eur. J. Health L.*, 14, 273.
- Jakobsen, K. (2001). Employment and the Reconstruction of Self. A Model of Space for Maintenance of Identity by Occupation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(1), 40- 48.
- Krupa, T., Kirsch, B., Gewurtz, R., & Cockburn, L. (2005). Improving the employment prospects of people with serious mental illness: Five challenges for a national mental health strategy. *Canadian Public Policy*, 31(1), 59-64.
- Legard, S. (2013). *De vanskelige overgangene*. AFI-rapport 7/2013. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- McKay, E. A. & Amin, M. (2015). Occupational Therapists with Seen and Unseen Disabilities: An Exploration of their Transition into the Workplace since Qualification. Submitted to *British Journal of Occupational Therapy*.
- Magnus, E. (2009). *Student, som alle andre. En studie av hverdagslivet til studenter med nedsatt funksjonsevne*. (Doktoravhandling). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Magnus, E. (2001). Everyday Occupations and the Process of Redefinition: A Study of How Meaning in Occupation Influences Redefinition of Identity in Women with a Disability. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(30), 115-124.
- Martin, J. M. (2010). Stigma and student mental health education. *Higher Education Research & Development*, 29(3), 259-274.
- Mechanic, D., Bilder, S., & McAlpine, D. D. (2002). Employing persons with serious mental illness. *Health Affairs*, 21(5), 242-253.
- Meld. St. 46 2012-2013. (2013). *Flere i arbeid*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Molden, T. H. & Tøssebro, J. (2009). Definisjoner av funksjonshemming i empirisk forskning I J. Tøssebro (Red.), *Funksjonshemming – politikk, hverdagsliv og arbeidsliv* (s. 38-54). Oslo: Universitetsforlaget.
- Molden, T. H., Wendelborg, C., & Tøssebro, J. (2009). *Levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne. Analyse av levekårsundersøkelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne 2007*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.
- Mutchnick, I., & Blount, M. L. (1996). A pilot study on attitudes toward making reasonable accommodations for occupational therapists with disabilities. *Occupational Therapy International*, 3(1), 49-66.
- NOU 2001:22. (2001). *Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- OECD. (2009). Education at a glance: OECD indicators.
- Piggott, L., & Houghton, A. M. (2007). Transition experiences of disabled young people. *International Journal of Lifelong Education*, 26(5), 573-587.
- Regjeringen ved arbeids- og sosialministeren. (2014). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 4. mars 2014-31. desember 2018* (IA-avtalen).
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold – Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- St. meld nr. 40 2002-2003. (2001). *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Svalund, J., & Skog Hansen, I. L. (2013). *Inkludering av personer med nedsatt funksjonsevne i arbeidslivet*. Oslo: Fafo-rapport 2013:54.
- Tøssebro, J. (2012). *Personer med funksjonsnedsettelse på arbeidsmarkedet - Kunnskapsoversikt og kunnskapsutfordringer*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.
- Universitets- og høyskoleloven. (2005). Lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter- og høyskoler.
- Velde, B. P. (2000). The experience of being an occupational therapist with a disability. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(2), 183-188.
- WHO. (2011). *International Classification of Functioning, Disability and Health*: ICF. Geneva: World Health Organization.

Eksperters synspunkter på tilbudet til sykmeldte i Norge. Første runde av en delphi-studie

Av Lisebet Skeie Skarpaas, John Erik Berg, Ellen Ramvi, Lise Haveraaen og Randi Wågø Aas

*Lisebet Skeie Skarpaas er ph.d.-stipendiat i Helsevitenskap ved Høgskolen i Oslo og Akershus og tilknyttet Presenter, Stavanger.
E-post: Lisebet.Skeie.Skarpaas@hioa.no*

John Erik Berg er professor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Ellen Ramvi er førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger.

Lise Haveraaen har master i psykologi og forsker i Presenter, Stavanger.

Randi Wågø Aas er førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger og Høgskolen i Oslo og Akershus og tilknyttet Presenter, Stavanger.

EXPERTS' OPINIONS ON RETURN TO WORK SERVICES FOR PERSONS ON SICK LEAVE IN NORWAY. FIRST ROUND OF A DELPHI STUDY

Abstract

Background: Return-to-work (RTW) programmes have undergone large changes in recent years. The aim of this study was to identify problems and needed changes in RTW programmes for sick-listed employees in Norway.

Material and methods: The study was designed as a Delphi study, where 32 experts on RTW interventions participated in a group interview, with both written and oral data collection. The data was analysed by qualitative and quantitative content analysis.

Results: 218 identified meaning units were condensed into 23 unique problems and 34 suggested changes. Every third unit involved the overall organization of RTW programmes. The experts expressed an experienced overlap between interventions offered by the public welfare service (NAV) and by the health services, and suggested that the services should be better coordinated. Furthermore, they argued that there is an insufficient focus on the employees' workplace, that it takes too long before sick-listed employees are referred to a RTW service, and that the employees are often misdiagnosed, pathologized, and medicalized. Additionally, they experienced that access to research is lacking, and that there is a need for more available documentation on the effectiveness of RTW interventions.

Conclusion: According to experts in this study, interventions offered to sick-listed employees have core issues that should be addressed. The overall organization of the programmes seems to be the greatest concern.

Key-words: Rapid RTW Delphi study, Sick leave, Occupational Rehabilitation, Work Disability Prevention and Integration, Return to work, RTW programmes

Manuset ble første gang mottatt 23.6.16 og ble godkjent 27.1.17.

Bakgrunn

Både i Norge og internasjonalt brukes det mye ressurser for å sikre en rask og varig tilbakeføring av sykmeldte til arbeidslivet (1-4). En av årsakene til dette er at langtidssykmelding kan utgjøre en risiko for utstøting fra arbeidslivet på permanent basis (4-7). Å miste muligheten for arbeidsdeltakelse kan føre til aktivitetsdeprivasjon, som kan ha negativ innvirkning på livskvalitet og helse (8, 9). I Norge er andelen sykmeldte dobbel så høy som gjennomsnittet i OECD-landene (4). De vanligste diagnosene knyttet til sykefravær er muskel- og skjelettplager og psykiske lidelser, som utgjør henholdsvis omtrent 40 og 20 prosent av totalt antall sykefraværsdager (10-12).

En rekke studier og oppsummeringer har avdekket hva tilbakeføringsprogrammer må omhandle for å kunne gi den ønskede effekt (3-27). En slik tiltakskomponent er rettet mot tilrettelegging på og aktiv involvering av arbeidsplassen (3, 13-17). Videre ser tverrfaglig team (13, 14, 18, 19), skreddersøm (19, 20), koordinering (19, 21-23), samt at helsekompetanse overføres til arbeidsplassen (14, 24) ut til å ha en positiv betydning for tilbakeføring. Nyere studier har også vist at enkelte grupper sykmeldte har like god eller bedre effekt av såkalte «Brief Interventions» med fokus på normalisering av bevegelser og at plagene ikke er farlige, enn av tiltakstunge tverrfaglige tilbakeføringsprogram (25-27).

Imidlertid er det utfordrende å skulle implementere slike ofte komplekse tiltaksprogrammer for sykmeldte i nye kontekster, som i andre land enn der studien er gjort (28-30). En utfordring kan være at slike tiltaksprogrammer innebærer bidrag fra svært ulike aktørgrupper; fra arbeidsplassen, helsetjenesten og fra NAV (31, 32). Utfordringer kan også handle om at de involverte aktørene har ulike perspektiver og mål (24, 33, 34), eller for eksempel at intervensjonen ikke ble gjennomført slik den var planlagt på grunn av for dårlig tilpassing til lokal kontekst (29).

I Norge er det iverksatt en rekke nye tiltak, gjort endringer i sykmeldingspraksis og opprettet arbeidslivssentre, som har ført til at behandling og rehabilitering av sykmeldte skjer på andre måter i dag enn for ti år siden (35-37). Tiltak rettet mot å redusere sykefravær finnes både innenfor NAV, på ulike nivå i helsetjenesten og på arbeidsplassen. Avtalen om Inkluderende arbeidsliv fra 2001 markerer et skifte der arbeidsplassen ble hovedarenaen for oppfølging av sykmeldte (36, 38). Også innen ar-

beidsrettet rehabilitering er det skjedd et fokusskifte fra behandling og trening i skjermede enheter før ordinært arbeid, til tidlig plassering i ordinært arbeidsliv med trening og tilrettelegging på arbeidsplassen (23, 39, 40), det som omtales som «fra Train-then-Place til Place-then-Train» (39). Dette skiftet kom først innen psykisk rehabilitering. Dette preger nå fagfeltet internasjonalt uavhengig av diagnose. Samtidig har man innen rehabiliteringsfeltet gått fra en biomedisinsk forståelse og tilnærming til sykdom, til et biopsykososialt perspektiv og mer systemisk tenkning (41-43). Samspillet mellom de ulike arenaene er avgjørende for utfallet i en tilbakeføringsprosess, og man har fokus på involvering av arbeidsplassen og forebygging av langtidsfravær og uførhet (44). Også innen aktivitetsvitenskap ser vi en slik utvidet forståelse av rehabilitering, der muligheten for arbeidsdeltakelse etter sykdom eller skade avgjøres både av individuelle forutsetninger og valg, og av omgivelsesmessige forhold på arbeidsplassen, samt som utslag av føringer og strukturer i samfunnet forøvrig (45, 46).

Den største satsningen rettet mot sykmeldte i Norge kan hevdes å være Tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester, som også er kjent som Raskere tilbake. Programmet ble iverksatt i 2007 og har to ulike mål: å redusere ventetiden for behandling, og å bidra til en raskere tilbakeføring av sykmeldte. Helseforetakene og NAV organiserer tilbudene som ytes i programmet, og bevilgningen har årlig vært på rundt 700 millioner kroner (47). Pasientgruppene som dominerer i tilbudene er personer som har vært sykmeldt mellom åtte uker og ett år, som har muskel- og skjelettplager eller lettere psykiske lidelser (48). Studier har vist stor oppslutning om programmet Raskere tilbake blant pasientene (49), at programmet ble raskere implementert i helseforetakene enn i NAV (50), at helseforetakene er mer fornøyde med administreringen av programmet enn NAV (48), og at det er betydelige variasjoner mellom de enkelte tilbudene, tilbudstypene og tilbudenes geografiske plassering innen programmet (48). Videre viser studier at informasjon til NAV og fastlegene om programmet ikke var god nok (48, 50), og at fastlegene brukte programmet lite (49). En studie viste at det å opprette en fast koordinator som syr tilbudene sammen, samt å samhandle med eksterne aktører som arbeidsplassen, var mangelfullt utviklet i mange Raskere tilbake-tilbud (48). På tross av at noen studier har sett på tilbudet til sykmeldte fra aktørperspektiv (30, 32, 33, 51), har vi

Meningsbærende enhet (direkte fra transkribert tekst)	Kondensert meningsbærende enhet	Problemstilling	Endringsforslag	Tema
«Samtidighet til tiltak foregår i dag ut fra litt for mye tilfeldigheter, det er laget dialogmøter og struktur på sykefraværsarbeid [...], som til dels fungerer. Når de kommer opp på spesialisthelsetjenestenivå, der jeg jobber, så er det egentlig basert mye på bekjenskaper og kunnskaper om NAV og systemene, at du får tak i dem. Sånn bør det ikke være.»	Samarbeid mellom ulike instanser rundt sykemeldte foregår ut fra tilfeldigheter, strukturen rundt fungerer bare delvis. I spesialisthelsetjenesten er det basert på bekjenskap og kunnskap om NAV, og det bør ikke være slik.	Samhandlingen mellom helsetjenesten og NAV er ofte basert på tilfeldigheter og bekjenskap.	(ikke relevant her)	Koordinering og samhandling

Tabell 1: Eksempel på analyseprosess fra transkribert intervju til tema hentet fra Tema V: Koordinering og samhandling.

fortsatt for liten innsikt i hvilke konkrete utfordringer ulike aktører opplever i et slikt kompetansekreven- de aktørtungt tiltaksfelt (30, 32). Målet med denne studien var derfor å identifisere problemstillinger og endringsbehov i dagens behandling og rehabilitering av sykmeldte, med særlig fokus på tilbakeføringsprogrammet Raskere tilbake, blant et utvalg av eksperter på oppfølging av sykmeldte. Hensikten med studien var å sikre åpenhet om utfordringene, slik at tilbudet til sykmeldte kan videreutvikles og forbedres.

Materiale og metode

Studien ble designet som en delphi-studie (52), hvor eksperter på oppfølging av sykmeldte (n=32) deltok i et eksplorerende induktivt gruppeintervju som ble avholdt i april 2012. Formålet med denne forskningstilnærmingen er å identifisere eksperters oppfatninger, basert på deres kunnskap og erfaringer om et tema. I neste fase vurderes det i hvilken grad det eksisterer konsensus blant aktører om det som kommer fram (52). Denne artikkelen beskriver resultatene fra det kvalitative materialet i runde 1.

Utvalg

I delphi-studier er eksperter definert som informerte individer eller spesialister som har kunnskap om et spesifikt felt (52). Spesialister refererer til formell kunnskap, mens informerte individer refererer til uformell kunnskap innen feltet. Kunnskap inkluderer i denne sammenhengen erfaringskunnskap. I denne studien er ekspertene individer som har erfaring

med å følge opp sykmeldte direkte, som har ansvar for å organisere eller forske innen sykefraværsoppfølging, eller som har erfaring med sykmeldte gjennom en brukerorganisasjon. En strategisk utvalgsstrategi ble benyttet, der målet var å få et heterogent utvalg som dekket eksperter på sykefraværsarbeid best mulig (32). Utvalgskriteriene var at de ulike rollene i sykefraværsarbeid skulle dekkes (53), og at det skulle være en geografisk spredning med representanter fra ulike steder i Norge, samt inkludere både store og små Raskere tilbake-tilbud (48) for å dekke størst mulig bredde av erfaringer. Utvalget ble rekruttert ved mailkontakt. Ekspertene kom fra brukerorganisasjoner (n=2), arbeidsgivere fra privat og offentlig sektor (n=2), henvisere fra NAV-kontor (n=1) og fastlegetjenesten (n=1), tilbudsyttere fra NAV og helseforetak (n=4), NAVs Arbeidslivssenter (n=1), koordinatører/prosjektledere for Raskere tilbake-ordningen (NAV: n=2, helsetjenesten: n=4), bedriftshelsetjenestepersonell (n=1), departement og direktorat (n=7), arbeidsgiver-/arbeidstakerorganisasjoner (n=3) og forskere (n=4).

Datainnsamling

De 32 ekspertene var delt inn i tre grupper, ut fra roller de ble tildelt under intervjuet. *Observatører* (n=10), som bestod av representanter fra myndighetsorganer, arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner, og *forskere* (n=4) kunne stille spørsmål og bidra med kommentarer. *Deltakerne* (n=18) deltok aktivt med sine erfaringer og meninger. Deltakerne hadde i gjennomsnitt 11,4 års erfaring med å jobbe

	Skriftlig	Intervju	Totalt
Hovedtemaer	N	N	N
Nasjonal organisering	31	43	74
Mottakerne	9	30	39
Kompetanse	13	18	31
Programmenes fokus og tilnæringsmåte	12	16	28
Koordinering og samhandling	12	12	24
Varighet av program	5	7	12
Henvvisning til tilbud	2	8	10
Totalt	84	134	218

Tabell 2: Oversikt over temaer som informantene på gruppeintervjuet tok opp (antall meningsenheter).

Note: Antall (n) refererer her til meningsbærende enheter som ble identifisert i skriftlige data og fra det transkriberte intervjuet.

med sykmeldte (min.–maks. 1–37 år, SD 12 år), og representerte følgende profesjonsgrupper: medisin/helsefag (n=8), sosialfag (n=2), pedagogikk (n=2), samfunnsfag (n=3), administrative fag (n=2) og for én var profesjonen ukjent (n=1).

Datainnsamlingen var todelt og foregikk i akademia. Først ble alle som var til stede bedt om å skrive ned de tre viktigste endringsbehovene ved dagens praksis overfor sykmeldte. Denne teksten ble så samlet inn. Deretter ble det gjennomført et gruppeintervju som ble tatt opp på lydbånd og transkribert. Intervjuet ble innledet slik: «Vi er interessert i erfaringer dere har gjort dere med oppfølging av sykmeldte og Raskere tilbake-ordningen. Spørsmålet er: Gir vi riktig tiltak med riktig kompetanse til riktige personer til riktig tid?». Gruppeintervjuet ble ledet av en forsker som modererte diskusjonen og stilte oppfølgingsspørsmål for å verifisere utsagnene som kom fram.

Analyse

For å identifisere problemstillingene og endringsbehovene ble begge former for tekstlig materiale analysert ved hjelp av en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ innholdsanalyse (52). Først ble teksten delt inn i meningsbærende enheter og gitt en kode ut fra hva teksten handlet om (54). To forskere (LSS og RWAA) gjennomførte analysen for å øke reliabiliteten i kodingen. Foreløpige tematiske hovedkategorier ble identifisert, og materialet ble re-sortert ut fra hva det handlet om. Det ble holdt oversikt over antallet meningsenheter innen hver hovedkategori

for å kunne gi et visst bilde av hvilke temaer som dominerte. De meningsbærende enhetene ble deretter innholdsmessig kondensert til en kort oppsummering av hva de omhandlet (54).

Hver hovedkategori fikk en definisjon basert på en ytterligere kondensering. Problemstillinger og endringsforslag ble definert ut fra sub-kategoriene i form av sitater og utsagn. Relevante sitater som beskrev det som kom fram mest mulig presist, ble til slutt valgt ut fra intervjuteksten.

Etikk

Studien var ikke fremleggingspliktig for REK. Ved muntlig kontakt med NSD vurderte de studien til å ikke være meldepliktig, ettersom vi ikke skulle registrere personopplysninger (55). I den skriftlige invitasjonen til intervjuet ble det opplyst hva som var formålet med intervjuet, at den ville bli tatt opp på bånd, at det var frivillig å delta, og at intervjuet ville inngå som en første fase av en delphi-prosess. Påmelding til intervjuet ble regnet som informert samtykke (56). I tillegg ble det muntlig informert om at data ville bli anonymt behandlet, og hva resultatene skulle brukes til. Ettersom temaet for intervjuet var tjenester, og ikke individer, er de ikke ansett som fortrolige og personsensitive data. Å bidra med erfaringene sine i denne settingen skulle ikke få noen negative konsekvenser for informantene (56).

Resultater

I alt ble 218 meningsbærende enheter identifisert, 84 fra det skriftlige materialet og 134 fra gruppeinter-

vjuet. Disse omhandlet syv hovedtemaer (se tabell 1) som bestod av 23 utfordringer og 34 endringsbehov. Appendix gir en oversikt over alle resultatene.

TEMA I: NASJONAL ORGANISERING

Informantene nevnte oftest nasjonal organisering av tilbudet til sykmeldte. Det ble formidlet et ønske om å utvikle tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbakeføringstilbud. Videre kom det fram at forskningsbasert kunnskap om risikogrupper for langtidsfravær og uførhet burde brukes mer aktivt når tilbudene skal strømlinjeformes fremover, og kostnadseffektivitetsmålinger av programmene savnes. Det ble hevdet at man kan bli henvist til samme tilbud fra både fastlege og NAV til spesialisthelsetjeneste, noe som ble oppfattet som problematisk av blant annet en tilbudsleverandør i Raskere tilbake: *«Konkret da så må man unngå at NAV og spesialisthelsetjenesten yter parallelle tilbud»*. En av konsekvensene som ble nevnt, var at det oppstår en fare for at sykmeldte blir overbehandlet. Det ble hevdet spesifikt for Raskere tilbake-programmet at det er ustabilt og ustrukturert, og mangler tydelig mål og kontinuitet. Videre kom det fram meninger om at tilbakeføringsprogrammer som Raskere tilbake burde være felles for NAV og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to. Det kom også fram at organisering av tilbakeføringsprogrammer som prosjekter, slik det gjøres i spesialisthelsetjenesten, er problematisk, spesielt for de ansatte, som opplever en usikker arbeidshverdag.

Når det gjaldt Raskeretilbake-programmet og dets organisering, kom det synspunktet fram at programmet ikke har hatt noen betydning for sykefraværsnivået og burde avvikles. Et annet forslag var imidlertid at tilbakeføringsprogrammet Raskere tilbake burde fortsette og ikke legges ned, da det har generert mye positivt. Informantene mente at antallet tiltak og program til sykmeldte generelt burde reduseres, og at tilbudene fra helsetjenesten bør bli smalere og mer strømlinjeformet. Videre kom det fram at tilbudet til sykmeldte oftere må ivaretas lokalt – av primærhelsetjenesten, arbeidsplass og NAV. Det kom også forslag om å opprette en enkel lavterskel førstelinjeløsning for alle sykmeldte, ved å etablere kommunale eller interkommunale sentra.

TEMA II: MOTTAKERNE

Det var ulike meninger om hvilke pasienter som

burde prioriteres i tilbakeføringstilbud fremover. Flere pekte på de med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser, mens andre ville prioritere kreftsyke, ortopediske pasienter, risikogrupper for utstøting (lav sosioøkonomisk status) og de som trenger sammensatte rehabiliteringsprogram. Det ble hevdet at pasientene har vært for lenge sykmeldt før de henvises til behandling og rehabilitering. Selve sykmeldingsårsaken og behandlingen pasientene får, ble også trukket fram. En lege sa: *«Vi utvikler feil program, fordi vi kaller det psykiske plager, men så er det arbeidskonflikt, skilsmisse, kriminalitet, mediekjør eller underslag det egentlig handler om. Det skjer fordi vi blir tvunget til å lyve om sykmeldingsårsak»*. Videre kom det fram at arbeidsplassen må overta mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging av arbeidsgiver. Det ble hevdet at sykmeldte må prioriteres, noe som må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften.

TEMA III: KOMPETANSE

Det ble foreslått at kompetanse om inkluderende arbeidsliv må spres blant fagfolk, ikke bare på arbeidsplassene. Kompetansen som bedriftshelsetjenesten har, må involveres mer i tilbakeføringsprogram for sykmeldte. At relasjonen som utvikles mellom tilbyder og sykmeldt, er viktigere enn profesjonsbakgrunnen til tilbyder, kom også fram, og videre at brukerkompetanse oftere må tas med i planlegging og styring av programmene. Et konkret forslag var at alle sykmeldte burde vært ferdig utredet av fastlegen og spesialister i løpet av fire uker, da det i dag tar altfor lang tid. Et forslag handlet om tilgangen til forskning, og at tilbudene trenger kunnskap om hva studier har vist om effekt av ulike tiltak på tilbakeføring. En behandler sa: *«...jeg er veldig opptatt av at vi forsøker...å implementere den forskningen vi allerede har. Det gjør vi til en viss grad, men absolutt ikke nok»*.

TEMA IV: PROGRAMMENES FOKUS OG TILNÆRMINGSMÅTE

Det kom fram at tilbudet til sykmeldte i dag er for preget av diagnosetenkning, symptombehandling og medikalisering. En behandler sa: *«Fordi jeg tenker at når vi jobber med sykefravær, ... så er det det som er diagnosen, det er ikke sykdommen, så det å kalle det behandling, det blir for meg feil. Det er kanskje en bit av det...men det er sjelden det eneste,*

for løsningen på et sykefravær må alltid finnes på en arbeidsplass eller i et tiltak som NAV iverksetter». Videre ble det hevdet at tilbudene er for lite rettet mot det å kunne være på jobb på tross av helseplager. Tilbudet til sykmeldte ble ellers beskrevet som for fragmentert, lite helhetlig og samtidig, og for lite brukerrettet, individrettet og skreddersydd. En fra NAV Arbeidslivssenter beskrev hva som må til: «... det er et paradigmeskifte, ansvaret for oppfølging av sykmeldte ligger hos arbeidsgiver... Der man trives, går man på jobb med det som er friskt, der man ikke trives, så blir man hjemme med det som er sykt. Det er vel det som er det vesentlige». Det ble sagt at det kreves et skifte i hvordan tilbudene til sykmeldte skal være utformet, og at dette nye fokuset krever at det jobbes ut fra «diagnosen sykmeldt».

TEMA V: KOORDINERING OG SAMHANDLING

Det ble hevdet at det stadig tar lengre tid å få iverksatt tiltak fra NAV. En som hadde jobbet med sykmeldte i en årrekke, sa at det som er viktigst, er at flere tiltak skjer samtidig: «Samtidighet til tiltak foregår i dag ut fra litt for mye tilfeldigheter, det er laget dialogmøter og struktur på sykefraværarbeid [...], som til dels fungerer. Når de kommer opp på spesialisthelsetjenestenivå, der jeg jobber, så er det egentlig basert mye på bekjenskaper og kunnskaper om NAV og systemene, at du får tak i dem. Sånn bør det ikke være.» Andre forslag handlet om at det burde utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og NAV, og utvikles poliklinikker som utreder sykmeldte som har kompetanse på tvers av tradisjonelle medisinske spesialiteter. Videre kom det forslag om at hver enkelt sykmeldt burde få en lokal koordinator som syr sammen tilbudet mellom arbeidsplassen, helsetjenesten og NAV. Det ble også sagt at Raskere-tilbake programmet har gitt mer samordnende tjenester på tvers av tradisjonelle inndelinger i sykehusene, samt økt fokus på arbeidssituasjonen, og at det dermed blir viktig at programmet ikke legges ned. Meninger om at det burde bli stilt krav til at alle aktører skal samhandle med arbeidsplassen når tiltak iverksettes for den enkelte sykmeldte, kom også fram.

TEMA VI: VARIGHETEN AV PROGRAMMER TIL SYKMELDTE

Det ble problematisert at tilbudene er organisert som prosjekter, og sagt at dette er en utfordring både for behandlere og henvisere. En henviser

hevdet: «Når det kommer forslag eller tilbud om nye behandlingslinjer så må de ha en garanti på minste varighet og den må ikke være under to år, den bør helst være lenger.» Det ble også fremmet forslag om at de beste programmene til sykmeldte burde gjøres om til permanente tilbud, og at dette må skje ut fra dokumenterte resultater.

TEMA VII: HENVISNING TIL TILBUD

Som nevnt ble det uttrykt at fastlegene mangler kunnskap om tilbud til sykmeldte, og at det er vanskelig for tilbud innenfor Raskere tilbake-programmet å nå fram med informasjon. Dette informasjonsproblemet kunne derved også få konsekvenser for henvisningen til tilbudene. Prosjektorganiseringen av tilbud reduserte tiltroen og motivasjonen fastlegen har til å henvise, fordi tilbudene forventes å forsvinne raskt igjen. På den andre siden ble det hevdet at fastlegene kvier seg for å bruke Raskere-tilbake programmet, da det innebærer et brudd på prioriteringsforskriften. Når NAV henviser til legespesialister og generer undersøkelser og behandling, mangler det kvalitetssikring, noe som kan føre til feil- eller overbehandling, og dette er ifølge informantene ikke en hensiktsmessig framgangsmåte. Et endringsforslag var at fastlegen burde samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen.

Diskusjon

Formålet med denne studien var å avdekke utfordringer og endringsforslag ved dagens behandling og rehabilitering av sykmeldte, slik eksperter på tilbud til sykmeldte erfarer det. I alt ble 23 unike utfordringer og 34 endringsbehov avdekket. Hovedfunnene fra denne studien som diskuteres videre er: [1] pasientene har vært for lenge sykmeldt når de henvises til tilbudene, og opplever å bli feildiagnostisert, sykliggjort og medikalisert, [2] det er overlapping mellom tilbud til sykmeldte fra NAV og helsetjenesten, så tilbudene må samkjøres bedre og strømlinjeformes, [3] forhold på arbeidsplassen har for lite fokus i tilbudet til sykmeldte, og [4] tilbudene trenger både mer tilgang til forskning for å gjøres forskningsbaserte, og tydeligere dokumentasjonskrav for å vise at tiltakene er effektive.

Denne studien viser at flere aktører mener pasientene har vært for lenge sykmeldt før de blir henvist til et tilbakeføringsprogram. Tidligere studier har vist at økt varighet av sykefravær reduserer

sannsynligheten for å komme tilbake i jobb (3, 5-7). Å henvises tidlig og få rask tilgang til et tilbakeføringsstilbud vil derfor kunne være viktig for å hindre langtidsfravær (44) samt redusere risiko for aktivitetsdeprivasjon (8, 9). For at dette skal skje, må henvisere både ha kunnskap om hvilke pasienter som er aktuelle for tilbakeføringsprogram, og kjennskap til tilbudet som finnes. I denne studien kom det også fram synspunkter på at pasientene i et ukjent omfang blir feildiagnostisert, sykeliggjort og medikalisert. Feildiagnostiseringen handlet om at fastlegen gjennom organiseringen av sykelønnsordningen settes i en situasjon hvor han må gi diagnose på feil grunnlag for at pasienten skal ha krav på sykepenger, noe som opplevdes som problematisk. Dette er en problemstilling som også tidligere er avdekket og omtalt (57, 58). Behandlerne og tilbudene kan derved søke å løse et psykisk problem som ikke er der, mens det reelle problemet (for eksempel en arbeidskonflikt), kan forbli uløst.

Denne studien viser videre at det finnes en oppfatning om at sykmeldte står i fare for å bli overbehandlet, og at tilbud overlapper hverandre. Overlapping mellom spesialisthelsetjenestens og NAVs tilbud til sykmeldte er også tidligere avdekket (48). Våre informanter formidler faren ved at NAV også genererer spesialistundersøkelser parallelt med fastlegens henvisninger. For gruppen med uspesifikke muskel- og skjelettplager anbefales det i internasjonal forskning en normalisering og ufarliggjøring av plagene for å redusere sykdomsfrykt, gjennom tiltak der spesialister med høy kompetanse forsikrer dem om at plagene ikke er farlige, og at det er bra å gjenoppta normal aktivitet (3, 26, 27). I et slikt perspektiv vil overlapping av tilbud og overbehandling kunne føre til økt fravær framfor tilbakeføring, da eksempelvis behandlingen i seg selv holder pasienten utenfor arbeidslivet. Særlig vil dette gjelde dersom arbeid ikke ses på som en del av behandlingen, som er vanlig i en biomedisinsk tilnærming (44). Tar man derimot utgangspunkt i et biopsykososialt og systemisk perspektiv (44), vil arbeid ses som en del av behandlingen. Aktivitet som en del av behandling og bedringsprosesser er sentralt i ergoterapi (9), og sammen med fokuset på omgivelser, kan et aktivitetsperspektiv utfylle tradisjonell arbeidsrehabilitering (46). Kompetanse om hvilke tiltak som har vist effekt for hvilke pasienter, og hvilken helhet tilbakeføringen inngår i, er derfor essensielt. Denne kompetansen må både være tilgjengelig og benyttes i tilbakeføringsprogram, samt i henvisning til

disse. Arbeid er en viktig livsarena, og de fleste, med eller uten et helseproblem, vil ønske å arbeide hvis mulig (8).

Å forebygge uførhet krever at arbeidsplassen involveres i rehabiliteringen (16, 31, 42), og ekspertene i denne studien mener at det er for lite samarbeid med arbeidsplassen i dag. I et aktivitetsvitenskapelig perspektiv vil vi også løfte at arbeidsrehabilitering må inkludere fokus på både arbeidstaker, (arbeids-) miljø og selve arbeidet (59). I denne studien kommer det fram at en slik involvering av arbeidsplassen burde være et krav fra den nasjonale organiseringen til de som skal drive tilbud (41, 44). Videre har samarbeid mellom aktørene innen helse, NAV og arbeidsplassen vist seg å ha betydning for hvor raskt sykmeldte kommer tilbake i arbeid (21, 22, 30). Denne studien viser at samhandlingsutfordringene på tvers av sektorer og nivåer i hjelpeapparatet innen dette feltet erfares som betydelige, noe som også tidligere er avdekket (18, 24, 60). En bedret samhandling innen spesialisthelsetjenesten mellom ulike spesialiteter ble nevnt som et resultat av implementeringen av Raskere tilbake-programmet. Likevel er det fortsatt utfordringer knyttet til samhandling på tvers og mellom ulike aktører.

Et annet forhold som i tidligere forskning har vist seg å bety mye for tilbakeføringshastigheten, er at helsekompetanse blir overført til arbeidsplassen (13, 14), noe som i dag synes å skje i varierende grad (48). Videre må helsetjenesten også sette seg inn i og ta hensyn til krav på arbeidsplassen ved behandling og rehabilitering av sykmeldte (61). Shaw og Polatajko (2002) påpeker også at både miljømessige forhold og aktivitetsperspektiver er for lite vektlagt i tilbakeføringsprosesser (59). I denne studien opplevde man nettopp at implementering av tiltaksprogrammet Raskere tilbake hadde ført til nytenkning i spesialisthelsetjenesten, og medført et økt fokus på pasientens arbeidssituasjon. Programmer som aktivt involverer arbeidsplassen som en del av et integrert tiltaksprogram, viser god effekt på tilbakeføring (3, 13, 19).

Det ble i intervjuet hevdet at det er behov for et skifte i tilbudenes fokus, slik at man tilrettelegger for deltakelse i arbeidslivet på tross av helseplager. Dette er et syn som støttes i litteraturen som beskriver den internasjonale utviklingen innen dette området (23, 31, 44), og som vi finner igjen innen aktivitetsvitenskapelig tenkning (8, 9). Imidlertid kan det i denne studien synes som dette skiftet ikke er fullstendig implementert i helsetjenesten. En

tidligere studie (30) avdekket at tiltaksprogram for tilbakeføring i dag er fundamentert i et biopsykososialt og økologisk perspektiv, mens helsearbeidere fortsatt tenker biomedisinsk. Med andre ord: Tiltakene fokuserer fortsatt på behandling før arbeid, framfor aktiv deltakelse i arbeid som en del av veien mot bedring. Disse ulike perspektivene kan hindre vellykket implementering av tilbakeføringsprogram (30), da målene til sentrale aktører til en viss grad kan være konkurrerende eller motstridende (24, 32-34, 60). Dette må adresseres. For å fremme mulighet for deltakelse i arbeidslivet må det skapes en kontekst der arbeidstakere med helseproblemer får muligheter til å ha kontroll og ta egne valg, noe som innebærer at miljømessige faktorer også inkluderes (8, 46). I tillegg må de som driver tilbudene ha kompetanse om hva som er effektive tiltakskomponenter, og spisse tilbudene i forhold til mottakerne slik at de i større grad blir smalere og mer strømlinjeformet, slik denne studien viser at det er behov for. Fokuset på et inkluderende arbeidsliv, som vi har sett hos arbeidsplassaktører, foreslås i denne studien også å bli systematisk implementert i helsetjenesten.

Metodediskusjon

Denne studien har noen svakheter. Ideelt sett hadde vi ønsket å gjøre flere gruppeintervjuer, med færre og mer homogene deltakergrupper, slik det ofte anbefales for gruppeintervju (56). Dette var ikke mulig innen prosjektets rammer. For å øke relevansen rekrutterte vi derfor et heterogent utvalg med informanter bestående av ulike aktører og fra ulike tjenestetilbud, med geografisk spredning (62). Til tross for denne svakheten har vi i ettertid kunne se at dataene fra intervjuet ble et rikt materiale med svært mange meningsbærende enheter.

Selv om vi tilstrebet en jevn fordeling av ulike aktører, var det flere fra helsetjenesten enn fra NAV som takket ja til å delta, og dette kan ha påvirket hvilke meninger som kom fram under gruppeintervjuet. Både ved at representantene var flere og til sammen fikk mer taletid, og i form av ulike eller motstridende meninger som det kunne være vanskelig å hevde i en slik setting. Denne utfordringen ble forsøkt imøtegått gjennom også å ha en skriftlig datainnsamling før gruppeintervjuet (se Tabell 2 for oversikt over resultater fra de ulike datakildene), samt regulering av taletid under selve intervjuet.

Videre ønsket vi å rekruttere sykmeldte for å sikre at meningene til brukerne av tilbud til sykmeldte

kom fram, men mislyktes i dette forsøket. Dette er en svakhet ved studien. Representanter fra brukerorganisasjoner ble derfor invitert og deltok i studien.

Selv om å bidra med egne erfaringer i denne settingen ikke skulle få noen negative konsekvenser for informantene (56), er tjenesteytere avhengige av hvordan ressursene fordeles, enten som levebrød og/eller i forhold til å ønske det beste for pasientene (62). Det var viktig at presentasjonen av resultatene ble anonymisert ved at vi ikke knyttet sitater til beskrivelser av hvilken rolle hver enkelt ivaretok, siden det var få som representerte hver rolle. I runde II, som var en kvantitativ spørreundersøkelse med mange respondenter, var det derimot viktig å få fram hvor utbredte oppfatningene som kommer fram i første runde av delphi-studien, er i ulike grupper med ulike roller knyttet til oppfølging av sykmeldte.

IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG FORSKNING

Denne studien har først og fremst hatt som formål å generere hypoteser om hvilke problemstillinger og endringsbehov som erfares blant eksperter på oppfølging av sykmeldte. En rekke temaer ble tatt opp av informantene, og det er et behov for å forske videre på disse for å se i hvilken grad de uttrykker sentrale, utbredte og anerkjente problemstillinger, eller kun er uttrykk for enkeltstående oppfatninger om oppfølging av sykmeldte. Temaene kan også tjene en funksjon for å skape en åpen og kritisk debatt i praksis og politikk om oppfølging av sykmeldte. Dette er sentralt i samfunnet generelt, men også fra et aktivitets- og deltakelsesperspektiv innen ergoterapi. Det erfares et stort behov for en slik åpen debatt. Dette er spesielt påtrengende etter noen års utvikling av et bredere spekter av tilbud til sykmeldte enn hva vi tidligere har hatt i Norge.

Litteratur

1. Aust B, Helverskov T, Nielsen MB, Bjørner JB, Rugulies R, Nielsen K, et al. The Danish national return-to-work program – aims, content, and design of the process and effect evaluation. *Scand J Work Environ Health*. 2012;38(2):120-33.
2. Kregel J. Work Incentives Planning and Assistance Program: Current program results document the program's ability to improve employment outcomes, reduce dependence on benefits, and generate cost savings for SSA. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2012;36(1):3-12.
3. Lambeek LC, Van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce

- disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ: British Medical Journal (Overseas & Retired Doctors Edition)*. 2010;340(7749):750-.
4. OECD. Sickness, disability and work: breaking the barriers: a synthesis of findings across OECD countries. Paris: OECD; 2010. Report No.: 978-92-64-08884-9.
 5. Brage S, Kann IC, Thune O. Er det slik at få individer står for det meste av sykefraværet? *Arbeid og velferd*. 2013(3):49-55.
 6. Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S, Alexanderson KA. Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *European Journal of Public Health*. 2008;18(3):224-31.
 7. Wynne-Jones G, Cowen J, Jordan JL, Uthman O, Main CJ, Glozier N, et al. Absence from work and return to work in people with back pain: a systematic review and meta-analysis. *Occupational & Environmental Medicine*. 2014;71(6):448-56.
 8. Jakobsen K. If Work Doesn't Work: How to Enable Occupational Justice. *Journal of Occupational Science*. 2004;11(3):125-34.
 9. Yerxa EJ. Health and the human spirit for occupation. *The American Journal Of Occupational Therapy: Official Publication Of The American Occupational Therapy Association*. 1998;52(6):412-8.
 10. Aamland A, Malterud K, Werner EL. Phenomena associated with sick leave among primary care patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2012;30(3):147-55.
 11. OECD. Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and Work. OECD; 2012.
 12. NAV. Utviklingen i sykefraværet, 4. kvartal 2014. *Arbeid og Velferdsdirektoratet*; 2014.
 13. Franche R, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005;15(4):607-31.
 14. Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis F. Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2012;22(4):462-77.
 15. Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability & Rehabilitation*. 2010;32(8):607-21.
 16. Higgins A, O'Halloran P, Porter S. Management of Long Term Sickness Absence: A Systematic Realist Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2012;22(3):322-32.
 17. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, Franche RL, Boot CR, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;10:CD006955.
 18. Ektor-Andersen J, Ingvarsson E, Kullendorff M, Orbaek P. High cost-benefit of early team-based biomedical and cognitive-behaviour intervention for long-term pain-related sickness absence. *Journal Of Rehabilitation Medicine*. 2008;40(1):1-8.
 19. Bültmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2009;19(1):81-93.
 20. Pomaki G, Franche R-L, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen T. Workplace-Based Work Disability Prevention Interventions for Workers with Common Mental Health Conditions: A Review of the Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2012;22(2):182-95.
 21. Shaw W, Hong QN, Pransky G, Loisel P. A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2008;18(1):2-15.
 22. Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SCA, de Boer WEL, Zimbrunn T, Guyatt GH, et al. Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE*. 2012;7(11):e49760-e.
 23. Nastasia I, Coutu M-F, Tcaciuc R. Topics and trends in research on non-clinical interventions aimed at preventing prolonged work disability in workers compensated for work-related musculoskeletal disorders (WRMSDs): a systematic, comprehensive literature review. *Disability And Rehabilitation*. 2014;36(22):1841-56.
 24. Franche R, Baril R, Shaw W, Nicholas M, Loisel P. Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005;15(4):525-42.
 25. Aas RW, Skarpaas LS. The impact of a brief vs. multidisciplinary intervention on return to work remains unclear for employees sick-listed with low back pain. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2012;59(3):249-50.
 26. Brox JI, Storheim K, Grotle M, Tveito TH, Indahl A, Eriksen HR. Systematic review of back schools, brief education, and fear-avoidance training for chronic low back pain. *The Spine Journal: Official Journal Of The North American Spine Society*. 2008;8(6):948-58.
 27. Guzman J, Hayden J, Furlan AD, Cassidy JD, Loisel P, Flannery J, et al. Key Factors in Back Disability Prevention: A Consensus Panel on Their Impact and Modifiability. *Spine*. 2007;32(7):807-15.
 28. Fassier J-B, Durand M-J, Caillard J-F, Roquelaure Y, Loisel P. Results of a feasibility study: barriers and facilitators in implementing the Sherbrooke model in France. *Scandinavian Journal Of Work, Environment & Health*. 2015.
 29. Martin M, Nielsen M, Petersen S, Jakobsen L, Rugulies R. Implementation of a Coordinated and Tailored Return-to-Work Intervention for Employees with Mental Health Problems. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2012;22(3):427-36.
 30. Tjulin A, Stiwné EE, Ekberg K. Experience of the Implementation of a Multi-Stakeholder Return-to-Work

- Programme. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2009;19(4):409-18.
31. Aas RW. Workplace-based sick leave prevention and return to work. Exploratory studies [Ph.D. Thesis]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
 32. Young AE, Wasiaik R, Roessler RT, McPherson KM, Ane-ma JR, van Poppel MN. Return-to-work outcomes fol-lowing work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005;15(4):543-56.
 33. Maiwald K, Rijk A, Guzman J, Schonstein E, Yassi A. Eva-luation of a Workplace Disability Prevention Intervention in Canada: Examining Differing Perceptions of Stakeholders. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2011;21(2):179-89.
 34. Martin MHT, Moefelt L, Nielsen MBD, Rugulies R. Barriers and facilitators for implementation of a return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems: Results from three Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2015;43(4):423-31.
 35. Lindoe P, Bakke Å, Aas RW. Avtalen for et inkluderende arbeidsliv. Virkemidler fra nasjonalt nivå til ledernivå i oppfølgingen av sykmeldte. *Tidsskrift for Arbejdsliv*. 2006;8(2):68-89.
 36. Aas R. Raskt tilbake. Kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
 37. Haugli L, Hagen EM, Teige H, Andersen Ø, Kristoffersen OJ, Valla GL, et al. Arbeidsrettet rehabilitering i Norge - hvor står vi og hvor går vi? *Utposten*. 2010(4):2-8.
 38. Drøpping J. Inkluderende arbeidsliv - inkluderende ar-beidsgivere? Arbeidsnotat fra FAFOs forprosjekt "Inklude-rende arbeidsliv - ny rolle for arbeidsgivere". FAFO: FAFO; 2004.
 39. Corrigan PW, McCracken SG. Place First, Then Train: An Alternative to the Medical Model of Psychiatric Rehabil-itation. *Social Work*. 2005;50(1):31-9.
 40. Rubin SE, Roessler RT. Guidelines for successful vocational rehabilitation of the psychiatrically disabled. *Rehabilitation Literature*. 1978;39(3):70-4.
 41. Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tul-der M, et al. Prevention of work disability due to musculos-keletal disorders: the challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005;15(4):507-24.
 42. Loisel P, Durand MJ, Berthelette D, Vézina N, Baril R, Gag-non D, et al. Disability Prevention: New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain. *Disease Manage-ment & Health Outcomes*. 2001;9(7):351-60.
 43. WHO. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001. III, 299 s. : ill. p.
 44. Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders [correc-ted] [published erratum appears in J OCCUP REHABIL Dec 17(4):782]. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2007;17(2):327-52.
 45. Svajger A, Winding K. Perceptions of possibilities of retur-ning to work with chronic musculoskeletal disorders. *Work*. 2009;33(2):443-54.
 46. Jakobsen K. Handlingsrom for arbeidsdeltagelse In: Bendi-xen Hea, editor. *Aktivitetsvidenskab i et nordisk perspektiv*. København: FADL's Forlag 2005.
 47. Finansdepartementet DK. Prop. 1 S (2014–2015) Statsbud-sjettet. In: Finansdepartementet, editor. *Statsbudsjettet.no*: Regjeringen; 2014.
 48. Aas R, Solberg A, Strupstad J. Raskere tilbake. Organi-sering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykmeldte. IRIS; 2011. Report No.: 978-82-490-0741-7.
 49. Kjerstad E, Ravneberg B. Fornøyd med 'raskere tilbake'? Resultater fra en brukerundersøkelse. bergen: Samfunns- og Næringslivsforskning AS (SNF); 2008. Report No.: 19/08.
 50. Drangsdal KAK, Kjerstad E. Evaluering av tilskuddsord-ning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 1. Bergen: Samfunns- og Næringslivsforskning AS 2008. Report No.: 18/08.
 51. Ståhl C, Svensson T, Petersson G, Ekberg K. A Matter of Trust? A Study of Coordination of Swedish Stakeholders in Return-to-Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2010;20(3):299-310.
 52. Keeney S, Hasson F, McKenna H. The Delphi technique in nursing and health research. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011. IX, 198 s. p.
 53. Aas RW. Raskt tilbake. Kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
 54. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measu-res to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
 55. Somby A, Segadal K. Personvernenssyn og etiske pro-blemstillinger ved publisering av fagartikler i *Ergoterapeu-ten*. *Ergoterapeuten*. 2014;2014(2).
 56. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalita-tive forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 344 s. p.
 57. Kalstad LM. Legepresident: Ja til sorgmelding Vårt Land 15.09.2011 [Available from: <http://www.vl.no/samfunn/legepresident-ja-til-sorgmelding/>].
 58. Bjørner T. Det vanskelige sykmeldingsarbeidet. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2013;133(1):6.
 59. Shaw L, Polatajko H. An Application of the Occupation Competence Model to Organizing Factors Associated with Return to Work. *Canadian Journal of Occupational Thera-py*. 2002;69(3):158-67.
 60. Nilsing E, Söderberg E, Berterö C, Öberg B. Primary Health-care Professionals' Experiences of the Sick Leave Process: A Focus Group Study in Sweden. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2013;23(3):450-61.
 61. Holmgren K, Ivanoff SD. Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process. A focus group study [corrected] [published erratum appears in J OCCUP REHABIL 2007 Jun;17(2):353]. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2007;17(1):93-106.
 62. Stige B, Malterud K, Midtgarden T. Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qualitative Health Rese-arch*. 2009;19(10):1504-16.

Nasjonal organisering	Mottakerne	Kompetanse	Programmenes formål
<i>Problemstillinger</i>	<i>Problemstillinger</i>	<i>Problemstillinger</i>	<i>Problemstillinger</i>
<ul style="list-style-type: none"> * Organisering av tilbudene som prosjekter er problematisk, spesielt for de ansatte. * Det finnes betydelig overlapp mellom tilbudene, med parallelle tilbud i helseforetak og NAV, og NAVs behandlingstilbud er problematisk. * Sykmeldte står i fare for å bli overbehandlet. * Raskere tilbake-programmet er ustabil og ustrukturert, og mangler tydelig mål og kontinuitet. 	<ul style="list-style-type: none"> * At ikke reell grunn for sykefraværet beskrives, skaper feil fokus i tilbudene. * Pasientene har vært for lenge sykmeldt når de henvises til et tilbud. 	<ul style="list-style-type: none"> * Det er relasjonen en utvikler, som er viktigst i tilbudene, ikke profesjonen som utfører tiltak. * Det er uenighet om hvorvidt Raskere tilbake-programmet har effekt på sykefraværet. * Kostnadseffektivitetsmålinger av tilbudene savnes. * Raskere tilbake-programmet er for lite kjent. 	<ul style="list-style-type: none"> * Tilbudet til sykmeldte må være av diagnose og symptombehandling og medikamentell behandling. * Tilbudet i dag er for fragmentert, med mange ulike jobb på tross av helhetlig og samtidig. * Tilbudet i dag er for lite vidrettede og skreddersydd.
<i>Endringsforslag</i>	<i>Endringsforslag</i>	<i>Endringsforslag</i>	<i>Endringsforslag</i>
<ul style="list-style-type: none"> * Antallet tiltak og tilbud bør reduseres, og tilbudene i helsetjenesten bør bli smalere og mer strømlinjeformet. * Mer av tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt av primærhelsetjenesten, arbeidsplass og NAV. * Lag en enkel førstelinjeløsning for alle sykmeldte gjennom kommunale/interkommunale Raskere tilbake-sentra. * Raskere tilbake-programmet må fortsette og ikke legges ned, da det har generert mye positivt. * Det utvikles et Raskere tilbake-program felles for NAV og helsetjenesten med fokus på samarbeidet mellom de to. * Tilbudene i NAV bør fases ut, og Raskere tilbake-programmet videreføres kun i helsetjenesten som ordinære tilbud. * Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud. * Raskere tilbake 	<ul style="list-style-type: none"> * Sykmeldte må prioriteres, og dette må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften. * Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter for "lettere psykiske lidelser". * Arbeidsplassen må overta mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging av arbeidsgiver. * Raskere tilbake-programmet må utvides til også å gjelde kreftsyke som er på arbeidsavklaringspenger. * Det må fokuseres på de med de enkle forløpene, som trenger å forkorte ventetiden til medisinsk utredning og behandling/kirurgi. * Tilbudene må fokusere på de med uspesifikke helseplager, de med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser. * De som bør få tilbud, er de som er identifisert som risikogrupper i forskningslitteraturen. 	<ul style="list-style-type: none"> * Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres blant fagfolk, ikke bare på arbeidsplassene. * Kompetansen som bedriftshelsetjenesten har, må involveres mer i Raskere tilbake-programmet. * Alle sykmeldte bør være ferdig tverrfaglig utredet i løpet av fire uker. * Brukerkompetanse må oftere tas med i planlegging og styring av tilbudene. * Det er behov for å drive med mer utveksling av kompetanse og kunnskap mellom tiltakene og leverandørene. * Kun tilbud som er dokumentert effektive gjennom forskning, bør få fortsette. * Fastlegen har kompetanse til å behandle lettere angst og depresjon effektivt, og bør derfor gjøre dette. * Raskere tilbake-programmet må gjøres mer kjent blant ulike grupper. * Tilbudene har behov for evidens om hva studier har vist er effektivt for tilbakeføring. * Forskningsbasert kunnskap om hvem som er risikogrupper for langtidsfravær og uførhet må brukes mer aktivt. 	<ul style="list-style-type: none"> * Det kreves et skifte i fokus fra sykmeldte til de som er i arbeid.

Fokus og tilnærmingssmåte	Koordinering og samhandling	Varighet av program	Henvisning til tilbud
<p>de er i dag er for preget symptomteknisk, symptombe- lisering. er lite rettet mot å være på seplager. er fragmentert og lite helhet- for lite brukerrettede, indi- dersyde.</p>	<p><i>Problemstillinger</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * Samhandlingen mellom helsetje- nesten og NAV er ofte basert på tilfeldigheter og bekjentskap. * Raskere tilbake-programmet har gitt mer samordnende tjenester på tvers av tradisjonelle inndelin- ger, så det er viktig at dette ikke reverseres. * Det oppleves at det stadig tar lengre tid å få iverksatt et tiltak fra NAV. * Det er problematisk at en instans gjør arbeidsevnevurdering, og en annen forvaltningsgruppe skal følge det opp. 		<p><i>Problemstillinger</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * NAV-tiltaket avklaring bru- kes for lite. * Fastlegen mangler kunnskap om tilbud til sykmeldte. * Prosjektorganiseringen av tilbud i helseforetakene redu- serer tiltroen og motivasjonen hos fastlegen, fordi de forven- tes å forsvinne raskt igjen. * Fastlegene kvier seg for å bruke Raskere tilbake-tilbude- ne, da det innebærer et brudd på prioriteringsforskriften, som ikke tillater en priorite- ring av sykmeldte. * Det er ikke hensiktsmessig når NAV henviser til spesialis- ter og generer undersøkelser og behandling.
<p>e i hvordan tilbudet til syk- formet.</p>	<p><i>Endringsforslag</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * Det bør stilles krav til at alle ak- tører skal samhandle med arbeids- plassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte (inkludert bedriftshelsetjenesten). * Det må utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetje- nesten og NAV. * Det bør utvikles poliklinikker som uttreder sykmeldte. * Hver enkelt sykmeldt bør få en lokal koordinator. 	<p><i>Endringsforslag</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * Igangsatte tilbud må vare lengre enn i dag, og minst 2–3 år. * De beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud (ut fra dokumenterte resultater). * Tilbudene bør følge IA- avtalens varighet. 	<p><i>Endringsforslag</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * Fastlegen bør samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen.

Forsker på arbeidsmiljø, aktivitet og deltakelse og psykisk helsearbeid

Av Else Merete Thyness

– Hva forsker du på?

– Min forskningsinteresse går ut på å forstå hvordan organisasjonskultur (den uformelle siden av organisasjonen) er med på å påvirke ansattes velvære på jobben. Jeg er også opptatt av forskning innen deltakelse, psykisk helsearbeid, samt innovasjon i helse- og sosialsektoren.

– Hva er dine hovedfunn?

– Forskingen min viser at uformelle regler i organisasjonen påvirker ansattes opplevelse av velvære på jobben. Jeg identifiserte flere mekanismer for hvordan det skjer:

1. Uformelle regler er med på å skape felles forventninger hos ansatte. Det trigger negative følelser hvis forventningene ikke blir imøtekommet i arbeidsmiljøet. For eksempel: mange ansatte rapporterte at leder bør være både inkluderende, demokratisk og ikke minst handlekraftig. De opplevde negative følelser hvis deres leder ikke leverte etter deres forventninger, selv om de ofte var klar over at det ikke er lett for en leder å kjøre mange demokratiske prosesser og samtidig være handlekraftig.
2. Uformelle regler som oppleves som meningsfulle bidrar til positive følelser hos ansatte, og vice versa. Uformelle regler blir oppfattet som meningsfulle og fremmer positive følelser når de:
 - a. har et mål ansatte kan

forstå, og målet oppfattes som positivt for organisasjonen (Aim)

b. gjelder alle i et arbeidsmiljø, og ikke bare noen privilegerte grupper (Equality)

c. er definert av medlemmene i et arbeidsmiljø, og ikke bare av noen få for å fremme deres særinteresser (Stakeholders)

d. ikke kolliderer med andre uformelle regler innen organisasjonen (Consistency)

3. Det faktum at uformelle regler er nettopp uformelle kan føre til at:

a. de ofte fremmer frustrasjon og negative følelser hos ansatte som ønsker å bidra til endring. Det er vanskelig å ta opp og gjøre noe med en regel som er uformell.

b. uformelle sanksjoner (som ofte utløses mot en som ikke følger uformelle regler) kan implementeres på falske premisser som et ledd i en konflikt mellom ansatte. For eksempel, jeg bidrar til å trigge uformelle sanksjoner mot deg som takk for at du ikke støttet mitt prosjekt.

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

– «Beyond Being There: The Symbolic Role of Communication and Identification in Perceptions of Proximity to Geographically Dispersed Colleagues» skrevet av O'Leary, Wilson og Metiu



NAVN:

Skender Redzovic

STILLING:

Førsteamanuensis ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap ved NTNU.

(2014). Artikkelen er godt skrevet, studien har en spennende forskningsdesign, og den er meget relevant for å forstå relasjonsbygging i dagens kontekst, hvor teknologi har revolusjonert kommunikasjon mellom mennesker. Denne artikkelen bør du lese!

– Hva trenger vi ergoterapeuter mer forskning om?

Det meste! Vi er i startfasen når det gjelder forskning, og ergoterapi er et fag som omfavner bredt. Jeg tror det viktigste vil være å forske på ergoterapeutiske tiltak både på individ, gruppe og samfunnsnivå. Vi må kunne vise til vitenskapelige studier hvis vi skal evne å synliggjøre det ergoterapi har å bidra med. Vi må også styrke grunnforskning. Ergoterapeutiske tiltak kan vanskelig bli bedre enn den grunnforståelsen vi har om hvordan aktivitet og deltakelse oppstår, samt hvordan de er med på å påvirke vår helse og velvære.



Er du avhengig av inntekten din?

Tjener du **400 000**,
får du **264 000** fra NAV som ufør.

Tjener du **500 000**,
får du **330 000**.

Tjener du **600 000**,
får du **367 000**.

De fleste som blir uføre ønsker å leve livet omtrent som før. Holder økonomien til det? Hvis ikke, bør du kontakte oss mens du fortsatt er frisk.

Ergoterapeutene har sannsynligvis de rimeligste forsikringene for å kunne beholde levestandarden din, også som ufør.

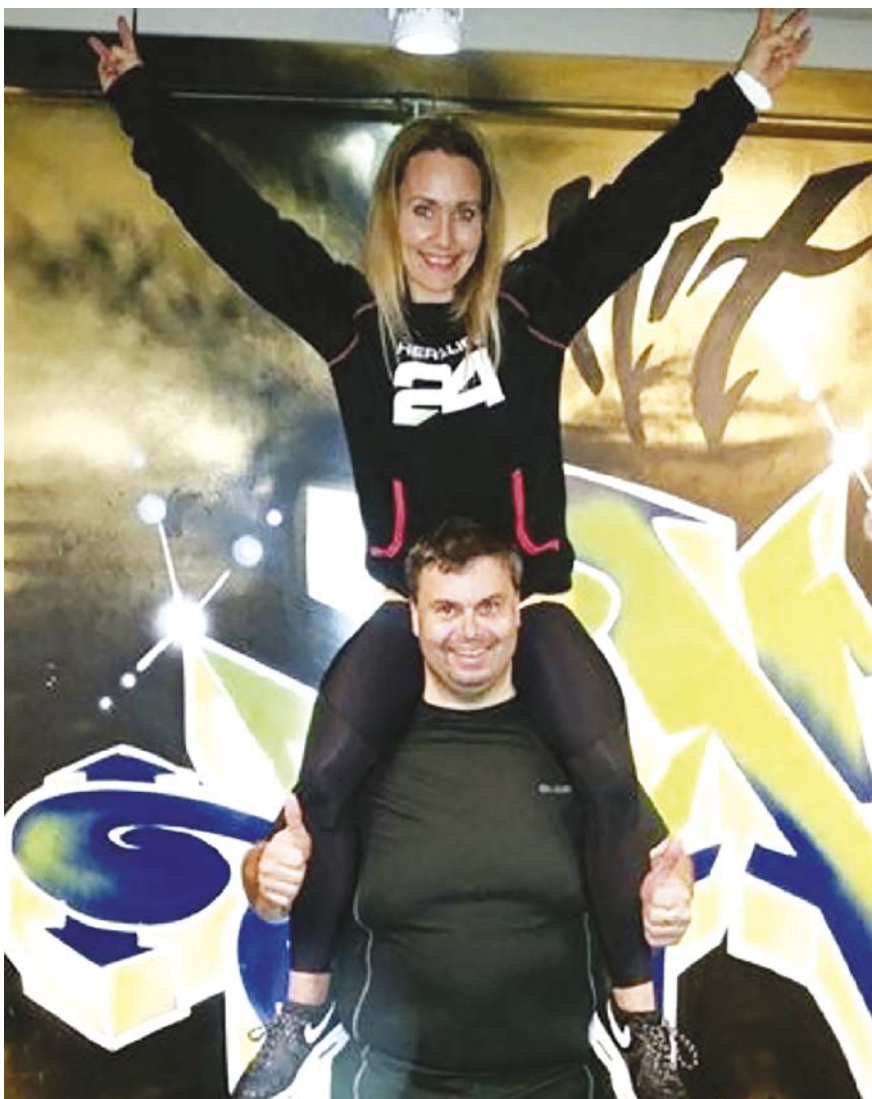
Kontakt oss i dag!

**PS: Ektefelle/samboer
kan også kjøpe disse
forsikringene!**

Arbeidshelse, tjukkas og ergoterapeuten...

Rune Glørstad veide 225 kilo da ergoterapeut Heidi Hagestande fikk en henving fra NAV om arbeidsevnevurdering. Etter dette første møtet har han gått ned 105 kilo og dokumentert prosessen på Tjukkasbloggen.no. Heidi har fungert som inspirator og heialeder. Hun har også gjestet bloggen hans.

Av Hedi Hagestande og Rune Glørstad



Heidi: Som ergoterapeut er jeg med årene blitt godt vant med å møte mennesker med ulike behov og utfordringer. Alle har sin unike bakgrunn og bagasje som gjør at dem til nettopp det mennesket de er. Rune var en av disse, men samtidig noe uvanlig. Før første møte leste jeg meg opp på bestillingen fra NAV, arbeidsevnevurdering og sykdomshistorikk. Jeg anser det som viktig å sette meg inn i hvem jeg skal møte på forhånd, men aller viktigst var det å møte Rune akkurat der han var. Det er lett å lage seg tanker som ikke nødvendigvis stemmer. Og jeg må innrømme at forventningene mine ikke var i tråd med hva jeg møtte. Allerede i første samtale ble rollen min å skape tillit og trygghet for å lage en god prosess for avklaringen vi hadde foran oss. Jeg var innstilt på å møte Rune med respekt, imøtekommenhet og humor om det lot seg gjøre. Men når du møter en person på 190 kg, kan du ikke unngå å ikke lure – eller? Hvordan i huleste klarte han dette? Hva har skjedd? Hvorfor gjør han ikke bare noe med det?

«Ingen blir god alein»

Rune Glørstad og Heidi Hagestande

Dette var spørsmål som surret i hodet mitt.

Rune: Så var dagen kommet. Jeg skulle møte en ergoterapeut. Jeg hadde gått ufør i snart ti år. Den hadde hatt mange titler denne uførheten, som tidsbegrensa ufør, avklaring og attføring. Jeg likte tidsbegrensa best, for det var mest forklarende for både meg selv og de rundt meg. Ufør, men ikke for alltid, på en måte. Hva i all verden er en ergoterapeut, var min første tanke. Sikkert ei dame med kort hår på den ene siden, trehvit skulderveske og lilla skjerf. Er det en mann, så er håret like langt på begge sider, men han har skjegg, det er jeg helt sikker på. Skulderveska og skjerfet er nok på plass hos mannen også! Jeg var forutinntatt, slik som vi mennesker er. Hva er det disse skal hjelpe meg med, egentlig? Jeg var lei av å møte ny saksbehandler hos NAV enten hvert år, eller maks annenhvert år. Fortelle om livss-tilsykdommene mine og starte med blanke ark for hver gang. Jeg betraktet ergoterapi som bare en annen avdeling innen NAV. Lite ante jeg den gangen at det skulle være med på å forandre mitt liv. Det var i oktober 2013 jeg møtte «min» ergoterapeut.

Jeg heter Rune Glørstad, er 44 år i dag, og har vært cirka 250 kilo på det tyngste. Jeg var «bare» cirka 190 da jeg møtte ergo. I mitt hode ganske liten, men helt sikkert ikke i hodet hennes. Jeg var nesten fire ganger større enn hun som skulle hjelpe meg. Jeg hadde med papirer fra fysioterapeuten, som kunne fortelle at

begge knærne mine var betente. Jeg følte meg litt som Birger i Otto Jespersens skikkelse når han skal søke om uføretrygd: «Du skal ikke ut i arbeid med det første.»

Betennelsene var bare siste nytt oppå det andre jeg hadde slitt med. Artrose i knær og hofte, dårlig rygg, restless legs, søvnproblemer, generelle søvnproblemer, diabetes, gnagsår på plasser det var vanskelig å komme til, og den verste for meg: impotens.

Så begynte spillet. Spillet der jeg ville fortelle minst mulig om hva som plaget meg, siden jeg følte at det var nedverdiggende. Spillet der hun ville vite mest mulig for å kartlegge livet mitt, og i enden hjelpe meg til et bedre liv. Jeg møtte kampklar og var forberedt på «alt».

Det tok to til tre møter før jeg senka guarden. Det var jo ikke farlig i det hele tatt. For det første hadde hun tid til meg. Samlebåndsfølelsen jeg hadde hos NAV, var fullstendig borte. Jeg var likevel i villrede om hvorvidt jeg var «pasient», «bruker» eller noe i den duren. Ettersom tilliten steg mellom oss, begynte den motiverende fasen. Det skjønte jeg godt. Jeg har drevet på med motivasjon i mange år. Det er likevel lettere å motivere andre enn seg selv. Jeg husker godt hva jeg sa til noen kompiser da jeg var gjennom denne perioden: «De folka er proffe.»

Denne profesjonaliteten er en enorm makt. Makt i den forstand at den er motiverende, og at man føler forståelse for de utfordringene man har. Makt i den forstand at den kan hjelpe mange inn på det rette sporet.



FEDME, OVERVEKT OG TYPE 2 DIABETES

68 prosent av menn og 51 prosent av kvinner over 40 år har overvekt eller fedme. Det er en sammenheng mellom overvekt og diabetes. Minst 265 000 har diabetes, som utgjør den største folkesykdommen i Norge.

Heidi: Målet var å avklare arbeids-
evne. Jobben min skulle være å
lete etter krefter, evner og møn-
stre hos Rune som kunne benyt-
tes, sett opp imot enhver type
arbeid. Fokuset mitt skulle være
arbeidsrettet. Jeg skulle lete etter
gnister og motivasjon og være
den som inspirerte. Erfaringen min
har mangan gang vist meg at det
er viktig å se hele 24-timers-men-
nesket for å forstå hvor stort og
langt unna jobbfokuset er hos per-
sonen. Gjennom samtalen må du
«pakke ut og pakke ut» det som
kan avdekkes, som byggesteiner
for både jobb, helse og fritid. Når
elementene legges på bordet, kan
man snakke om hvilke mål som
er viktige å nå på kort eller lang
sikt, og hva som skal til for å nå
dem, og ikke minst hvor trenger
en bistand fra andre til å kunne
nå målene? Å komme dit krever
tid, ærlig «jabbing» og gjensidig
respekt i prosessen.

Runes historie var unik. På
tross av helseutfordringer og
fortellinger om motgang så jeg
tidlig en mann med glimt i øyet.
Han hadde humor på tross av at vi
snakket om vanskelige ting. Han
var ærlig og la ikke skjul på noe.
Jeg så en mann med drømmer og
framtidsplaner som alle oss andre.
Jeg fant fort ut at han var både
bestemt og sta. Vi hadde våre
diskusjoner, og verre ble det når
jeg skulle ha ham til å jobbe.

Arbeidsevneutredningen besto
av en gjennomgang av Runes
historikk, veiledningssamtaler, hans
egne vurderinger samt reelle tester
og oppgaver som skal si noe om
evner og muligheter for å takle en
ordinær jobb eller andre hensikts-
messige arbeidsrettede tiltak.

Jeg måtte tilrettelegge for akti-
vititet, kartlegge ressurser, mulighe-
ter og tilpasse ut ifra Runes behov.

Gjennom denne metodikken fikk
jeg mulighet til å observere fysiske
forutsetninger for arbeid, uthol-
denhet, bevegelsesmønstre, moto-
rikk, konsentrasjon, oppmerksom-
het, hukommelse samt personlige
og psykiske faktorer for arbeid.

Rune: Det gikk én vei i min
avklaring. Mindre enn ti prosent
arbeidsfør, og Otto Jespersen
dukket igjen opp i hodet mitt:
«Du skal ikke ut i arbeid med det
første». Det viktigste med denne
følelsen var akkurat det siste i
setningen: «med det første». Jeg
ble senere erklært 100 prosent
arbeidsufør. For resten av livet
hvis jeg ville. Kunne sitte hjemme
å se på Netflix, ytre meg politisk
på pc-en, være oppgitt over sam-
funnet, motstander av NAV eller
andre ting.

Det var mot slutten av pro-
sessen «ergoen» brukte tid på
virkelig å motivere meg. «Er det
dette det livet du ønsker deg? Du
er ung enda. Det er viktig å føle
seg nyttig for å ha et godt liv. God
helse er viktig for å ha det bra. Du
skulle hatt deg personlig trener,
du, Rune. Jeg kan godt hjelpe deg
på vei.»

Hun ga meg følelsen av at hun
hadde trua på meg som mennes-
ke. Det var den mest fantastiske
pakken hun ga meg på vei ut
døra fra kontoret hennes. Samti-
dig hadde jeg følelsen av at jeg
hadde fått noe verdifullt, nemlig
tid og ro i hodet mitt.

Heidi: Rune med sin personlighet
og utfordringer vekte noe i meg.
Omsorg, det å hjelpe, få ham til å
lykkes, inspirere til å ta grep om
sin egen helse, og skape livsstil-
sendring. På tross av å være så
bestemt fikk jeg inntrykk av at han
hadde feilet så mange ganger og
gitt opp. Men jeg kunne se langt

der inne at han hadde potensialet
til å klare det. Når du bygger hel-
se, bygger du også arbeidshelse.
Hvis han bare kunne bruke denne
staheten til noe fornuftig.

Rune: Jeg startet året 2014 med å
tenke langsiktig. For å få god helse
måtte jeg ned i vekt. Jeg kontak-
tet en personlig trener sommeren
2014, og i september var vi i gang.
Hele tiden hadde jeg det Heidi
hadde sagt til meg, i bakhodet. Jeg
la henne til på Facebook nesten et
år etter. Fortalte at jeg var i gang
med Prosjekt Livsstil. Mitt store mål
var å gå på truger før vinteren var
over. For å klare det måtte jeg gå
ned til cirka 160 kilo. Trugene skulle
jeg nemlig feste på føttene selv.
Jeg skrev til henne at jeg ville bevi-
se at det bodde noe i meg. Beviset
at hun hadde rett. 14 februar 2015
gikk vi trugetur på 43-årsdagen
min. Det var den flotteste gaven
jeg kunne få.

Etter dette har hun stilt opp på
treningen som brakte meg over
50 kilo ned etter jeg møtte henne.
Hun stilte på min første skitur på
over 24 år nå i vår. Jeg gikk Skar-
verennen i april i år. Hun har vært
tilstede og hørt meg på foredrag
flere ganger. Det betyr utrolig mye
at du har folk rundt deg som har
trua på deg, og ikke minst gjør at
man får trua på seg selv. Jeg er
fullstendig klar over at det kanskje
ikke er helt vanlig at forholdet
ergoterapeut og «bruker» utvikler
seg til et nært og godt vennskap,
men det får vi ta som en bonus.
Det viktigste er den innflytelsen
dere kan ha. I dag vet jeg at hun
godt kunne hatt kort år på den
ene siden, trehvit skulderveske
og lilla skjerf, bare man er dyktig
nok. Jeg skal nå igjennom to-tre år
med løshudoperasjoner og rekon-
valesens, men jeg vet jeg ikke blir
arbeidsufør for resten av livet.



For syk til å være i jobb – for frisk til å være hjemme?

HVORDAN ER NÅ DETTE – EGENTLIG?

Vi arbeider i en etat hvis hovedoppdrag er å få flere folk i arbeid. NAV forvalter Norges velferdsytelser, en tredjedel av statsbudsjettet. Et av områdene NAV forvalter, er sykepengeområdet. Å få ned sykefraværet i Norge har hatt politisk fokus i mange år, og er fortsatt høyaktuelt. I fjor utbetalte NAV 450 900 millioner kroner i trygdeytelser. Av dette utgjør sykepenger 39 534 millioner kroner.

Av Eli Drevvatn Engdal og Linn Marit Remmem



Eli Drevvatn Engdal er ergoterapeut og har siden 2008 jobbet i NAV Sør-Trøndelag med metode-kompetanseutvikling på NAV-kontorene som hovedansvar.



Linn Marit Remmem er ergoterapeut og har siden 2008 jobbet som avdelingsleder ved NAV Midtbyen, hvor hovedfeltet er oppfølging av sykmeldte, tjenester til arbeidsgivere og arbeidsrettede tiltak.

Sykefravær koster mye for den som er syk, arbeidsgiver og samfunnet. For at vi skal kunne opprettholde dagens velferdsordninger er det viktig å redusere disse kostnadene. Som ansatt i NAV er dette en viktig prioritering i vårt samfunnsoppdrag – flere i arbeid, færre på trygd.

NAV vet at fravær fra arbeidsplassen over lengre tid gjør veien tilbake vanskeligere – uavhengig av hva slags sykdom det er. Vi snakker om tre typer sykefravær:

- 1) fravær som skyldes alvorlig sykdom, såkalt hvitt fravær
- 2) fravær som skyldes sykdom og symptomer og gjerne andre faktorer, såkalt grått fravær, og
- 3) urettmessig fravær som ikke skyldes sykdom, såkalt svart fravær.

Dette siste utgjør en meget liten andel, og vil ikke bli berørt videre

i artikkelen. Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser utgjør dermed den største delen av alt fravær, omtalt som det grå fraværet.

All forskning på området oppfølging av sykmeldte viser at å få ned sykefraværet ikke har noen enkle løsninger.

VÅRT PERSPEKTIV:

I NAV i Sør-Trøndelag er vi flere ergoterapeuter fordelt på både fylkesleddet (overordnet ansvar for resultat og fagutvikling), arbeidslivssenteret, hjelpemiddelsentralen og NAV-kontor. Undertegnede har begge jobbet med dette fagfeltet over flere år, og med det bidratt sterkt til den fagutviklingen og satsingene som er gjort i Sør-Trøndelag de siste ti-femten årene. Vårt verdigrunnlag og den kunnskapen vi har med oss som ergoterapeuter, mener vi har formet mye av dette arbeidet.

Vi har en grunnleggende tanke om at aktivitet fremmer helse, og at arbeid som aktivitet er en viktig identitet for voksne i Norge. De fleste mennesker vil og ønsker å jobbe, men har behov for mestring for å få utnyttet sine ressurser. Dette er noen av de viktigste holdepunktene i vårt arbeid. For oss er arbeid som aktivitet sterkt knyttet til evnen til å være selvforsørget. Dette er viktig for å opprettholde velferden i Norge. I årene som kommer, vil vi ha behov både for arbeidskraft og for å redusere utbetalingene av velferdsytelser.

I arbeidet vårt fokuserer vi på funksjon mer enn diagnose. Det gjelder når vi skal forvalte ytelser og virkemidler, og ikke minst når vi skal veilede brukere, NAV-veiledere og arbeidsgivere. Mange av de som er sykmeldt,

har ikke arbeidsgiver, eller de mister arbeidsgiveren underveis. Da er fokus på funksjon, mestring og kompetanse svært viktig for å etablere ny arbeidstilhørighet.

SKUMMELT Å KOMME TILBAKE

Gjennom årene har vi erfart at i sykefraværarbeid gjelder ordtaket «tiden lager alle sår...» Med dette mener vi at når folk er lenge borte fra jobb, gjør det noe med den sykmeldtes oppfatning av seg selv – endring i roller, vaner og identitet. Det blir skummelt å komme tilbake, fordi man blir usikker på om man mestrer oppgavene. Man er fraværende også fra sitt vanlige sosiale miljø på jobb, og man etablerer et liv tilpasset fravær fra jobb og med de helseutfordringene man har. Uten kontakt med arbeidsplassen blir avstanden til arbeidslivet bare lengre og lengre. Dette er en helt normal reaksjon for svært mange. (Lenge i denne sammenhengen er to til tre måneder.)

På bakgrunn av dette har vi stadig hatt drøftinger rundt hva som skal til for å redusere sykefravær? Vi mener at nettopp dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker er nøkkelen til å klargjøre hva som fungerer, og hva det kan tilrettelegges for, mer enn fokuset på diagnose og legeerklæringer. Vi forstår funksjon som en relasjon mellom person og arbeidsoppgaver. Vi må kanskje bli flinkere til å bruke legen som støttespiller, mer enn som premissleverandør, og styrke både arbeidstaker og arbeidsgiver i troen på at de har mye kunnskap om hvordan tilrettelegging kan gjøres. Det er tross alt de som kjenner til hvordan ting har fungert før et fravær, og hva som er rammene

på arbeidsplassen for eventuelle tilrettelegginger.

Samtidig mener vi det er mye å hente på hvordan Ola og Kari Nordmann tenker om sykefravær. Hvorfor er det slik at de fleste blir friskmeldt på en mandag? Hvorfor går vi fra å være 50 prosent arbeidsfør én dag, for så å bli 100 prosent neste dag? Hva med det imellom? Slik vi tenker om funksjon og arbeidsevne, burde den vel utviklet seg mer progressivt? Hvordan kan vi i NAV bruke vår kompetanse til å styrke arbeidsgivere og sykmeldte til å våge å prøve ut arbeidsfunksjonen mer? Som ergoterapeuter vet vi jo at mestring skaper bedre funksjon – dette gjelder også i det ordinære arbeidslivet!

ROLLER OG ANSVAR VED SYKEFRAVÆRSOPPFØLGING

I sykefraværsoppfølgingen er det i hovedsak fire parter som involveres når en person blir sykmeldt: den sykmeldte, sykmelder (vanligvis lege), arbeidsgiver og NAV. I tillegg vil bedriftshelsetjenesten kunne være en viktig støttespiller.

NAV-kontorene har et spesielt ansvar for oppfølging av sykmeldte. I 2001 ble NAV Arbeidslivssenter (ALS) etablert i hvert fylke. Dette er et viktig virkemiddel i avtalen om et inkluderende arbeidsliv. Avtalen er et samarbeid mellom arbeidsgiverorganisasjonene, regjeringen og tillitsvalgte. ALS har som et av sine hovedmål å bidra til redusert sykefravær gjennom å opplyse og bistå arbeidsgiverne i å skape et godt og systematisk oppfølgingsarbeid av sykmeldte i bedriftene. Deres oppgaver vil vi ikke gå nærmere inn på her.

Roller, plikter og rettigheter vedrørende sykefravær er

forankret i lov om folketrygd og arbeidsmiljøloven. Retten til sykepenger forvaltes av NAV og er utløsende for hvilke krav som stilles til de fire partene. Folke-trygdloven har denne hovedregelen for å ha rett til sykepenger, paragraf 8.4 andre ledd:

«Sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer o.l., gir ikke rett til sykepenger. For å få rett til sykepenger skal medlemmet så tidlig som mulig og senest innen 8 uker prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet, jf. arbeidsmiljøloven § 4-6 første ledd og folketrygdloven § 8-7 a første ledd, unntatt når medisinske grunner klart er til hinder for slik aktivitet. Det kan unntaksvis likevel ytes sykepenger utover 8 uker dersom arbeidsrelaterte aktiviteter ikke kan gjennomføres på arbeidsplassen.»

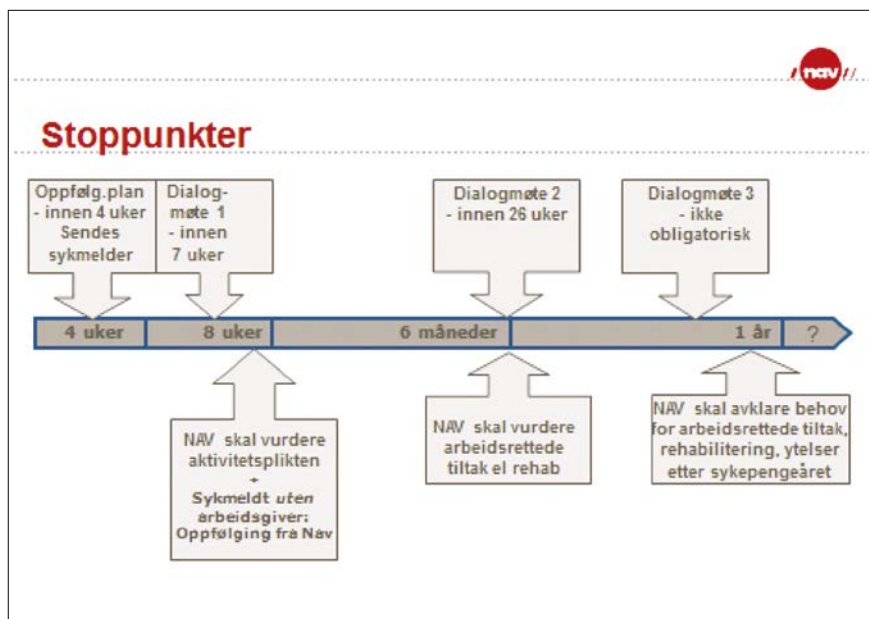
Figur 1 viser en skjematisk fremstilling av de mest sentrale oppfølgingspunktene gjennom et sykefravær.

Arbeidsgiver har ansvar for tidligst mulig å legge til rette for at den sykmeldte arbeidstakeren kan være i aktivitet i virksomheten. Oppfølgingsarbeidet skal kunne dokumenteres og oppbevares i virksomheten. De to første oppfølgingspunktene i figuren har arbeidsgiver hovedansvar for.

Arbeidstaker skal samarbeide og medvirke aktivt til å finne løsninger for å komme tilbake i arbeid raskest mulig

Sykmelder skal motivere til å være helt eller delvis i arbeid hvis det er medisinsk forsvarlig.

NAV er en støttespiller i opp-



Figur 1 viser en skjematisk fremstilling av de mest sentrale oppfølgingspunktene gjennom et sykefravær.

følgingsarbeidet, sjekker vilkårene om retten til sykepenger er oppfylt, utbetaler sykepenger og veileder til aktivitet. NAV har ulike arbeidsrettede virkemidler og skal foreslå å bruke disse der de kan bidra til arbeidsrelatert aktivitet. Som figuren viser, har NAV et spesielt ansvar fra åtte ukers sykefravær. IA-virksomheter kan ved behov få bistand fra NAV Arbeidslivssenter i vanskelige enkeltsaker.

NAV-veilederen skal altså både veilede og kontrollere, noe som kan være en utfordrende rolle å kombinere. Som kontrollør må veilederen ha oppmerksomhet på regelverk og inngangsvilkår for rett til ytelser fra folketrygden (jamfør at arbeidsuførhet skal skyldes sykdom eller skade). På den annen side skal veilederen gi gode råd og motivere både arbeidsgiver og arbeidstaker for å komme tilbake i jobb. Det tradisjonelle fokuset på sykdom og diagnoser kan oppleves å være til hinder for en god dialog om funksjon og muligheter.

VIRKEMIDDELET AKTIVITETSKRAVET

Fordi sykefraværet utgjør en vesentlig del av AS Norges utbetalinger av velferdsytelser, vil en reduksjon av dette være av stor samfunnsøkonomisk betydning. Flere forsøksprosjekter er gjennomført i regi av NAV de siste årene for å teste ut hvilken oppfølging som gir best effekt på reduksjon av sykefravær. De siste to årene har hovedfokuset særlig vært på kravet til aktivitet under sykefravær, det såkalte aktivitetskravet. NAV har dreid innsatsen mot gradert friskmelding i stedet for aktiv sykmelding, som viste seg ikke å føre til nedgang i sykefravær. Virkemiddelet aktiv sykmelding ble avvirket i 2010. Gradert friskmelding gir fokus på hva man kan gjøre på jobb til tross for sykdom eller skade – altså funksjon i arbeidsoppgaver.

HEDMARKSMODELLEN

Et av prosjektene som er gjennomført, er den såkalte «Hedmarksmodellen». Denne ble

iverksatt i Hedmark fylke i 2013 og satte spesielt fokus på NAVs faktiske håndheving av aktivitetskravet ved åtte ukers sykefravær.

Aktivitetskravet ved åtte ukers sykefravær har vært tydelig i lovverket siden 2004, men ikke blitt håndhevet i praksis av NAV. Hedmarksmodellen tok tak i dette og stilte krav til at partene dokumenterte eventuelle unntak fra denne – enten ved at legen dokumenterte at vedkommende var for syk til å være i arbeidsrettet aktivitet, eller at arbeidsgiver dokumenterte at tilrettelegging var vurdert som ikke mulig. Fravær av tilstrekkelig opplysninger ville føre til midlertidig stans av sykepenger inntil tilstrekkelig dokumentasjon forelå. Ved tilstrekkelig dokumentasjon kan NAV gi unntak fra aktivitetsplikten, og personen kunne fortsette å være 100 prosent sykmeldt.

Erfaringene fra Hedmark viste at sykefraværet gikk ned med ti prosent, og utbetalingene ble redusert med 82 millioner i løpet av ett år (2013–2014). I tillegg ble overgangen til den helse-relaterte ytelsen Arbeidsavklaringspenger vesentlig redusert. Landet forøvrig ble derfor av Arbeids- og velferdsdirektoratet sterkt oppfordret til å igangsette oppfølging tilsvarende Hedmarksmodellen.

NAV I SØR-TRØNDELAG VALGTE EN ANNEN INNFALLSVINKEL

I Sør-Trøndelag diskuterte vi grundig hvordan NAV kunne bidra til økt aktivitet i sykmeldingsperioden. Vi har generelt godt samarbeid med legene, og de er flinke til å dokumentere sykdom. At legene skulle bli flinkere til å beskrive sykdom og symptomer for å kunne sette unntak fra aktivitetsplikten, så vi ikke som

et virkemiddel for å øke arbeidsdeltakelse. Vi savnet kontakten med arbeidsgiveren og kunnskap om arbeidsstedets muligheter. Arbeidsgiverne har ikke plikt til å sende oppfølgingsplan til NAV, så ved åtte ukers sykmelding vil NAV ofte ikke ha noe kunnskap om arbeidsoppgaver og forhold på arbeidsstedet. Den sykmeldte lener seg i stor grad til legens sykmelding og kjenner sine egne begrensninger i forhold til egne arbeidsoppgaver og helse. I hvor stor grad den sykmeldte har kontakt med arbeidsgiver og arbeidssted, avhenger av flere forhold, som relasjon mellom sykmeldt og leder, rutiner på arbeidsplassen og sykdommens art.

Veilederne på NAV-kontorene i Sør-Trøndelag har generelt god kompetanse på oppfølging av sykmeldte og mye erfaring i å avholde dialogmøter med arbeidsgivere. Vi sjekket ut med sentrale fagpersoner i fylket om hvilken retning vår innsats for å øke arbeidsdeltakelse for sykmeldte skulle ta. De pekte på at veiledning til arbeidsgivere gir mening og kan bidra til økt aktivitet. Utgangspunktet er at både arbeidsgivere og sykmeldte ønsker aktivitet, men at de av og til trenger hjelp til å finne ut hvordan. Spesielt vil en leder kunne ha behov for lederstøtte for å tørre eller bli tryggere i samtalen med syke medarbeidere: «Hva kan vi spørre om? Hva kan vi foreslå av løsninger? Hva om den ansatte er for syk?» Vi har erfart at lederne sitter med stort ansvar i oppfølgingen av sykmeldte, og at de ofte føler seg usikre i denne situasjonen.

Med dette som bakteppe ble vi enige om å ta en annen inngang til oppfølging av sykmeldte på åtte-ukers-tidspunktet. Vi valgte

å ta kontakt med arbeidsgiverne til de sykmeldte, fordi vi tror at kontakt med arbeidsgiver i større grad vil bidra til å flytte fokus fra:

- diagnose til funksjon – vi leter etter mulighetene for aktivitet, ikke grunner for å gjøre unntak
- lege til arbeidsgiver – tilknytning og kontakt med arbeidsplassen er lurt
- å bli frisk gjennom være i ro, til å bli frisk gjennom aktivitet – aktivitet fremmer helse
- vente og se, til aktiv handling fra NAV. NAV Sør-Trøndelag skal stimulere til kommunikasjon mellom arbeidsgiver og sykmeldt for å øke friskmeldingsgraden.

Vi mener at dialogen mellom arbeidsgiver og den sykmeldte er den viktigste faktoren for å øke arbeidsdeltakelse, og at det normale er at både arbeidsgiver og sykmeldt ønsker dialog og tilbakevending til arbeid.

En av diskusjonene vi hadde før vi iverksatte å kontakte arbeidsgivere, handlet om vi måtte informere den sykmeldte først. Gikk vi bak ryggen til den sykmeldte? Dette er en forståelig innvending dersom samtalen med arbeidsgiver skulle handle om den sykmeldte og den sykmeldtes sykdom. NAV har to brukergrupper – personbrukere og arbeidsgivere. Ifølge arbeidsmiljøloven har arbeidsgiveren ansvaret for å legge til rette for medarbeidere, og den sykmeldte skal aktivt bidra til at dette skjer. Vi har erfart at dette gjøres veldig ulikt, selv om ansvaret formelt er klinkende klart. Vi ønsket å gi arbeidsgiverne veiledning i oppfølgingsarbeidet og fokuserte på hvilke spørsmål veilederne stilte, og hvordan de gjorde det. For eksempel:

- Presenter deg, få deretter be-

kreftet at det er riktig leder du snakker med.

- Forklar bakgrunnen for kontakt – NAV gir hjelp og støtte i sykefraværsoppfølging, og åtte uker er et kritisk punkt i oppfølgingen.
- Hvordan er dialogen med sykmeldt? (Husk taushetsplikten.)
- Hvilke former for tilretteleggingsmuligheter eller alternative arbeidsoppgaver har dere diskutert? Hvilke andre arbeidsoppgaver utføres i bedriften?
- Dialogmøte 1 og oppfølgingsplan – kan vi få tilsendt siste oppfølgingsplan?
- Hvilke tiltak er aktuelle? Er det behov for bistand fra NAV?

I utgangspunktet ble vi enige om å vurdere om noen av de som er 100 prosent sykmeldt, skulle unntas fra dette og få unntak fra aktivitetskravet bare på bakgrunn av de eksisterende opplysningene. Noen unntak er gravide langt ute i svangerskapet, alvorlig sykdom, alvorlige psykiske lidelser med flere.

Som resultat av tilnærmingen vår forventet vi en økning i gradert friskmelding på tolvukerstidspunktet og etter hvert en reduksjon av overgang til arbeidsavklaringspenger.

Etter at vi hadde praktisert denne tilnærmingen i ett år, samlet vi mange av våre veiledere til en erfaringsdag.

Samtlige veiledere informerte om at arbeidsgiverne ble veldig glade for å få telefon fra NAV. De uttrykte overraskelse over hvor positive arbeidsgiverne var over å få hjelp og veiledning i oppfølgingsarbeidet sitt. Noen hadde ikke kontaktet den sykmeldte, ettersom de ikke hadde rutiner for dette, og det var litt skummelt, spesielt når fravær skyldtes psykiske

problemer eller traumer i familien. Andre hadde god oppfølging og god kontakt. Noen tilkjennega at de ikke fikk kontakt med den sykmeldte, og andre var mer avventende. Uansett fikk veilederen gitt rådgivning og veiledning til arbeidsgiveren og tydeliggjort de ulikes partenes ansvar, samt gitt tilbud om bistand fra NAV.

Oppsummeringene fra NAV-veilederne var entydige:

- Vi må gjøre mer av det vi gjør i dag.
- Vi må ringe alle arbeidsgiverne – slutt med unntakene.
- Bruk Arbeidslivssenteret og rådgivende overlege mer.
- Vi må bidra til at alle de fire partene (NAV, sykmelder, sykmeldt og arbeidsgiver) gjør sitt.
- Vi må få legene mer på banen.
- Oppfølgingsplanen må være et levende dokument.

Samtalene dreide seg ikke om sykdom og symptomer. Diagnose var ikke et tema som ble tatt opp med arbeidsgiverne, men hvilke arbeidsoppgaver arbeidsstedet har som det kan være aktuelt å diskutere med den sykmeldte. Det er viktig å fokusere på hva som kan fungere på tross av sykdom. I noen tilfeller fikk arbeidsgiver tips om hvordan han kan forberede best mulig tilbakekomst når den sykmeldte er frisk nok – det kan være om flere måneder. Dette kan også forsterke relasjonen mellom partene. Funksjon er relasjon mellom arbeidsoppgaver og person, ikke knyttet til person alene eller arbeidsoppgavene alene, og derfor blir dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker så viktig.

Hvis det er tvil om hvorvidt arbeidsoppgavene vil forsterke sykdom, opplever vi å få tydelige svar fra legene når vi stiller spørsmål om hvorvidt aktiviteten

vil være til skade.

Når vi vet at størstedelen av sykefraværet skyldes muskel-, skjelett- og psykiske lidelser, er kontakten med arbeidsplassen noen ganger helt avgjørende for retur til arbeid.

AVSLUTNING:

Sør-Trøndelag har over tid ligget jevnt over landsgjennomsnittet i bruk av gradert sykmelding. Etter at vi som første fylke i landet startet med vår tilnærming, har andelen graderte sykmeldinger økt og ligger nå i snitt på over 50 prosent ved tolv ukers sykmelding i Sør-Trøndelag. Samtidig har vi en betydelig nedgang i arbeidsavklaringspenger, langt over gjennomsnittet for landet. Det er ikke bare kontakten med arbeidsgivere som har bidratt til våre resultater. Veiledernes forståelse av hvor viktig aktivitet er for helsen, gir dem et bedre grunnlag for å veilede og skape bevegelse i sakene. I tillegg klarer veilederne tidligere å identifisere de sakene som er mer sammensatt og hvor NAV og eventuelt lege bør samarbeide tettere med arbeidstaker og arbeidsgiver for å finne felles løsninger.

Vi erkjenner at aktivitet er viktig. Et velfungerende samarbeid om å finne løsninger er også avgjørende for å identifisere hva som gir arbeidstakeren gode rammer for å bruke arbeidsevnen sin, samt gi arbeidsgiver nyttig og relevant arbeidskraft.

Ergoterapeutens forståelse av aktivitet som både middel og metode har fulgt oss begge i alle år. Denne kunnskapen har vi tatt med oss inn i arbeidet i NAV, og vi ser at ergoterapeutkompetansen er viktig for utviklingen av fagfeltet oppfølging sykmeldte. Den er viktig i all oppfølging for å bidra til økt arbeidsdeltakelse.

ET SLAG FOR ETT NAV

Ergoterapeuter fra flere områder i NAV underviser på ergoterapeututdanningen.

Av Ann Kristin Løe

Gjennom flere år har vi utviklet og gitt tilbud om forelesninger fra NAV til ulike utdanninger. Det har i hovedsak vært utdanninger innenfor helse- og sosialfeltet. Vi har ofte benyttet medarbeidere fra NAV som har samme utdanningsbakgrunn som den utdanningen man gir undervisning til. Dette gir mulighet for å reflektere over egen praksis i NAV med utgangspunkt i egen fagbakgrunn. De som underviser, blir rollemodeller for hvordan de nye studentene kan benytte kompetansen sin på ulike måter i NAV.

Vi har i det siste funnet noen spennende samarbeidsformer på dette som vi synes er meningsfulle både for de som deltar med undervisning fra NAV, og for studentene. NAV Sør-Trøndelag har en egen faggruppe for forskning og utdanning som samler erfaringer fra dette arbeidet og kvalitetssikrer bidrag fra NAV. Faggruppen har foretatt en undersøkelse med studenter som har hatt praksis i NAV. Den viser at studentene som har fått erfaring med å være i praksis i NAV, er mer positive til NAV enn det de var før praksisperioden. Vi erfarer at det er flere som har blitt kjent med NAV gjennom praksis og undervisning som kan tenke seg å jobbe i NAV i fremtiden. Uansett er det yrkesgrupper som kommer til å ha en fremtidig samarbeidsrelasjon til NAV.

OPPDAG FRA ERGOTERAPEUTUTDANNINGEN

Et eksempel på dette er et oppdrag vi hadde for ergoterapeututdanningen i november. Temaet var arbeidsinkludering, og det var fire ergoterapeuter som lagde et heldagsopplegg for studenter fra tredje klasse ergoterapi:

- fra fylkesleddet, om NAVs samfunnsoppdrag, Ann Kristin Løe
- fra kjerneoppgaver i NAV med vekt på supported employment, Mads Ødegaard
- fra NAV-kontor med vekt på arbeidsevneetodikk, Torill Skjetne Selnæs, og
- fra Hjelpemiddelsentralen, med vekt på muligheter for tilrettelegging for økt arbeidsinkludering, Eli Hulbækdal.

Forelesningsdagen fra NAV for ergoterapistudentene ble lagt opp slik at vi brukte ett gjennomgående case med en bruker som fikk hjelp av flere enheter i NAV. Vi brukte et reelt case, og brukeren hadde samtykket til dette og syntes det var positivt å bidra med å stille opp med full identitet i beskrivelsene som ble brukt i undervisningen.

På denne måten fikk vi vist både kompleksiteten i NAVs tjenestespekter og betydningen av å se hele mennesket på tvers av ulike arbeidsprosesser og tjenestetilbud vi har i NAV og hvordan vi samarbeider på tvers i etaten. Det ble lagt opp til mye gruppearbeid og refleksjon.

NYE SAMARBEIDSMULIGHETER

Vi som presenterte hver vår del av caset, oppdaget også nye samarbeidsmuligheter oss imellom og snakket om at vi fortsatt har mye å hente på å jobbe mot å bli ett NAV. Å jobbe med gruppeoppgaver og case engasjerte studentene.

Tilbakemeldingen fra studentene var at det var spennende å få presentert NAV på denne måten. Flere av studentene uttalte at de kunne tenke seg å jobbe i NAV i fremtiden.



Ergoterapeuter som slår et slag for ett NAV. Fra venstre: Torill Skjetne Selnæs, Eli Hulbækdal, Mads Ødegaard og Ann Kristin Løe.

Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, organisasjoner og arbeidsmarkedsbedrifter

Våren 2014 samarbeidet Kognitiv rehabiliteringsenhet (KReSS) ved Sunnaas sykehus HF (Sunnaas) og en arbeidsmarkedsbedrift i Kongsberg om arbeidsutprøving og tilbakeføring til jobb for en pasient med kognitive vansker. Dette positive samarbeidet ble starten på tettere kontakt mellom partene og et felles ønske om kompetanseutvikling og kompetansespredning rundt tilbakeføring til arbeid etter hjerneskade.

Av Christina Mol Slettenes og Nina Braathen

Det hele startet med at en ergoterapeutkollega på KReSS samarbeidet med ASVO i Kongsberg om tilbakeføring til arbeid for en pasient med kognitive vansker etter hjerneskade. ASVO AS er en tjeneste- og produksjonsbedrift med tilrettelagt arbeid for personer med ulike funksjonsutfordringer. Samarbeidet var så tilfredsstillende at lederen i ASVO, som også var styremedlem i Norsk Attføringsforum (NOA), informerte styret i NOA om dette. NOA er et tverrfaglig nettverk for alle som jobber med arbeidsliv, attføring og sykefraværsoppfølging. NOA er i tillegg høringsinstans for Arbeids- og sosialdepartementet. Styreleder i NOA, som også var teamleder i arbeidsmarkedsbedriften Ilas i Oslo, tok deretter kontakt med Sunnaas for å undersøke muligheten for et videre samarbeid om tilbakeføring av brukere til arbeidslivet.

SAMARBEIDET STARTER

I juni 2014 kom det i stand et møte med representantene fra NOA og nøkkelpersoner fra KReSS og Avdeling for vurdering ved Sunnaas. Formålet med møtet var å etablere gjensidig kontakt samt å se nærmere på hvordan man kunne benytte hverandres kunnskap og erfaringer for å få pasienter med kognitive vansker tilbake til arbeid. Videre var ønsket at fagpersoner fra Sunnaas kunne bistå med undervisning om kognitive vansker. Det var aktuelt at vi på en konferanse i regi av NOA høsten 2014 i Bergen presenterte kunnskap og erfaringer om kognitive utfall, samt tilrettelegging av arbeidsplass for denne pasientgruppen.

NOA ville videre bidra med informasjon om organisasjonen sin og medlemmene sine, og om hvordan en arbeidsmarkedsbedrift fungerer. I september 2014 fortalte de om virksomheten sin og om arbeidsmarkedsbedriften Ilas i Oslo på et fagmøte for

ergoterapeutene ved Sunnaas. Vi ble kjent med at Ilas arbeider med mennesker i utvikling, arbeidsliv, attføring samt personalarbeid og sykefraværsoppfølging. De informerte konkret om arbeidet med brukerne sine med ulike diagnoser og utfordringer. Blant annet kartlegger Ilas ressurser og interesser og gir brukerne mulighet for å prøve ulike yrker. De veileder og utdanner brukerne og hjelper dem tilbake til aktuelt arbeid med hensiktsmessig tilrettelegging. Etter fagmøtet var det tid til spørsmål og erfaringsutvekslinger mellom fagpersonene fra NOA og Ilas og ergoterapeutene fra de ulike avdelingene ved Sunnaas. Dette var svært nyttig, og tilbakemeldingene fra kollegaene var positive.

BESØK VED ILAS

For å bli bedre kjent med Ilas' virksomhet og få et konkret bilde av og mer kunnskap om deres arbeid hadde vi et ønske om å besøke Ilas. Dette anså vi som nyttig kunnskap for vårt eget arbeid med ervervet hjerneskade og kognitive utfordringer ved avdelingene KReSS og Vurdering. Ilas ønsket til gjengjeld informasjon om kognitive utfordringer ved hjerneskader, om Sunnaas' rehabilitering av denne pasientgruppen og om tilrettelegging for deres vansker. Vi utarbeidet en forelesning som ble holdt for de ulike fagpersonene på Ilas. Vi fikk konstruktive tilbakemeldinger på tema og innhold, noe som hjalp oss til å spisse foredraget mot de aktuelle samarbeidspartnerne på NOAs høstkonferanse.

NOAS HØSTKONFERANSE

Hovedtemaet på NOAs høstkonferanse 2014 var «Hvordan inkludere personer med skjulte hindringer i fremtidens arbeidsmarked». Denne gruppen står for en stor og økende andel av sykmeldinger og mottakere av arbeidsavklaringspenger. Konferansen

hadde fokus på hvordan vi kan inkludere og legge til rette for disse personene. Andre konferansetemaer var «å bli mitt beste jeg – uansett utgangspunkt», «arbeidsglede gir håp» og «vellykkede prosjekter for tilbakeføring til arbeid». Konferansedeltakerne var fra ulike arbeidsmarkedsbedrifter i hele landet, NAV-kontor, fagpersoner fra sykehus og spesialisthelsetjenesten samt arbeidsgivere fra forskjellige yrkesområder. Til stede var også representanter fra opplæringsinstitusjoner, fagorganisasjoner og brukerorganisasjoner. Vi deltok gjennom den to dager lange konferansen og traff deltakere, utvekslet erfaringer og knyttet kontakter.

Vårt innlegg på høstkonferansen hadde tittelen «Hvordan tilrettelegge i arbeidslivet for de med moderat kognitiv svikt?» Målet med presentasjonen var å gi en innføring og økt læring om hjernen og hva den gjør, samt informasjon om kognitiv rehabilitering og vurdering av arbeidsevne ved Sunnaas. Vi ønsket at konferanseinnlegget skulle gi innblikk i hvordan kognitiv svikt gir usynlige skader som påvirker hverdagsliv og arbeidssituasjon. Vi presenterte tiltak, tips og råd ved ulike kognitive utfall, samt hvordan man kan ta hensyn til dette ved tilbakeføring til arbeid. Vi avrundet innlegget med presentasjon av aktuelle kliniske eksempler fra vårt arbeid. Den muntlige tilbakemeldingen fra flere deltakere var at innlegget tilførte aktuell og nyttig kunnskap innen konferansens hovedtema. Dette ble bekreftet av en spørreundersøkelse som ble besvart i etterkant.

Den positive responsen fra høstkonferansen resulterte i en forespørsel om å gjenta forelesningen på en samling for Arbeidsgiverforeningen for Vekst- og atføringsbedrifter (ASVL). ASVL er arbeidsgiver- og interesseforening for cirka 220 av landets vekst- og atføringsbedrifter. Medlemsbedriftene bistår hvert år flere tusen mennesker på veien til ordinært arbeid og tilbyr varig tilrettelagt arbeid for personer med uførepensjon. Fremlegget ble gjennomført på fagkonferansen deres i Haugesund våren 2015, og responsen var også her svært positiv. Konferansen hadde fokus på «Riktig kunnskap – riktige fremtidsvalg for Vekst- og atføringsbedrifter». Temaene var blant annet inkludering av fremmedspråklige og ungdom i arbeidslivet, og det ble også satt fokus på arbeidsglede og bruk av mindfulness som verktøy i arbeidslivet.

DELE KUNNSKAP MED EGNE KOLLEGAER

Forelesningene våre og erfaringen og kunnskapen vi har opparbeidet oss gjennom prosjektet, delte



Sunnaas sykehus.

vi i etterkant i et fagmøte for ergoterapeutene ved Sunnaas. En rekke fagmøter ble satt av til temaet «arbeid» for å øke fokus, presentere oppdatert kunnskap og utveksle erfaringer om emnet. Tilbakemeldingene var at dette opplevdes nyttig i rehabiliteringsarbeidet på alle avdelingene ved Sunnaas, uavhengig av diagnoser.

ERFARINGER

Gjennom samarbeidet med ulike instanser innen arbeids- og atføringsfeltet fikk vi nye kontakter og større nettverk. Vi opplevde å kunne fordype oss i faget, samt utfordre oss selv ved å undervise for større forsamlinger. Vi har lært mye om ulike organisasjoner og har fått fremme vårt eget fag og arbeidsfelt. Erfaringen er også at ergoterapeutene ved Sunnaas er raskere til å involvere både NAV og ulike arbeidsmarkedsbedrifter i rehabiliteringsarbeidet. Ved at man har mer kunnskap om hverandre, oppleves det enklere å ta kontakt for å samarbeide. Videre opplever vi økt pågang fra pasienter med ervervede hjerneskader som tidligere ikke har fått hjelp med sine kognitive vansker i rehabiliteringen. På begge konferansene fikk vi tilbakemeldingen at mange av våre tiltak ville være hensiktsmessige også for personer med ulike psykiske vansker, diagnoser innenfor autismespekteret, ADHD og/eller atferdsproblematikk.

Vi ønsker gjennom dette innlegget å formidle hvordan et konkret samarbeid rundt en pasient endte opp med å bli et større samarbeidsprosjekt med positivt utbytte for alle involverte parter. Ved å dele vår erfaring fra samarbeidet håper vi å oppfordre andre ergoterapeuter til å benytte tilsvarende ressurser i nærmiljøet sitt for å bistå brukerne sine i tilbakeføring til arbeidslivet.



ARBEID ER BRA BEHANDLING

– Kognitiv arbeidsrehabilitering hjelper mennesker med schizofreni å få jobb – og stå i jobb, sier Helen Bull.

Av Else Merete Thyness

Hun er ergoterapeut og stipendiat i forsknings- og utviklingsprosjektet «Jobbmestrende oppfølging».

POSITIVE OG NEGATIVE SYMPTOMER

Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse som vanligvis rammer unge mennesker.

– Sykdommen minsker muligheten deres til utdanning, yrke og et sosialt liv. Samtidig ønsker de seg, som de fleste andre, et «normalt» liv med jobb, kjæreste og et eget sted å bo, sier Bull.

Schizofreni karakteriseres av positive og negative symptomer. Innunder de positive kommer hallusinasjoner og vrangforestillinger. De negative handler om apati og

Helen Bull er stipendiat i forskningsprosjektet «Jobbmestrende oppfølging», som prøver ut kognitive metoder i arbeidsrehabilitering for personer med psykoselidelser.

manglende kommunikasjon av følelser gjennom kroppsspråk og mimikk. Samlet sett vil mennesker som lider av schizofreni oppleve tilbaketrekning og isolasjon, og de får problemer på skole og i arbeidslivet.

– Mye av tidligere forskning på mennesker med schizofreni har konkludert med at arbeid er belastende for dem, men jeg mener at man da undervurderer påkjenningen med å være arbeidsledig og stå utenfor samfunnet, sier hun.

JOBBMESTRENDE OPPFØLGING

«Jobbmestrende oppfølging» er et samarbeidsprosjekt mellom helsevesenet og NAV som prøver ut kognitiv arbeidsrehabilitering for personer med psykoselidelser

«Arbeid er helbredende»

Helen Bull

i seks fylker. Deltakerne får hjelp til å avklare hva slags arbeid som er mulig, og hvilke jobber som finnes. Deretter får de arbeidstrening, enten i en tiltaksbedrift eller hos en ordinær arbeidsgiver. De har også en jobbkonsulent som følger dem tett på veien ut i jobb. Ett mål med prosjektet er å teste ut to oppfølgingsmetoder.

– Deltakerne får enten kognitiv adferdsterapi eller kognitiv trening to timer i uken i seks måneder.

Kognitiv adferdsterapi baserer seg på prinsippet om at tanker, følelser og handlinger henger sammen. Blant annet får deltakerne erfaring med systematisk problemløsning og med å gjenkjenne og skille mellom tanker, følelser og reaksjonsmåter. Målet er at de skal bruke metodene hvis det oppstår problemer på arbeidsplassen.

Kognitiv trening handler om at kognisjon kan øves opp. For eksempel får deltakerne PC-baserte oppgaver som retter seg mot oppmerksomhet, hukommelse og konsentrasjon.

– Så langt har både kognitiv adferdsterapi og kognitiv trening vist seg å være nyttig. Begge metodene kan styrke deltakernes evne til å mestre utfordringer og krav på arbeidsplassen. Vi mener at det er en av nøkkelkriteriene for suksess at jobbkonsulentene er opplært i disse teknikkene, sier Bull.

FORSKER PÅ APATI

I sin del av prosjektet fokuserer Helen Bull på hvilken effekt kognitiv adferdsterapi kan ha på apati,

et vanlig negativt symptom hos mennesker med schizofreni.

– Det er en gjengs oppfatning at apati har alvorlige konsekvenser for personene og gjør det vanskelig å mestre en jobb. Men min erfaring er at man gir opp for lett, og at med rett aktivitet kan man vekke motivasjonen hos disse menneskene og gi dem håp om at de skal lykkes.

Hun forteller at i prosjektet har de hatt suksess med å øke støtten til deltakerne når de kommer ut i jobb.

– Det er belastende å starte opp i arbeid. Da er det til stor hjelp å ha en jobbkonsulent som følger deg opp og kan være med på jobb. Hvis oppfølgingen er god nok, er ikke apati et hinder for å mestre jobben.

Et annet suksesskriterium er god tilrettelegging av arbeidsplassen.

– Overfor arbeidsgiveren vektlegger vi ikke schizofrenidiagnosen, men de helt spesifikke kognitive utfordringene deltakeren har. Da kan arbeidsgiveren legge til rette for de reelle funksjonelle problemene.

ARBEID SOM BEHANDLING

Helen Bull er ikke i tvil om at arbeid er bra for de aller fleste.

– Arbeid er helbredende. Du får oppleve den tilhørigheten til felleskapet som arbeid gir. Med jobben følger også lønn, og med det mulighet til å få lån og en bolig. Innen psykisk helsevern bør vi tenke på arbeid som en del av behandlingen.

JOBBMESTRENDE OPPFØLGING

Jobbmestrende oppfølging er et samarbeidsprosjekt mellom NAV, Helsedirektoratet og Oslo universitetssykehus, og det tilbys i Nord-Trøndelag, Oppland, Oslo, Buskerud, Telemark og Vest-Agder fylker.

Målet er å legge til rette for at deltakerne skal komme i arbeid ved hjelp av koordinert samarbeid og oppfølging.

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

Adresse: ADDmedia AS, Boks
9178 Grønland, 0134 Oslo
Sentralbord +47 40 10 05 01
Mobil: 90 03 09 43
Faks: 22 17 25 08
E-post: erik@addmedia.no



Interdisiplinær helseforskning (master - 2 eller 3 år)

Har du interesse for tverrfaglig helseforskning og fagutvikling?

Studiet gir ergoterapeuter solid kompetanse gjennom forskningsbasert undervisning og eget forskningsarbeid i et sterkt tverrfaglig helseforskningsmiljø.

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

www.uio.no/helseforskning-master



UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

STRESSMESTRING lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til **Stressmestringskurset Arbeid og avspenning** 2.-4. mars 2017 på Halvorsbøle.

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

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

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

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

Kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og COPM

20. OG 21. APRIL 2017 KL. 09.00–16.00
OPPFØLGINGS DAG 12. JUNI 2017

Norsk Ergoterapeutforbund arrangerer i samarbeid med Ergoterapeututdanningen i Oslo og Akershus kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og bruk av instrumentet COPM. Formålet med COPM er å avdekke aktivitetsproblemer, få informasjon om betydningen av ulike aktiviteter, og få brukerens vurdering av utførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse. Dette kan danne grunnlag for videre rehabilitering eller evaluere effekten av tiltak. Dette er et klientsentrert standardisert undersøkelsesredskap, der det er utført en rekke studier i forhold til validitet, reliabilitet, sensitivitet og anvendelighet. COPM er særlig aktualisert i forbindelse med Hverdagsrehabilitering, der en starter rehabiliteringsforløpet med COPM.

Faglig ansvarlig: Ergoterapeut/ph.d. Anne Lund, Høgskolen i Oslo og Akershus, Ergoterapeututdanningen

Kurssted: Pilestredet 46, Rom PA311, Oslo

Kurset er åpnet for ikkemedlemmer og andre faggrupper.

Pris for medlemmer kr. 3 000,-, ikke-medlemmer kr. 6 000,- og studentmedlemmer kr.1 500,-
Kurset er meritterende for spesialistgodkjenning med 37,5 timer som ergoterapispesifikt kurs.



Nyttkurs om Arbeidsdeltakelse

Kursene er utviklet av Presenter – Making Sense of Science – og arrangeres i samarbeid med Norsk Ergoterapeutforbund.

MINIKURS: LÆR ARBEIDSPlassVURDERING OVERFOR SYKMELDTE PÅ 1-2-3

Nå kan du delta på et to-ukers minikurs der du lærer om arbeidsplassvurdering (APV) overfor sykmeldte. Bli med å gjøre arbeidslivet mulig for enda flere ved å øke dine ferdigheter i å gjennomføre arbeidsplassbesøk og arbeidsplassvurderinger i tråd med internasjonal forskning og beste praksis! Da vi ønsker å spre mest mulig kunnskap om arbeidsplassvurderinger, vil vi som et introduksjonsstilbud tilby kurset gratis frem til 5.2.17. Etter den tid vil det være kursavgift for å ta dette kurset. For mer informasjon og påmelding: <http://presenter.no/minikurs-arbeidsdeltakelse-trinn1/>

NETTKURS: ARBEIDSDeltakelse TRINN 1: ARBEIDSPlassVURDERING

Den 14. februar 2017 starter vårt skandinaviske nettkurs i Arbeidsdeltakelse. Bli med å gjøre arbeidslivet mulig for enda flere, ved å øke dine ferdigheter i å gjennomføre arbeidsplassbesøk og arbeidsplassvurderinger i tråd med internasjonal forskning og beste praksis!

Kurset tilfredsstiller kravet til å kunne gjennomføre «Arbeidsplassvurdering ved fysioterapeut/ergoterapeut», et tiltak som NAV bestiller og honorerer til godkjente terapeuter i Norge. Det er også meritterende til Ergoterapeutenes spesialistgodkjenningssordning med 120 timer innen alle fagområder.

Kurset er i sin helhet nettbasert/MOOC, slik at du kan studere der du ønsker, og når du ønsker. For mer informasjon og påmelding: <http://presenter.no/nettkurs-arbeidsdeltakelse-trinn1/>



Institutt for helsevitenskap Ålesund
**TVERRFAGLIGE SAMLINGSBASERTE
VIDEREUTDANNINGER**

Er du klar for faglig påfyll?

TVERRFAGLIG VIDEREUTDANNING I ReHabilitering
60 studiepoeng over to år

TVERRPROFESJONELL VEILEDNING
60 studiepoeng over to år

FLERKULTURELL FORSTÅELSE
30 studiepoeng over ett år

ETIKK I PRAKSIS FOR HELSE- OG SOSIALTJENESTEN
15 studiepoeng i høstsemesteret

Søknadsfrist: 15.april
ntnu.no/videre

All undervisning er lagt til NTNU i Ålesund på dag- eller ettermiddagstid.

 **NTNU**
Kunnskap for en bedre verden

«Hverdagsmestring – psykisk helse og rus»

Tjenestetilbudene innen psykisk helse og rus er i endring, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Liggetiden på sykehusene blir kortere, og det skal tilbys et medikamentfritt behandlingsalternativ. Kommunene må utvide sitt tilbud for at flere skal kunne leve et godt hverdagsliv der de bor. Hva skal ergoterapeutenes bidrag i denne utviklingen være?

Kursarrangør: Norsk Ergoterapeutforbund

Kurssted: KS Agenda, Oslo

Tid: 27. og 28. april 2017

Pris: kr 2000 for medlemmer, kr 1000 for tillitsvalgte, studenter og seniorer, kr 4000 for ikke-medlemmer

Påmelding: Ergoterapeutenes kurskalender

Program torsdag 27.april

09.00 – 09.10	Velkommen!
09.10 – 09.45	Samfunnsutfordringer og politiske føringer. Hvor er ergoterapeuters mulighetsrom? Nils Erik Ness
09.45 – 10.30	Erfaringskonsulent, ergoterapeut og pasient – en god kombinasjon? Anne Helene Vedlog.
10.30 – 10.45	Pause
10.45 – 11.20	Kurs i mestring av stress for kvinner. Rønnaug Stensrud, Alna bydel
11.20 – 12.00	Angstmestringskurs. Marianne Furuli. Stange kommune
12.00 – 13.00	Lunsj
13.00 – 13.45	Ergoterapi i kommunalt psykisk helse-1 og rusteam. Silje Kleven Eriksen
13.45 – 14.00	Pause
14.00 – 14.45	Ergoterapi i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, TSB. Hugo Werner Holmboe, St. Olavs hospital
14.45 – 15.30	Hverdagsrehabilitering psykisk helse og rus. Uno Karlsen Høiby, Sandefjord kommune

Program fredag 28.april

09.00 – 10.15	Ergoterapeut og jobbspesialist. Ingunn Myraunet, Vinderen DPS
10.30 – 10.45	Pause
10.45 – 11.20	Arbeid for alvorlig psykisk syke. Helen Bull, HiOA
11.20 – 12.00	Hvordan bruke og kommunisere aktivitetsanalyse? Helen Bull, HiOA
12.00 – 13.00	Lunsj
13.00 – 14.10	Ergoterapi på medikamentfri sykehusavdeling. May-Britt Klaudiussen, UNN
14.10 – 14.25	Pause
14.25 – 15.10	Bruk av ergoterapeutiske kartleggingsredskaper. Hvorfor, hvordan og hvilke? Anita T. Rosmæl, St. Olavs hospital
15.10 – 15.30	Oppsummering og vel hjem

Ikke medlem ennå?
Meld deg inn!

ergoterapeutene.org/innmelding



Har du noe på hjertet?
Delta i debattene!

ergoterapeutene.org/debattforum



ms-forbundet
MULTIPPEL SKLEROSE FORBUNDET

MS-konferansene 2017

Tema: REHABILITERING OG SELVBILDE - MESTRING, MOTIVASJON OG VERDIGHET

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

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

Konferansesteder:

Fredag 5.mai Scandic Seilet Hotel, Molde

Fredag 5. mai Scandic Hotel Maritim, Haugesund

Tirsdag 6. juni Quality Hotel, Sarpsborg

Onsdag 13. september Scandic Hotel, Hamar

Mandag 18. september Scandic Hotel Lerkendal, Trondheim

Tirsdag 19. september Scandic Ambassadeur, Drammen

Onsdag 11. oktober Thon Hotel Sørlandet, Kristiansand

Tirsdag 17. oktober Clarion Hotel the Edge, Tromsø

Torsdag 19. oktober Hotel Farris Bad, Larvik

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



Aktivitet og
deltakelse for alle.

Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem

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

www.ergoterapeutene.org/innmelding



ergoterapeutene

1.BEHANDLING/TRENING

0330

HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING

CYPROMED AS

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

0333

ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKK-FOREBYGGENDE HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

VITAL BASE AS

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

0348

BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSSUTSTYR

BARDUM AS

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

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

0912 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK

BARDUM AS

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

ASTEC AS

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

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.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
KLUBBEN AS
Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
https://www.klubben.no/
Se: http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf. 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

0933 B HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Hev/senk stellebenker/bord, servanter
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no

Y 1 YRKESKLÆR/SKO

PRAXIS ARBEIDS- OG FRITIDSKLÆR AS

Sjøtun Næringspark, 6899 Balestrand
Tlf.: 57 69 24 10, fax: 57 69 24 93
firma@praxis.no www.praxis.no
En ledende leverandør av yrkesklær, fottøy og naturhudpleie

4. FORFLYTNING

1203/1206 GANGHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

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>

– PRODUKTREGISTER –

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

Gåbord
KLUBBEN AS
Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
https://www.klubben.no/trening/g%C3%A5skranker
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
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
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
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
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1221 B RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no
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
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no

1224 TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
PERMOBIL AS
Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com, www.permobil.com
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

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
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona benløfter

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

1803 BORD

ASTEC AS
Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Arbeidsbord/spesialbord, skolepult

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
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Corpoform basispute

1812 SENGER

BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE TILSATSER TIL MØBLER

ADL PRODUKTER AS
Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
ASTEC AS
Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
E-post: post@astec.no www.astec.no
Kjøkken og bad – hev/senk

1818 STØTTEANORDNINGER

ADL PRODUKTER AS
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 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

– PRODUKTREGISTER –

1821

DØR-, VINDUS- OG GARDIN- ÅPNERE/-STENGERE

GEWA AS

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

P.b. 604 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra
individuelle behov

1836

OPPBEVARINGSMØBLER

ASTEC AS

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

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

GEWA AS

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

2109

TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVE- MASKINER OG KALKULATORER

ABILIA AS

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

GEWA AS

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

2110

KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 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

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

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

GEWA AS

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

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

PICOMED AS

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

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Lydoverføringssystemer
GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

VESTFOLD AUDIO AS

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

2142

SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 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

GEWA AS

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

Samtalehj.midler

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

TOBII DYNAVOK

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

GEWA AS

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

2146 HØRSELTEKNISKE HJELPEMIDLER

GEWA AS

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

- PRODUKTREGISTER -

VESTFOLD AUDIO AS

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

2147 SOVEHJELPEMIDLER

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
Kastanjedyngen, Corpoformputene

2148 VARSLINGSHJELPEMIDLER

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

GEWA AS

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

Varslingshj. midler

GN RESOUND AS

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

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 POSISJONERINGSPUTER

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

2151 ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

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

GEWA AS

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

COGNITA AS

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

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

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

Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

GEWA AS

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

Hjelpemidler for omg

PICOMED AS

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 HJELPEMIDLER

SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER

HÅND- OG/ELLER FINGERGREP

ADL PRODUKTER AS

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

ABILIA AS

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

PICOMED AS

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

3003 LEKER

ABILIA AS

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

3006 SPILL

KLUBBEN AS

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

3009 MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

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

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

https://www.klubben.no/

Se: http://www.klubben.no/asp/info.

aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

SUNRISE MEDICAL AS

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

– PRODUKTREGISTER –

KRABAT AS

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

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

ASTEC AS

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

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

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

GEWA AS

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

KLUBBEN AS

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

VESTFOLD AUDIO AS

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

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Posisjonering og trening for små og store barn.
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no

KLUBBEN AS

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

B.ROL

ROLLATORER

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
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
Pb. 604 3412 Lierstranda
Tlf: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
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
KLUBBEN AS
Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
https://www.klubben.no/
Se: http://www.klubben.no/asp/asp/info.
asp?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10
Fax: +47 62 95 06 11
https://www.klubben.no/
Se: http://www.klubben.no/asp/asp/info.
asp?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

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

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

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

KLUBBEN AS

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

KRABAT AS

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

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

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



NYTT - og bredere utvalg!

Alle barn under 135 cm er pålagt å bruke godkjent sikringsutstyr som er riktig i forhold barnets vekt og lengde.

Ekstra støtte og god komfort gir økt trivsel og trygghet

Sikring i bil er veldig viktig. Kun små marginer kan medføre at en skade kan bli så mye mer alvorlig enn nødvendig i et trafikkuhell. Transport i et godkjent bilbarnesete er den sikreste løsningen, også for barn med funksjonshemming. Setet skal kompensere for funksjonsnedsettelsen og posisjonere barnet for å unngå uheldig sittestilling. Med mulighet for tilt, bolstøtte og hodestøtte ivaretas sikkerheten og den ekstra støtten det er behov for. Dreieplate og ISOFIX kan bli en selvfølge i en hektisk hverdag.

- + Godkjente bilseter
- + Opp til 75 kg
- + God støtte



KIDSlover Reha



Hero 360



Starlight Reha



IPAI Reha