

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Temanummer om rehabilitering

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

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. 4 – 1. aug / 28. aug

Nr. 5 – 14. okt / 30. okt

Nr. 6 – 1. des / 24. des

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Unni Sveen / 91 88 47 68

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Tore Bonsaksen / 22 45 25 47

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Marena Brännare – varamedlem

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

Advokat

Berit Førli

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Spesialrådgiver

Anita Engeset

Controller

Mette Jacobsen

Controller

Tove Olsen

Sentralstyremedlemmer

Mette Kolsrud, forbundsleder

Nils Erik Ness, 1. nestleder

Synnøve O. Melseth, 2. nestleder

Solrun Hauglum

Bjørnar Rovde

Reidun Holm

Ragna Gjone

Benedicte Borge Bakstad

Hege Tollås

Tove Settem

Stine Marie Nord Slyngstad, 1.

varamedlem

Hanne Berntsen, 2. varamedlem

Camilla Syvertsen, 3. varamedlem

Blader merket (F) er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen (F)



10



25



82



86

REPORTASJER

- 6 Rehabilitering lønner seg**
Av Else Merete Thyness

- 10 Tilbake etter fallet**
Av Else Merete Thyness

- 28 Innspel: Ikkje hurra, men
neppe streik**
Av Anders Folkestad

- 29 Kultur - aktivitet - helse**
Av Liv Hopen

VITENSKAP

- 70 «Dere skal ikke lage avtaler
om meg, men med meg!»**
Av Eli Langørgen

- 82 Forsker i farten:
Unge voksne med
funksjonsnedsettelser på
utsiden av arbeidslivet**
Av Else Merete Thyness

NY ARENA

- 14 Ergoterapeut i villmarken**
Av Else Merete Thyness

FAGLIG

- 32 Utfordringer og anbefalinger
for rehabilitering og
habilitering**

- 36 En brytningstid i helse- og
omsorgsektoren**
Av Oddrun Linge

- 42 Fra ord til handling**
Mari Klokke, Anne-Lene
Sand-Svartrud og Ingvild
Kjeken

- 50 Karen Whalley Hammell**
Av Marte Feiring

- 56 Tverrfaglig rehabilitering i
hjemmet**
Av Jill Hole og Jon-Håvard
Hurum

- 62 Aktiviteters betydelse
i vardagen för personer
med stroke**
Av Susanne Guidetti, Lisa
Ekstam, Ulla Johansson og
Kerstin Tham

SMÅSTOFF

- 83 Tur-retur arbeidslivet**
Av Liv Grethe Kinn

- 85 Helse og transport**
Av Randi K. Øverland

KRONIKK

- 16 Rehabilitering i kommunene**
Av Inger Johansen

FORBUNDET

- 20 Akseptable oppgjør uten
streik**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

- 22 Foreslår grep for sterkere
forbund**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

- 25 Betaler du for mye i
innboforsikring?**
Av Roar Hagen

- 26 Nye regler for å redusere
ufrivillig deltid**
Av Ine Hagen

PÅ DEN SISTE SIDEN

- 86 Rehabilitation International
Norge**
Av Else Merete Thyness

ANNONSER

- 88 Kurs og stilling**
91 Produktregister
98 Agenturregister

Satser på rehabilitering

I 2013 fikk stadig flere øynene opp for ergoterapeuters kompetanse og det arbeidet som utføres med å trene og tilrettelegge for aktiviteter i brukerens hverdag.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Ved stortingsvalget i fjor gikk alle de politiske partiene til valg med løfte om å ta i bruk hverdagsrehabilitering i kommende periode. I mai i år hadde over 60 kommuner startet opp med hverdagsrehabilitering

På representantskapsmøtet i november i fjor ble det bestemt at Ergoterapeutenes satsingsområde for 2014 skal være rehabilitering. De ønsker å fortsette det gode arbeidet med hverdagsrehabilitering, men i år skal organisasjonen arbeide for å synliggjøre hele rehabiliteringstjenesten.

Hverdagsrehabilitering er rehabilitering og forebygging mens brukeren bor i eget hjem. Terapeutene er i stor grad veiledere, mens selve rehabiliteringen er basert på hjemmetjenestens ressurser. Både rehabilitering i hjemmet og institusjonsbasert rehabilitering er mer spesialisert rehabilitering, og treningen skjer i samspill med brukeren og et eget

rehabiliteringsteam. Det er behov for hele rehabiliteringstjenesten.

Fagbladet har mange flotte bidragsytere i dette temanummeret. For redaksjonen har det vært morsomt å jobbe ikke bare i takt med forbundets prioriteringer, men også med så mange dyktige fagpersoner rundt i landet.

Jeg håper det vil glede leserne like mye.

God sommer!



**METTE
KOLSRUD**
Forbundsleder

Lønn som fortjent?

Et nytt hovedoppgjør er i hovedsak i havn. Vi mener vi har fått et akseptabelt resultat sett under ett og ut fra de gitte rammene. Ergoterapeuter har fått en lønnsutvikling på linje med andre i offentlig og privat sektor.

Norsk Ergoterapeutforbund har forhandlet lønn for medlemmene på fem større tariffområder pluss noen mindre områder. Forhandlingene var kompliserte, og vi kunne ha ønsket oss en større ramme å forhandle om. Mange faktorer spiller inn, spesielt i et hovedoppgjør hvor det ikke bare er penger det forhandles om. Flere av oppgjørene måtte om meklingsinstituttet. Selv om Unio har en sterk streikeberedskap, er vi glad vi slapp å ta den i bruk denne gangen. Nå gjenstår de lokale forhandlingene på flere tariffområder, og der er det en del penger å forhandle om.

I årets oppgjør var det en stor sak å få innført et nytt lønnsys-

tem i kommunal sektor (KS). For arbeidstakerorganisasjonene var det viktig at alle tillegg gitt både lokalt og ved ansiennitetsopprykk skal komme på toppen av den lønna du har. De med lengre ansiennitet kan da etter hvert få tillegg til garantilønna gjennom lokale forhandlinger som videreføres. Dette innføres fra 2015 i KS. Ved neste korsvei kan vi kanskje få dette prinsippet gjennomført også ved helseforetakene.

Men får vi lønn som fortjent? Hvilke forventninger har vi til et lønnsoppgjør, og hvordan skapes disse forventningene? «Utdanning skal lønne seg, og helse- og omsorgssektoren trenger kompetanse», er uttalelser som stadig går igjen, fra politikere, fra Regjeringen, som også er arbeidsgiver, og fra andre arbeidsgiverorganisasjoner. Særlig i forkant av et lønnsoppgjør opplever vi uttalelser om hvor viktig det er med kompetanse for å løse offentlige

velferdsoppgaver. Det skaper forventning.

Tidligere har vi hatt likelønnskommisjonen, som slo fast at kvinne-dominerte yrker i offentlig sektor, spesielt de med fire års utdanning eller mer, ligger lavere enn de med tilsvarende utdanningsnivå i privat sektor. Foran dette oppgjøret hadde vi Holten III-utvalget, som trakk fram utfordringene knyttet til kommunal sektor, der lavlønsprofilen har lagt beslag på en vesentlig del av den sentrale rammen i tariffoppgjørene. Dette skaper forventningene om at utdanning og kompetanse skal lønne seg, og at kjønnsbaserte lønnsforskjeller skal reduseres, uten at dette følges opp i forhandlingene. Dette lover ikke godt for rekruttering av helsearbeidere som trengs i årene som kommer. Når dette ikke løses gjennom forhandlinger, må det følges opp på politisk plan i framtiden.

REHABILITERING LØNNER SEG

Da Erik Berge kom til Presteløkka rehabiliteringssenter, ville han heller ta livet av seg enn å gå inn døren. Etter det tredje oppholdet gikk han ut den samme døren som «en kjekk kar». Så stiftet han Presteløkkas venner. – Dette stedet har betydd alt for meg, sier han.

Nå er Erik Berge og jeg invitert til å delta i salatgruppen – en aktivitet som drives av ergoterapeutene hver onsdag. Den finner sted i det åpne og lyse treningskjøkkenet og samler mange av beboerne. Det trilles ut rundstykker og kuttet til salat, mens Odd Børretzen synger «Noen ganger er det allright» lavt i bakgrunnen.

– Salatgruppen er et lite gullegg. Alle får mulighet til å være med og bidra med sitt på tross av ulike utfordringer. Vi tilrettelegger slik at de får en positiv opplevelse. Selv de som ikke gjør noe, kan sitte her og være en del av fellesskapet, sier Elisabeth Raastad.

Erik trives med å være tilbake på gamle tomter. Det er en utfordring å skrelle egg med én hånd, men han gjør så godt han kan – og eggene blir fine, de.

– Det er mye finmotorisk trening i denne gruppen, og når maten er ferdig, dekker vi til nydelig buffé i kantinen. Den spiser beboerne og personalet sammen. Det er god motivasjon for de som har laget lunsjen, sier Silje Lindberg.



Presteløkka rehabiliteringssenter ligger i naturskjønne omgivelser i Stavern - like utenfor Larvik.



Elisabeth Raastad og Silje Lindberg jobber som ergoterapeuter på Presteløkka, som i alt har 35 ansatte.. – Ingen dag er kjedelig og rutinepreget, sier Elisabeth.

MOTIVERTE OG MÅLRETTEDE

Presteløkka er et enkeltstående, kommunalt rehabiliteringssenter som tilbyr tverrfaglig, målrettet og tidsavgrenset trenings- og aktivitetsopplegg for personer over 18 år – enten i form av døgnplass eller i forskjellige daggrupper. De har 35 ansatte, men noen av disse er deltidsstillinger.

– Kan dere beskrive den typiske pasienten?

– Selv om målgruppen vår er pasienter over 18 år, er den typiske brukeren 75 år eller eldre. Han eller hun har gjerne fysiske funksjonsvansker og lettere kognitiv svikt. Diagnosene kan være brudd, slag, ulike kroniske, langsomt progredierende sykdommer – eller rett og slett funksjonsfall på grunn av aldringen. Noen har vært innlagt på sykehus, andre er henvist hjemmefra etter at fastlegen, hjemmesykepleien, ergoterapeuten eller fysioterapeuten har sett at de har begynt å fallere, sier Elisabeth.

–Og legger til:

– Og den typiske pasienten er motivert og trener målrettet.



Elisabeth Raastad (til venstre) kutter salat sammen med Finn Otterstad og fysioterapeut Mohinder Aggarwal. – Oppgavene tilrettelegges slik at alle får en positiv opplevelse, sier hun.

Et opphold på Presteløkka starter alltid med et målsettingsmøte, hvor pasienten definerer sine egne mål. Ett av disse målene er felles for nesten alle.

– De aller fleste ønsker å fortsette å bo hjemme i boligen sin, sier Silje.

Etter at hovedmålet er bestemt, blir nettverk og andre forhold kartlagt, og pasientene blir blant annet testet i hvordan de klarer å utføre daglige aktiviteter. På grunnlag av dette utformes det så en rehabiliteringsplan som er delt opp i primære ADL-mål, kognitive mål, sosiale mål og fysiske mål.

– Og deretter handler det om å trene på det du ikke mestrer, fra morgen til kveld. Det fine med døgnbasert rehabilitering er at vi kan gjøre en komprimert innsats. Alle som jobber her, følger de samme prinsippene. Hvis du for

eksempel har som mål å bli selvstendig i ADL, så trenes det i alle sammenhenger, ikke bare med fysioterapeut eller ergoterapeut, sier Elisabeth.

EN VANLIG DAG

På spørsmål om de kan beskrive en vanlig dag på Presteløkka, ler de to ergoterapeutene litt. Det finnes tydeligvis ikke en vanlig dag på Presteløkka, men de gjør så godt de kan.

– Dagen starter med morgenmøte for alle faggruppene. Her legger vi planene for dagen. Hver dag er variert, og som regel vet vi ikke hva den bringer før vi står midt oppi den. Etter morgenmøtet er det morgenstell, og hvis en bruker har ett mål som gjør vårt bidrag ønskelig, så deltar vi på det, sier Silje.

I ukedagene starter gruppetreningen klokka ti. Presteløkka har

gode fasiliteter med treningskjøkken og flotte utearealer. Som regel har pasienten ett gruppetilbud hver dag og individuelle avtaler i tillegg til det.

Elisabeth og Silje har ansvar for lunsjgruppen på onsdager, og alle terapeutene deltar i gruppetilbudet på fredager. Utover det fordeles ansvaret for gruppetreningene på morgenmøtet. Litt avhengig av behovene til brukerne som oppholder seg på Presteløkka, kan det dreie seg om gangtrening, balansetrening eller kognitiv trening. Av de individuelle avtalene har ergoterapeutene særlig ansvar for ADL-aktiviteter, hjemmebesøk, oppfølging av hjelpemidler og kognitiv kartlegging. Men som de sier det:

– Vi må ha stor evne til å improvisere og være som en potet.

Innimellom faste avtaler med pasientene gjør de eventuelt



Erik Berge har hatt mange treningsøkter i den store treningssalen på Presteløkka.

kontorarbeid, har kontakt med pårørende, skriver søknader eller deltar i samarbeidsmøte med kommunene hvis en pasient nærmer seg hjemreise. Pluss at Presteløkka også har gruppetilbud for dagpasienter.

- Dette er en jobb som gir en passe blanding av utfordringer og kjente oppgaver, sier Silje.

- Det er sjelden kjedelig på Presteløkka. Jeg tenker på strofene i «Ellinors vise» av Sverre Kjeldsberg: Her er det like morsomt å jobbe som å danse, sier Elisabeth.

DETTE STEDET BETYR ALT

30 juni 2011 la Erik Berge seg ned for å hvile før han skulle på ettermiddagsvakt i Østlands-Posten. Her hadde han jobbet i tretti år som fotograf.

- Da jeg skulle stå opp igjen, ramlet jeg ned fra sengen. Jeg klarte akkurat å få ringt ambulanse, så ble alt svart, forteller han.

Han hadde fått hjerneblødning, og Tønsberg sykehus kunne ikke garantere familien at dette ville gå bra. Selv lå han i en bevisstløs drømmetilstand.

- Jeg drømte om en einstøing oppe i lia, en forholdsvis stygg mann med et halvt hode, og jeg kom stadig nærmere og nærmere han. I ettertid har jeg skjønnet at den einstøingen var meg. Han hadde et halvt hode fordi jeg var lam i halve kroppen.

Gradvis våknet han til bevissthet og så bar det videre til Kysthospitalet. Der begynte han sakte, men sikkert med trening.

- Alt på Kysthospitalet var irriterende, for jeg var jo ikke syk.

Jeg skulle bli frisk igjen. Selv da jeg var ute med de andre pasientene på utflukt, følte jeg meg alene, for jeg hørte ikke til der.

Etter syv uker fikk han plass på Presteløkka. Kona kjørte ham og da de kom fram, så han raskt at de fleste pasientene var eldre enn han.

- Da sa jeg til kona mi: «Jeg vil ikke inn, jeg vil gjøre det slutt.»

Heldigvis tok personalet raskt hånd om situasjonen. En fysioterapeut fikk lokket ham inn i treningssalen og bort til en øvelsestrapp. «Klarer du å ta et trinn opp», spurte hun. Det klarte han. «Da kan du ta ti til», sa hun.

- Sånn begynte det. Alle her hjelper deg å trene slik at du opplever mestring. I begynnelsen av oppholdet hadde jeg en stokk med fire bein. Den sto av seg

Jeg trillet inn i rullestol i august og gikk ut igjen for egen maskin i oktober.

Erik Berge

selv når jeg satte den fra meg. Så fikk jeg en ny, helt vanlig stakk. «Den kommer jeg til å miste», sa jeg. «Da må du bøye deg og ta den opp», svarte terapeuten. Alt handler om å trene og bli bedre. Da jeg reiste herfra etter det tredje oppholdet var jeg rett og slett kjekk.

Han vil gjerne dele en fin episode fra ergoterapien. For en tid tilbake ønsket han seg en elektrisk scooter for å komme seg lettere rundt, men han var opptatt av at ingen skulle skjønne at den var hans.

– Det var flaut at andre skulle se at jeg var syk, og jeg var redd for at folk skulle henge seg opp i hvor dyr den var. Da sa Elisabeth: «Jeg skal hjelpe deg når du har bestemt deg for hvilken sykkel naboen vil ha.» Det hjalp meg over skammen. Nå har jeg en terrenggående rullestol som kommer fram over alt. Jeg har ikke angret et sekund på at jeg valgte den.

Så fornøyd er han med Presteløkka, at han har stiftet Presteløkka Venner.

– Vi er nesten 100 medlemmer, så vi er mange som vil være med å yte noe.

Først og fremst jobber foreningen med å skaffe til veie penger. De har blant annet sørget for at en nærbutikk betaler ingrediensene til det lunsjmåltidet vi nettopp har

vært med på.

– Jeg gjør det fordi jeg har tro på Presteløkka. I år fylte denne institusjonen ti år. Det er ikke snakk om å legge det ned, men det er heller ingen planer om å bygge ut. Det burde det være. Jeg trillet inn i rullestol i august, og gikk ut igjen for egen maskin i oktober. Dette stedet har betydd alt for meg, sier den nylig pensjonerte fotografen.

REHABILITERING LØNNER SEG

Som mange andre kommunale tilbud har Presteløkka vært utsatt for nedskjæringer, og det til tross for at en forskningsrapport tydeligvis viser at rehabilitering gir økonomisk gevinst. Inger Johansen, tilsynslegen ved Presteløkka, forsket på erfaringene fra rehabiliteringssenteret. Studien viser at pasienter med rehabiliteringsbehov som får behandling på Presteløkka har kortere pasientforløp, får høyere funksjonsevne og har mindre behov for sykehjemsplass og hjemmetjenester enn pasienter som rehabiliteres på sykehjem.

– Rehabilitering på rehabiliteringssenter lønner seg helt klart for kommunene. Det er behov for alle ledd i rehabiliteringstjenesten, sier Elisabeth Raastad.

(Se også Inger Johansens kronikk på side 16.)



Resultatet av lunsjgruppa er et nydelig måltid som alle har glede av.



Forskning viser at rehabilitering lønner seg.



TILBAKE ETTER FALLET

Med et VM-gull i lomma var Thorbjørn Brandt et av Norges største talenter i kombinert. Så falt han. Da han våknet etter uker i koma, kunne han verken snakke eller gå. Nå går han andre året på ergoterapeututdanningen i Trondheim. – Jeg kan ikke gjøre det samme som før, men jeg kan gjøre så godt jeg kan, sier 23-åringen.

Et par dager før julaften 2009 var Thorbjørn på vei opp skiheisen i den store hoppbakken i Granåsen – med nye ski. Men noe gikk galt i hoppet. Skibindingen løsnet, han mistet balansen og falt i 90 kilometer i timen. Han brakk hoften og nakken, ble lagt i koma, så fulgte en hodeoperasjon. Etter en tid ble det konstatert skader i nederste del av hjernen.

– Jeg husker verken hoppet eller fallet, men fra hva jeg har blitt fortalt gjorde jeg en salto i luften, forteller han.

HVOR ER JEG?

Han lå lenge i koma og i respirator, og han lå lenge på intensivavdeling på St. Olavs hospital. Disse minnene er også visket ut av hukommelsen hans. Men så ble han flyttet til Lian, avdeling for rehabilitering etter ervervet hjerneskade

– Jeg fikk rom i andre etasje. Det første jeg husker etter ulykken, var at jeg lå i sengen og så ut av vinduet på tretoppene utenfor.

Det føltes som om sengen vogget litt, og jeg tenkte «Hvor faen er jeg?» Broren min satt ved siden av sengen. Etter en stund sa jeg til ham: «Jeg vil av.» Jeg trodde jeg var om bord på Hurtigruten. Der har jeg vært én gang på klassetur i barneskolen.

Det tok lang tid før Thorbjørn forsto hvor han befant seg, og hvorfor han satt i rullestol og måtte ha hjelp til alt.

– Da jeg innså hva som hadde skjedd, raste verden sammen. Jeg var pleietrengende og kunne ikke gjøre noe selv. Det var vanskelig å svelge, vanskelig å snakke, og hvis jeg skulle på do, måtte jeg trekke i en snor. Det var helt umulig å tenke seg å skulle leve sånn resten av livet.

Fra å konkurrere om VM-gull på ski, handlet det nå om å klare å sette seg opp i sengen.

– Den første tiden var det en seier å komme seg opp fra liggende til sittende eller å drikke et glass vann. Det var noe annet enn det jeg var vant til.

Heldigvis hadde han god støt-

te i venner og familie. Broren hans satt ved sengen og spilte gitar dag ut og dag inn.

– Musikken var helt avgjørende for meg. Den inspirerte meg.

TØFF VEI TILBAKE

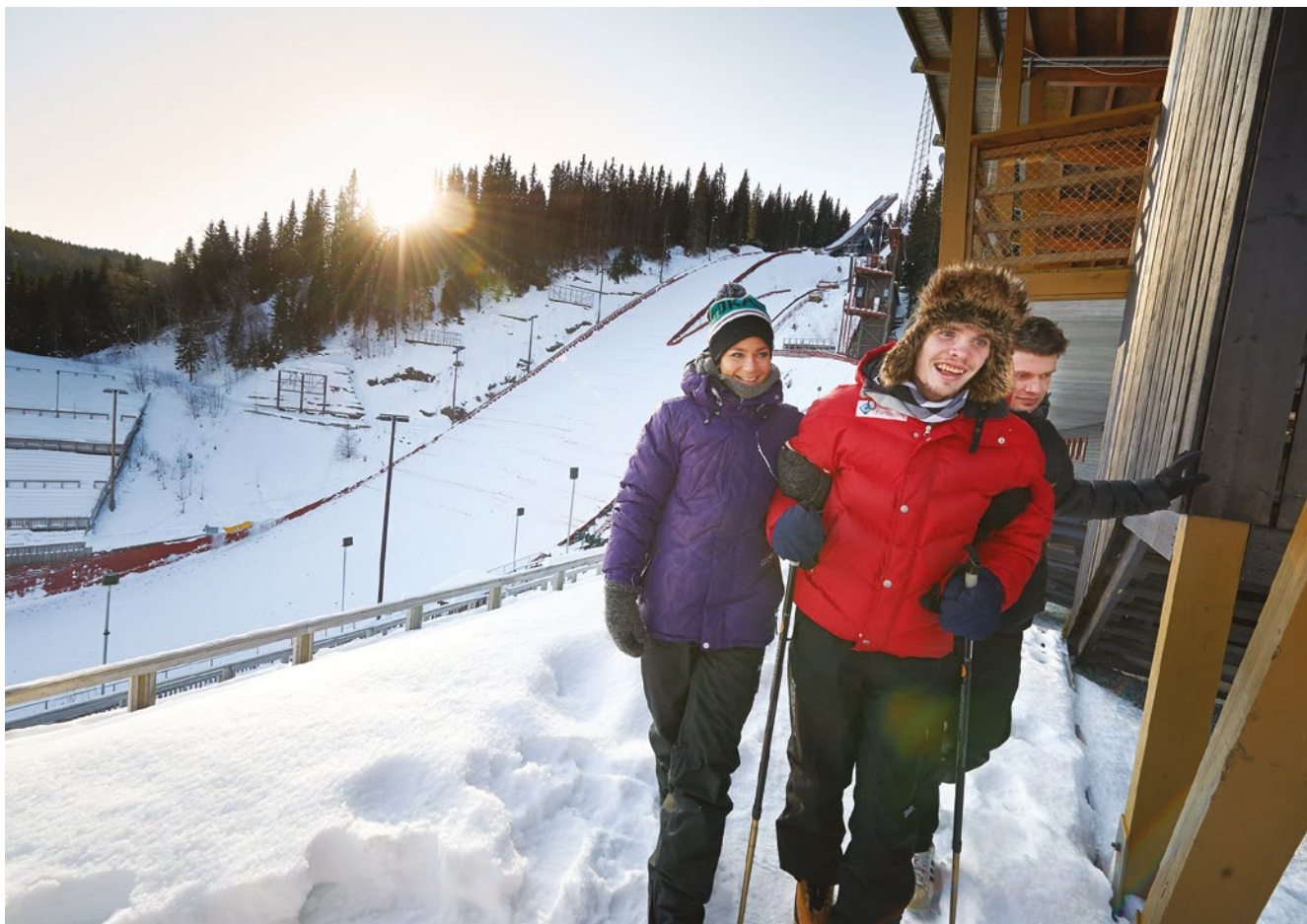
Lian, avdeling for ervervet hjerneskade, gir tilbud om spesialisert rehabilitering for å øke selvhjelpsferdigheter, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. For Thorbjørn begynte nå en ny type hardtrenoing.

– Jeg måtte lære meg alt på nytt igjen. Først handlet det om helt banale ting som å spise maten min og stelle meg selv. Etterhvert ble det mer spesifikk trening.

I tillegg til å styrke muskulaturen i armer og ben, trente han på å finne balansen igjen og å gå. Han hadde også regelmessige timer med logoped. Ergoterapeutene husker han godt. De stilte med aktiviteter som matlaging.

– Det var mer praktisk – og ganske artig.

Det var også to ergoterapeuter



Thorbjørn er tilbake i bakken for første gang sammen med student Thea Gjøl Hagen og ergoterapeut Rune Kalland.

som jobbet med miljøterapi på avdelingen.

– Personalgruppen var fantastiske, men disse to var helt spesielle. Vi gikk turer ut i skogen, og vi bygget gjenstander på verkstedet. Til påsken satte vi gamle hopp ski på en rullestol og brukte den som kjelke.

En av miljøterapeutene ble med Thorbjørn første gang tilbake i bakken også. Han måtte støttes inn i garderoben, og få hjelp til å spenne på seg langrennsskiene, men det var godt å gå på ski igjen.

– Det ble nesten to kilometer skigåing den første dagen. Senere har jeg også stått slalåm. Selv om hoppbakken får stå i fred, har jeg fått luft under vingene igjen, forteller han.

STYRER EGEN HVERDAG

Etter fem måneder kunne Thorbjørn endelig forlate sykehuset. Nå bor han i egen leilighet og styrer hverdagen selv.

– Det er godt å kunne bestemme hva jeg vil gjøre. Det er ikke alt jeg holdt på med før som jeg får til på samme måte – men jeg får det til på et eller annet vis. Jeg gjør det beste ut av det jeg har og kan.

Det som tar mesteparten av kapasiteten hans, er studentlivet. Han går andre året på ergoterapiutdanningen i Trondheim.

– Etter rehabiliteringsoppholdet fullførte jeg videregående skole. Da jeg skulle søke høyere utdanning, falt valget falt raskt på ergoterapi, ikke minst på grunn av

de ergoterapeutene jeg møtte på Lian.

Han ser det som en styrke at han selv har vært gjennom en lang rehabilitering.

– Kombinasjonen av fag og egenerfaring kan være en stor fordel når jeg begynner å jobbe. Hvis jeg i fremtiden møter en bruker på et sykehus eller et rehabiliteringssenter, kan jeg med hånden på hjertet si at jeg vet hvordan det er å være i den situasjonen.

Han får mange aha-opplevelser mens han sitter på skolebenken.

– Jeg kjenner meg igjen i mye av det som det undervises i, og jeg forstår mer av det som skjedde under min egen rehabilitering.



Thorbjørn kommer hjem til full postkasse. Hverdagens gjøremål klarer han nå selv.

Første gang han møtte en ergoterapeut, fikk han en hammer og en planke med en spiker delvis spikret inn plassert foran seg på bordet. «Hva gjør vi nå?» spurte terapeuten. Thorbjørn satte hammeren oppå spikeren.

– I dag er jeg ganske sikker på at dette handlet om kartlegging. Jeg ser rehabiliteringen i et annet lys nå som jeg lærer om det.

MÅL FOR LIVET

Thorbjørns mål er å fullføre utdanningen, fungere i samfunnet og bli så bra som mulig fysisk. Særlig det at han halter, plager ham.

– Det har skjedd at politiet har stoppet meg på gaten når jeg har vært ute på bytur med

venner. De har trodd at jeg var full, og det til tross for at jeg ikke drikker i det hele tatt. Jeg skal være sjeleglad den dagen jeg kan gå som en vanlig mann igjen.

Det krever at han fortsetter å trene jevnlig.

– Før drev jeg med hard intervalltrening, nå går det mest i knebøy, vektløfting og gangtrening.

Innimellom holder han foredrag hvor han deler sin livshistorie med andre. Han får gode tilbakemeldinger.

– Jeg forteller om ulykken og hva jeg har lært av den. Det er min måte å snu noe negativt til noe positivt. Det har skjedd – jeg liker ikke det – men faen heller, jeg skal opp og fram, jeg.

«Jeg skal opp og fram»

Thorbjørn Brandt



NAVN

Rune Kalland

STILLING

Spesialmiljøterapeut

Avdeling Lian på «Ingen grenser»-tur. Rune Kalland er bakerst til venstre i rød jakke. – Ingen er fremme før sistemann er fremme, sier han.

Ergoterapeut i villmarken

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber ved avdeling for ervervet hjerneskade, Lian, som er en del av Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Avdelingen ligger i flotte omgivelser ved Haukvatnet ved Lian.

– Hva jobber du som?

– Jeg arbeider som spesialmiljøterapeut.

– Hvor lenge har du hatt denne jobben?

– Jeg har hatt denne jobben siden 2005. Fagteamet her består av leger, sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, nevropsyko-

loger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder, sosionomer, miljøterapeuter, helsepedagoger og mestringsveiledere.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Det er å jobbe sammen med personer som har fått en skade eller sykdom på deres premisser, og på en slik måte at de ser muligheter for fremtiden. Som miljøterapeuter jobber vi nesten utelukkende med å finne meningsfylte aktiviteter som pasientene kan fortsette med etter at de har kommet hjem. Det gjør at vi har en svært variert arbeids-

hverdag, fordi interesser varierer svært mye fra person til person.

– I tillegg har vi et eget undervisningstilbud ved avdelingen i samarbeid med Lærings- og mestringssenteret for å hjelpe personer med ervervet hjerneska-
de og deres pårørende å mestre de endringene som har oppstått som følge av skade eller sykdom. Tilbudet er åpent også for deltakere som ikke tidligere har vært innlagt på Lian. Mitt hovedansvar er «Utprøving av aktiviteter» med særlig fokus på aktiviteter i friluft. Her forsøker vi å finne nye aktivitetstilbud eller sjekke ut om man er i stand til å gjenoppta tidligere aktiviteter.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Vi har stort fokus på aktivitet og deltakelse gjennom kartlegging av meningsfulle aktiviteter og oppfølging med tanke på videreføring etter endt rehabilitering. Ergoterapikompetansen er også svært nyttig når det gjelder helhetstenkning og det å fremme helse.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Ja. Vi er to miljøterapeuter på avdelingen, og begge er ergoterapeuter.

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

– Ja, så absolutt. Vi har fått lov til å forme stillingene våre på en slik måte at vi får brukt kompetansen vår som ergoterapeuter i

tillegg til at vi kan bidra med det vi er flinke på. Vi har blant annet latt oss inspirere av TV-programmet «Ingen Grenser», og har to turer i året hvor vi gir pasientene en større utfordring i Bymarka. Pasienter er med og planlegger og gjennomfører en tur hvor alle skal komme seg fra A til B og tilbake igjen, og hvor tanken er at «Ingen er fremme før sistemann er fremme». Sånne turer er først og fremst fantastisk artige å være med på, men også svært nyttige med tanke på det å se muligheter, oppleve mestring og delta i et fellesskap.

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

– Ja, uten tvil!

REHABILITERING I KOMMUNENE

Eldre pasienter oppnådde vesentlig høyere økning i selvhjulpenhet på nesten halvparten av tiden ved rehabilitering i eget kommunalt rehabiliteringssenter sammenliknet med i korttidsplasser i sykehjem (1). Dette er vist i en doktorgradsstudie gjennomført ved Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo.

Av Inger Johansen



Inger Johansen er fastlege og spesialist i allmennmedisin. Hun har vært interessert i rehabilitering i kommunehelsetjenesten i 20 år og gjennomførte PhD-en i 50 prosent stilling 2007 - 2013. Hun er nå i 50 prosent stilling som lege ved rehabiliteringssenteret i Larvik og 40 prosent stilling som fastlege. I tillegg har hun oppdrag i tilknytning til PhD-arbeidet.

Forskjellen i selvhjulpenhet var fortsatt tilstede 18 måneder etter rehabiliteringen. Pasientene trengte mindre hjemmetjeneste og tilbragte færre dager i korttidsplasser på sykehjem etter rehabiliteringen. Andelen bosatt i omsorgsleilighet eller sykehjem økte ikke i løpet av observasjonstiden, mens den doblet seg hos pasientene som ble rehabilitert i korttidsplasser på sykehjem. I aldersgruppen over 80 år hadde ti prosent av pasientene fra rehabiliteringssenteret fast sykehjemsplass etter 18 måneder, mens tallet i sammenlikningsgruppen var 15 prosent. Nasjonale tall var 14,3 prosent (SSB 2007). Kostnadene for rehabiliteringen og omsorgstjenestene var 40 prosent lavere i gruppen fra rehabiliteringssenteret (2).

ØKONOMISK GEVINST

Rehabilitering i tråd med denne modellen koster 30 000 kroner mindre per pasient fordi den i gjennomsnitt varer 17 dager kortere. Høyere funksjon etter rehabiliteringen gir mindre behov for hjemmetjenester, som utgjør 50

000 kroner spart per pasient per år. Summen, 80 000 kroner, er den økonomiske gevinsten av en slik modell av rehabiliteringen og hjemmetjenestene gjennom ett år. En rehabiliteringsenhet med 16 plasser gir 250 opphold per år med gjennomsnittlig varighet tre uker. Totalt betyr det 20 millioner kroner spart per år ved å rehabilitere i tråd med denne modellen sammenliknet med i korttidsplasser på sykehjem. Da er gevinsten ved lavere behov for korttidsopphold og faste sykehjemsplasser ikke kalkulert inn i regnestykket.

TRE AVGJØRENDE VALG

Larvik kommune har 40 000 innbyggere og fikk eget rehabiliteringssenter i 2004. Det ble gjort tre valg som viste seg å være avgjørende for å nå resultatene som kom fram i studien. Det første var den politiske beslutningen og senere realiseringen av en selvstendig rehabiliteringsenhet, hvor innen- og utendørs fasiliteter var godt tilrettelagt for mennesker med funksjonshemming. Pasientene som kom til senteret, hadde på forhånd blitt vurdert til å ha rehabiliteringspotensial. Dette ble

gjort ifølge en standardisert prosedyre og av en tverrfaglig gruppe i senteret. Gruppen besto av sykepleier, lege og ergoterapeut eller fysioterapeut. (Ergoterapeut og fysioterapeut vekslet på å sitte i gruppen.) Det sikret førstehånds kunnskaper og god dialog mellom og innen tjenestenivåene i overføringen av pasientene, enten de kom fra sykehus eller hjemmet. Egen rehabiliteringsenhet sikret også at både pasientene og personalet hadde felles fokus på rehabilitering i et stimulerende og aktivt miljø. Dessuten la det godt tilrette for likemannsarbeid.

Det andre avgjørende valget var enighet om de overordnede faglige føringene. Disse var definisjonen av rehabilitering (Stortingsmelding 21) og WHO's ICF fra 2001 (3). Dette gav en plattform for faglig struktur, helhetlig tenkning og tverrfaglig samarbeid. Stikkordene for rehabiliteringen var målsamtale, rehabiliteringsplan skreddersydd den enkelte, standardiserte måleskalaer, hjemmebesøk og systematisk dialog med berørte parter og koordinering av videre tjenester.

Tilstrekkelig tid i aktivitet var det tredje avgjørende valget. Pasientene trente både ADL, funksjonelt og spesifikt, fordelt på individuell-, gruppe- og egen trening. Varigheten var halvannen time ADL og halvannen time øvrig, totalt tre timer daglig. Sammenlikningsgruppen trente to timer daglig, hvorav halvannen time ADL og en halv time øvrig. I geriatrike daghospital, (Geriatric Day Hospital = GDH), som har lang tradisjon i England og er et tilbud ved mange norske sykehus, er aktivitetstiden halvannen time fem dager i uken.

KAN VI STOLE PÅ FUNNENE?

Dette var ikke en randomisert



Ny forskning viser at Presteløkka rehabiliteringssenter sparer Larvik kommune for millioner av kroner i året.

kontrollert studie. I den aktuelle situasjonen var det praktisk umulig å gjennomføre en RCT. Dessuten var det stor sannsynlighet for at inklusjonsprosenten hadde blitt for lav til å få pålitelige resultater om vi hadde lagt opp til en RCT. Valget stod mellom å gjennomføre en åpen, prospektiv observasjonsstudie eller ingen studie. Vi valgte det første, med hensikten å skaffe kunnskap på et område som var fattig på eksakt viten. Flere faktorer styrket studien. Deltakelsen var 99,3 prosent av 302 forespurte. De to pasientgruppene ble like med hensyn til faktorer vi tenker kan påvirke rehabiliteringseffekten, slik som alder, kjønn, sivilstatus, bolig, diagnosefordeling og psykisk og kognitiv status.

Da vi studerte pasientmaterialet nærmere, viste det seg også at generaliserbarheten til den sammenliknbare norske befolkningen var høy. Like og generaliserbare grupper henger trolig sammen med at dette heller ikke var en konstruert studiesetting.

Det var en studie av det virkelige liv.

Studien får fram at kommunene, basert på sine egne ressurser, har gode forutsetninger for å lykkes i rehabilitering. Det er viktig.

Intervensjonsmodellen i studien er karakterisert ved de tre beskrevne valgene. De samme valgene er påpekt i nasjonal og internasjonal litteratur som suksessfaktorer på rehabiliteringsfeltet (4). Det er grunn til å tro at resultatene fra studien har overføringsverdi til rehabilitering i andre settinger, om den samme strategien blir fulgt.

STATUS KOMMUNAL REHABILITERING

Rehabilitering har vært lovpålagt i kommunene siden begynnelsen av 80-tallet på lik linje med forebygging, kurative- og pleie- og omsorgstjenester. Etter 30 år må vi erkjenne at tiltakene fortsatt er for tilfældige og den faglige kvaliteten for lav. Det har flere årsaker.

Én er for lav erkjennelse av og respekt for at rehabilitering er et

eget fag. Det har dessverre ført til at det er for mange med for lite kompetanse på området som råder. I tillegg er den politiske og administrative prioriteringen av rehabilitering fortsatt for lav. Rehabilitering kan ikke lykkes så lenge ikke ergo- og fysioterapi-bemanningen blir høyere. I Norge trenger vi minst å doble antallet ergoterapeuter for å komme på høyden med de andre skandinaviske landene. Private fysioterapeuter er for lite tilstede i tverrfaglig rehabilitering og trenger bedre stimulerings tiltak for å bli aktive på banen. Riksrevisjonen skriver at det ikke har vært mulig å registrere en styrking av rehabiliteringsfeltet fra 2005 til 2012.

De mange tynt befolkede norske kommunene har også betydelige utfordringer med å rigge stimulerende arenaer og kompetente tverrfaglige rehabiliteringsteam.

OFFENTLIGE FØRINGER

Det er kommet atskillige offentlige dokumenter de siste årene med råd om hvordan vi kan møte økt funksjonssvikt i befolkningen. Generelle faglige føringer blir understreket, og rehabiliteringen bør helst skje i brukerens vante miljø.

I NOU Innovasjon i omsorg står at «Mestring, deltagelse i samfunnet og lengst mulig eget liv løses blant annet gjennom nye arbeidsmetoder og faglige tilnærminger med større vekt på aktiv omsorg, Hverdagsrehabilitering, gruppemetodikk, kultur og trivsel.» Vi tror det må være et skritt i riktig retning om pleie- og omsorgstjenestene tenker funksjon før kompensasjon. Vi har sett til våre naboland Sverige og Danmark. De har gjennomført prosjekter og implementert strategien Hverdagsrehabilitering. Prosjektene

er evaluert vellykkede, men det ligger ikke harde forskningsdata bak. Norge satser friskt på Hverdagsrehabilitering i ulike varianter. Dette arbeidet vil ikke lykkes før ergo- og fysioterapibemanningen er økt betydelig. Det er grunn til bekymring når kommuner flytter ressurser fra godt etablerte rehabiliteringstiltak over i Hverdagsrehabilitering, selv om det advares mot nettopp dette i nasjonale dokumenter fra alle de skandinaviske landene (5,6).

HVORDAN BØR VI GJØRE DET?

Kommune-Norge trenger respekt for rehabiliteringsfaget og nødvendigheten av at det styres i tråd med gjeldende kunnskap. Rehabiliteringen fremover bør deles inn i tiltak på tre nivåer. Den tyngste brukergruppen blant de som har rehabiliteringspotensial trenger ofte institusjonsbasert rehabilitering. Andre argumenter for dette tiltaket er slitne eller skrøpelige pårørende, dårlig tilrettelagte hjem, behov for høyt aktivitetsnivå og tett oppfølging av det tverrfaglige teamet.

Hjemmet stimulerer til aktivitet og deltakelse og er nærliggende å prioritere som rehabiliteringsarena. Likevel er resultatene fra internasjonale studier av hjemmebasert rehabilitering marginale og sprikende. Det ser ut til at de som har best nytte av dette tiltaket er de litt yngre og friskere eldre med god motivasjon og sosial støtte.

Hverdagsrehabilitering representerer de enklere og mer generelle rehabiliteringstiltakene i og i nær tilknytning til hjemmet. De bør i stor grad være basert på hjemmetjenestens ressurser, ofte med terapeuter som veiledere.

Kommunal rehabilitering må være samorganisert. På den måten sikrer vi anvendelse av kunn-

skapen om rehabiliteringskjeder, og at tiltakene blir skreddersydd den enkelte bruker.

Kunnskapen foreligger om hvordan rehabilitering i primærhelsetjenesten kan gjennomføres med stor nytte for den enkelte bruker og med en samtidig helseøkonomisk gevinst. For å oppnå disse gevinstene må kommune-Norge prioritere nødvendig og tilstrekkelig kompetanse og organisere rehabilitering slik at gjeldende kunnskap kan komme til anvendelse. Det burde være et enkelt valg.

Reference List

1. Johansen I, Lindbaek M, Stanghelle JK, Brekke M: Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation - an open comparative study. *Disabil Rehabil* 2012, 34: 2039-2046.
2. Johansen I, Lindbak M, Stanghelle JK, Brekke M: Independence, institutionalization, death and treatment costs 18 months after rehabilitation of older people in two different primary health care settings. *BMC Health Serv Res* 2012, 12: 400.
3. Stucki G, Cieza A, Melvin J: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med* 2007, 39: 279-285.
4. Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM: Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2010, 340: c1718.
5. Ness NE et al. Prosjektrapport «Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering» 28.09.12. s 33.
6. «Ättestupa eller folkhälsomål». Ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering. ISBN 91 86210 51 3.

Akseptable oppgjør uten streik

- Alt i alt er vi fornøyd med at vi har oppnådd akseptable oppgjør uten å måtte ta i bruk streikevåpenet, sier forbundsleder Mette Kolsrud i en kommentar til årets lønnsoppgjør.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas



Karl-Erik Tande Bjerkaas er organisasjons-sjef i Norsk Ergoterapeutforbund.

Arets tariffoppgjør er et hovedoppgjør. Det vil si at det forhandles om hele Hovedtariffavtalene og overenskomstene. Da Ergoterapeuten gikk i trykken, var det klart at vi kom i land med lønnsforhandlingene for våre medlemmer i kommunene, staten og Oslo kommune – uten streik. Heller ikke ved sykehusene ser det ut til å bli streik i år.

Forhandlingene i Virke ble gjennomført fra 9. til 11. juni. Lokale forhandlinger og noen mindre tariffområder gjenstår fortsatt.

RAMME SOM I FRONTFAGET

Heller ikke år kom partene unna besøk på Riksmeklerens kontor. Dette viste seg å være nødvendig for å oppnå en tilsvarende ramme som privat sektor og det såkalte frontfaget. Gjennom meklingsene klarte man ikke å oppnå aksept hos arbeidsgiver for en kompensasjon for at lønnsoppgjøret i fjor var dårligere enn oppgjøret i frontfaget.

– Siden Regjeringen etter storstreiken i 2012 satte ned Holden III-utvalget, hadde vi håpet at de offentlige arbeidsgiverne hadde hatt en bedre forståelse for utvalgets konklusjoner enn tilfellet var i dette oppgjøret, sier Mette Kolsrud.

STORE POTTER TIL LOKALE FORHANDLINGER

I alle de fire tariffområdene er det satt av store potter til lokale forhandlinger. En god del av lønnsutviklingen vil dermed skje lokalt.

– Nå skolerer vi tillitsvalgte i alle tariffområdene for at vi skal få gjennomslag for rettferdige krav i forhandlingene lokalt, sier forbundslederen.

Hun oppfordrer alle medlemmer og tillitsvalgte til dialog om kravene som skal fremmes i de lokale forhandlingene.

DE ENKELTE TARIFFOMRÅDENE

I meklingsen for kommunal sektor var forbundet representert ved forbundsleder Mette Kolsrud,



Ergoterapeutenes tre forhandlere Berit Førli, Mette Kolsrud og Brit Toril Lundt.

i Staten ved forhandlingssjef Brit-Toril Lundt og i Oslo kommune ved advokat Berit Førli. Forhandlingene i Spekter ble gjennomført av Mette Kolsrud og Brit-Toril Lundt.

Når det gjelder informasjon om resultatet i det enkelte tariffområde viser vi til de utsendte tariffinformasjonene og våre nettsider ergoterapeutene.org/tariff2014.

Etter hvert som øvrige tariffområder avsluttes gjennom forhandlinger eller mekling, vil medlemmene bli informert gjen-

nom egne tariffinformasjoner.

STOR TAKK FOR LOKALE STREIKEFORBEREDELSE

–Jeg vil gjerne rette en stor takk til alle de tillitsvalgte som har gjort en betydelig jobb med å forberede en streik som vi heldigvis slapp å iverksette. Uten denne støtten i ryggen og bevissthet hos arbeidsgiver om at vi hadde et sterkt streikevåpen i bakhånd, kunne vi ikke gjennomført meklingene med så stor frimodighet, sier forbundsleder Kolsrud.

FRONTFAGSMODELLEN

Frontfagsmodellen innebærer at forbundene til ansatte i industrien og NHO-forbundet Norsk Industri forhandler først og setter rammen for hvor stor lønnsøkning konkurranseutsatt næring tåler. Rammen danner en norm for de mange andre oppgjørene i løpet av våren.

Foreslår grep for sterkere forbund

En bredt sammensatt arbeidsgruppe, Ergoterapeutene 2020, har kommet med forslag for å styrke forbundet. Arbeidsgruppa har det siste drøye året arbeidet med forslag om hvordan Norsk Ergoterapeutforbund kan organisere seg for å oppnå enda bedre resultater.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

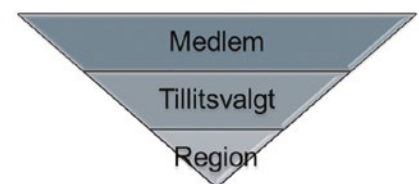
Gruppa har nå avsluttet sitt arbeid, og sentralstyret skal videre vurdere hvilke forslag som vil bli lagt fram for landsmøtet i november.

FREMTIDSRETTET OG OPTIMAL ORGANISERING

I beslutningsgrunnlaget som arbeidsgruppa har avgitt til sentralstyret, fremmes forslag som skal bidra til en sterk, tydelig, effektiv og handlekraftig organisasjon med gjennomgående representasjon fra det enkelte medlem og helt inn i forbundets styre. Arbeidsgruppa kaller fremtidens organisasjon for Ergoterapeutene 2020.

Arbeidsgruppa foreslår at forbundet må stimulere aktive og engasjerte medlemmer, og at mer av aktiviteten skal flyttes nærmere medlemmene.

Videre foreslår arbeidsgruppa en styrking av forbundets fokus

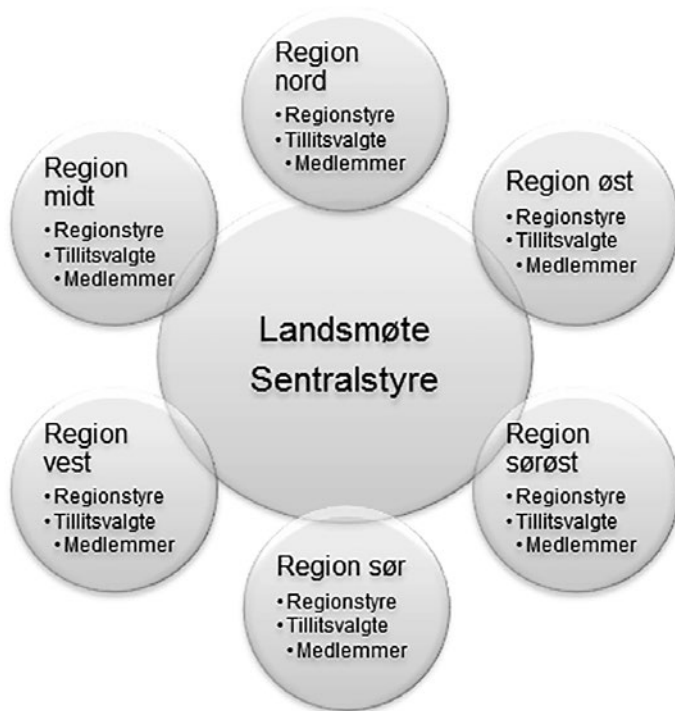


Den omvendte pyramide. I Ergoterapeutene 2020 skal medlemmer og tillitsvalgte, og relasjonen mellom disse, være fundamentet i organisasjonen. Resten av organisasjonen skal underbygge disse to rollene.

på utvikling og oppfølging av de tillitsvalgte. Dette skal skje gjennom et systematisk introduksjons-, utviklings- og oppfølgingsprogram. Gruppa foreslår også redusert pris for tillitsvalgte på forbundets fagkurs.

FRA FYLKESAVDELINGER TIL REGIONALT APPARAT

Arbeidsgruppa Ergoterapeutene 2020 foreslår å legge ned dagens 19 fylkesavdelinger og samtidig



Ergoterapeutene skal være en sterk, tydelig, effektiv og handlekraftig organisasjon med gjennomgående representasjon fra det enkelte medlem til organisasjonens sentralstyre.

Andre nestleder Synnøve Opsahl Melseth og resten av arbeidsgruppa har forsøkt å treffe blink når det gjelder fremtidens organisering av forbundet.

opprette seks regioner. Disse skal ledes av et styre, som blir valgt av medlemmene gjennom elektroniske valg. Regionene skal legge til rette for aktivitet i regionene og oppfølging av tillitsvalgte.

Arbeidsgruppa foreslår videre å redusere størrelsen på landsmøtene, legge ned representantskapsmøtet og fjerne arbeidsutvalget fra vedtektene. Sentralstyret opprettholdes, men sammensetningen endres. Seks av styremedlemmene velges i regionene og representerer sin region i styret.

ØNSKER BRED DEBATT FREM MOT LANDSMØTET

Sentralstyret har fire måneder på seg til å vurdere hvilke av forslagene til Ergoterapeutene 2020 som skal legges fram for landsmøtet 17. - 19. november i år.

Sentralstyret ønsker en god og bred debatt i forbundet fram

mot landsmøtet. Vi håper mange vil engasjere seg i disse. Det vil variere fra fylke til fylke hvordan disse debattene vil bli lagt opp. Ta kontakt med din fylkesavdeling for å høre hva som skjer i ditt fylke.



SOLID GRUNNLAG FOR EGNE MENINGER

Som grunnlag for diskusjonene kan du sette deg inn i disse dokumentene som du finner på vår nettside:

- › Beslutningsgrunnlag – Forslag fra arbeidsgruppa Ergoterapeutene 2020 (krever innlogging)
- › Beskrivelse av de nye organisasjonsleddene
- › Mandatet til Arbeidsgruppa Ergoterapeutene 2020



BETALER DU FOR MYE FOR DIN INNBOFORSIKRING?

Som medlem av Ergoterapeutene har du mulighet til å tegne en innboforsikring som ikke bare er god på pris, men også på vilkår. Her får du uflaksdekning og innboekstra med på kjøpet. Mange medlemmer i Ergoterapeutene har allerede valgt å benytte seg av dette gode tilbudet. Er du en av dem?

Av Roar Hagen

Prisen du får hos andre selskaper, er ofte mye høyere enn du får gjennom ditt medlemskap i Ergoterapeutene. Nå kan det variere fra kunde til kunde ut fra forskjellige rabattsystemer i selskapene, men resultatet er uansett entydig. Selv om dagens forsikringsselskap muligens gir deg store rabatter, vil du sannsynligvis spare mye på å bytte til vår kollektive medlemsforsikring.

PRIS ER IKKE ALT

Hva som dekkes av skader, hvordan eventuelle skader håndteres, og hva slags bistand man får fra forsikringsselskapet, er viktige elementer. Gjennom Ergoterapeutenes forsikringskontor får du

blant annet en motpart til forsikringsselskapet. Hos oss sitter det mange flinke personer på produkt og skadeoppgjør, og vi er der for deg om du skulle trenge bistand. Skulle du være usikker på om forsikringsselskapet har gitt deg et korrekt skadeoppgjør, kan vi gå inn og gjøre en uavhengig vurdering, og eventuelt hjelpe deg om skadebehandlingen ikke er korrekt.

OMFATTENDE FORSIKRING

Ergoterapeutenes innboforsikring er en av de mest omfattende på markedet. Innboforsikringen er utvidet med både innboekstra (eller superdekning, som andre selskaper kaller det), samt en uflaksdekning. Dette betyr i

praksis at dekningen omfatter skader som vanlige innbodekninger ikke dekker. Det er høyere forsikringssummer, og uhell, som for eksempel at du søler rødvin i den dyre sofaen din eller at TV-en velter og faller i gulvet, dekkes av forsikringen.

BYTT DU OGSÅ

Gjør som mange andre medlemmer, bytt til vår gunstige innboforsikring du også. Ta kontakt på telefon 22 05 99 15 eller på e-post forsikring@ergoterapeutene.org.

Om ønskelig hjelper vi deg med selskapsbytte.

PS! Les mer om medlemsforsikringene på ergoterapeutene.org/forsikring.

Priser					
Sone	kr 0,5 mill	kr 1 mill	kr 1, 5 mill	kr 2 mill	kr 3 mill
Sone 1	698	1022	1328	1626	2065
Sone 2	585	748	946	1135	1538
Sone 3	458	608	771	980	1329
Student		547			

Sone 1: Oslo.

Sone 2: Tromsø, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Drammen, Asker, Bærum, Oppengård, Nesodden, Ski, Skedsmo, Lørenskog og Nittedal.

Sone 3: Resten av landet.

Nye regler for å redusere ufrivillig deltid

Mange arbeidstakere jobber deltid fordi de ønsker det selv. Deltidsarbeid gjør det mulig for mange å delta i arbeidslivet samtidig som arbeidsmengden tilpasses familieliv og ønsker og forpliktelser i hverdagen. Likevel er det også mange deltidsarbeidende som ufrivillig har en slik stillingsstørrelse.

Av Ine hagen



Ine Hagen er advokat i advokatfirmaet Storing, Beck & Due Lund (SBDL).

Med «ufrivillig» deltid siktes det til de som ønsker en større stillingsstørrelse, men som likevel ikke får det. For å redusere slik ufrivillig deltid ble det i januar 2014 innført flere nye lovbestemmelser i arbeidsmiljøloven. Hensikten med reglene er å styrke denne arbeidstakergruppens rettigheter.

HVA ER DELTIDSARBEID?

Deltid vil si at en arbeidstaker har en lavere avtalt arbeidstid enn hva som er normalt i vedkommendes yrke, faggruppe eller bransje. Normal arbeidstid etter arbeidsmiljøloven er som hovedregel 40 timer i løpet av syv dager, mens det i tariffavtaler ofte er 37,5 timer per uke for full stilling. Arbeidstakere som ukentlig jobber mindre enn dette, kaller vi deltidsarbeidende.

PLIKT TIL Å DRØFTE DELTIDSARBEID

En av de nye reglene som trådte i kraft fra januar 2014, er arbeidsmiljøloven paragraf 14-1 a som forplikter arbeidsgiver til å drøfte bruken av deltid med de tillitsvalgte. Drøftingen skal finne sted minst én gang per år. En tilsvarende eller utvidet, drøftingsplikt følger allerede av flere

tariffavtaler, hvilket innebærer at tariffbundne arbeidsgivere kan være forpliktet til å drøfte bruken oftere enn dette.

Bestemmelsen i arbeidsmiljøloven er taus hva gjelder hvorledes drøftingen skal foregå. For å sikre reelle drøftinger forutsettes imidlertid at arbeidsgiver på forhånd har gitt tilstrekkelig informasjon og dokumentasjon til de tillitsvalgte hva gjelder bedriftens deltidsbruk. Dette slik at de tillitsvalgte får mulighet til å sette seg inn i saken, vurdere den og forberede drøftingen før den faktisk finner sted. Ut over dette vil det være opp til den enkelte bedrift å vurdere hvordan drøftingene mest hensiktsmessig kan organiseres.

Arbeidstilsynet er gitt myndighet til å kontrollere og håndheve drøftingsregelen for å sikre effektivitet og at regelen fungerer etter sin hensikt. Dette innebærer at arbeidsgivere som ikke oppfyller plikten, blant annet kan bli ilagt pålegg.

RETT TIL STILLING TILSVARENDE FAKTISK ARBEIDSTID

Alle arbeidstakere skal ha skriftlige arbeidsavtaler hvor det fremgår hvilken arbeidstid og hvilken stillingsstørrelse de har. Likevel

er det mange deltidsansatte som påtar seg arbeid utover dette, for eksempel i form av ekstravakter, merarbeid eller vikariater ved andres fravær. Ofte skjer dette uten at ekstraarbeidet nedfelles i arbeidsavtalen, slik at faktisk arbeidstid ikke reflekteres i vedkommendes arbeidsavtale.

For å forhindre denne situasjonen er det nå inntatt en ny bestemmelse i arbeidsmiljøloven paragraf 14-4 a som går ut på at deltidsansatte som de siste 12 månedene jevnlig har jobbet utover avtalt arbeidstid, har rett til utvidet stilling tilsvarende faktisk arbeidstid i denne perioden. Dersom det for eksempel heter i arbeidsavtalen at arbeidstakeren ukentlig skal jobbe 20 timer, mens realiteten er at vedkommende i snitt har arbeidet 25 timer per uke, vil altså arbeidstakeren ha rett til stilling i bedriften med 25 timer ukentlig arbeid. Dette gjelder likevel ikke der arbeidsgiver kan dokumentere at behovet for merarbeid ikke lenger foreligger, for eksempel der virksomheten står foran en nedbemanning.

Vilkåret for å få rett til utvidet stilling er at merarbeidet må ha vært «jevnlig». Hvorvidt dette er tilfelle vil bero på en konkret skjønnsmessig vurdering hvor momenter som arbeidets omfang, hyppighet og stabilitet vil være sentrale. Arbeidet må ha fremstått som en etablert praksis, i motsetning til rent sporadisk merarbeid.

En arbeidstaker som oppfyller vilkårene i bestemmelsen, vil ikke bare ha rett til stilling i samme omfang og stillingsbrøk som realiteten tilsier, det samme gjelder arbeidssted og vakter – også dette skal tilsvare det arbeid vedkommende har utført i løpet av tolv månedersperioden.

Det er arbeidstaker selv som

må fremme krav om utvidet arbeidstid. Tolv månedersperioden vil deretter regnes fra det tidspunkt kravet fremsettes. Selv om arbeidsgiver er pålagt å fortløpende føre arbeidstidsoversikter for alle arbeidstakere, er det derfor viktig at du som arbeidstaker selv følger med på hvor mye du faktisk jobber.

BRUDD PÅ DELTIDSANSATTES RETT TIL STILLING TILSVARENDE FAKTISK ARBEID

Twister etter arbeidsmiljøloven paragraf 14-4 a om rett til samme stilling som faktisk arbeidstid kan bringes inn for Tvisteløsningsnemnda for avgjørelse. Først etter at saken er prøvet der, kan den bringes inn for domstolene. Kommer domstolene til at vilkårene for utvidet stilling er tilstede, skal retten etter påstand fra arbeidstaker avsi dom for slik utvidet stilling. I tillegg kan arbeidstaker kreve erstatning.

ØKT KUNNSKAP OM FORTRINNSRETT FOR DELTIDSANSATTE

Deltidsansatte har siden 2006 hatt fortrinnsrett til utvidet stilling fremfor at arbeidsgiver foretar nye ansettelser i bedriften. For å øke kunnskapen rundt fortrinnsretten, både hos arbeidsgiver, de tillitsvalgte og deltidsansatte som ønsker økt stillingsbrøk, er det nå inntatt en ny drøftingsbestemmelse i arbeidsmiljøloven paragraf 14-3 tredje ledd. Bestemmelsen fastsetter at arbeidsgiver, før det fattes beslutning om ansettelse i stilling som arbeidstaker krever fortrinnsrett til, skal drøfte spørsmålet om fortrinnsrett med den arbeidstaker som fremmer krav om det.

Drøftingen skal gjennomføres så langt det er praktisk mulig, med mindre den deltidsansatte



Arbeidsgiver er forpliktet til å drøfte bruken av deltid med de tillitsvalgte minst én gang per år. Foto: Eva Holm.

selv ikke ønsker det. Det er den enkelte arbeidstaker arbeidsgiver skal drøfte spørsmålet med, likevel slik at arbeidstaker kan ta med seg tillitsvalgte om vedkommende selv ønsker det.

Det er kravet om utøvelse av fortrinnsretten som skal drøftes, herunder hvordan en eventuell utvidelse av stillingen kan finne sted, samt spørsmålet om hvorvidt arbeidstaker er kvalifisert for stillingen. Dersom arbeidsgiver mener at arbeidstaker ikke er kvalifisert for «utvidelsen», eller at fortrinnsretten ikke kan gjennomføres uten vesentlig ulempe, skal dette derfor drøftes med arbeidstakeren.

JOBBER DU UFRIVILLIG DELTID?

Dersom du er en av mange som jobber ufrivillig deltid, vil vi råde deg til å sette deg inn i de nye reglene i arbeidsmiljøloven. Ved behov anbefaler vi at du kontakter sekretariatet for nærmere rådgivning dersom du mener arbeidsgiver bryter ovennevnte regler eller at du er en av dem som jevnlig jobber mer enn hva den avtalte stillingsbrøken din tilsier.

Ikkje hurra, men neppe streik

Meklinga i KS og staten blei avslutta måndag 26. mai – mange timar på overtid. Oslo kommune blei ferdige endå seinare. I staten går meklingsforslaget til uravrøysting. I kommunal sektor tar forbunda stilling, dels gjennom uravrøysting, dels gjennom behandling i politiske organ. Tilrådinga frå forhandlingsutvala i stat og kommune er å seie JA til resultatet.



**ANDERS
FOLKESTAD**
UNIOLEDER

Men det er no opp til forbunda og medlemmene. I Spekter blei det brukbar heving av minstelønna, rett nok ved å bruke noko av neste års pengar på forskot. No pågår dei lokale forhandlingane.

Alternativet til JA er streik og protest. Sjansane for å vinne fram er små dersom oppgjeret blir akseptert av dei andre organisasjonane. Det såg vi seinast i 2012. Dessverre.

Dette er ikkje eit oppgjer som det skal ropast hurra for. Resultatet løfter ikkje fram utdanning og kompetanse i offentleg sektor. Unios medlemmer får i utgangspunktet ei lønnsutvikling i overkant av «frontfaget» og med reallønnsvekst for dei aller fleste.

Men forhandlarane møtte gjerrige arbeidsgjevarar. Endå ein gong. Dei la seg, tydelegevis med støtte frå meklarane, på ei svært stram tolking av frontfaget, og ville i liten grad ta omsyn til etterslepet frå siste tariffpe-

riode. Både Holden-utvalet og frontfagsanslaget blei brukt til å låse situasjonen. Her spelar arbeidsgjevarane høgt og tenker kortsiktig. Dersom lønnsutviklinga i industrien endå ein gong blir større enn anslaget, vil denne steile holdninga svekke frontfaget. Dette innser dei kanskje, og det er lagt inn ein klausul som seier at viss det viser seg at utviklinga i industrien blir betre enn anslaget, skal det kompensast for dette neste år.

Hovudtariffoppgjeret 2014 blei altså ikkje det løftet for kunnskap og kompetanse det kunne og burde ha vore. Det offentlege vil, på fleire område, framleis slite med å rekruttere og behalde kompetente fagfolk. Ambisjonen om å vere ein attraktiv arbeidsgjevar er mest preik. I alle fall er det liten vilje til å bruke tariffoppgjera i den retninga. Men snart startar vel den eine kampanjen etter den andre for å rekruttere «fleire og betre». Og ergotera-

peutane får høyre kor viktige og nødvendige dei er. Politikk og praksis heng ikkje i hop. Likevel er «fornyng og forbetring» eit slagord for regjeringa.

Det medlemmer og forbund no skal ta stilling til, er ikkje om enkeltelementa i meklingsforslaget er bra. Hovudspørsmålet er om ein trur ein vil nå lenger gjennom streik i 2014. Forhandlingsutvala trur ikkje det, og tilrår at hovudtariffavtalane i stat og kommune blir aksepterte.

Og jobben går vidare uansett. Både på den politiske arenaen og i nye oppgjer. Men først skal det sikrast best mogeleg utfall i dei lokale forhandlingane. Lukke til med den jobben.

Eit paradoks: Den formelle meklingstida er lang, nesten fire veker. Likevel blei det også denne gongen ei hektisk avslutting, langt på overtid. Også i så måte trengst fornyng og forbetring.

God sommar.

Kultur - Aktivitet - Helse

Gjennom åtte år som leder av Ergoterapeutenes Seniorforum har Aud Raastad fulgt opp idéen fra Fagkongressen i Tromsø i 2001 med vektlegging av stikkordene kultur, aktivitet og helse.

Av Liv Hopen

Initiativet til å formalisere en pensjonistgruppe for ergoterapeuter ble tatt av Aud Søiland, Ingrid Skåtun og Aud Raastad. Etter flere år med lørdagstreff i foajéen på Det Norske Teater ble Ergoterapeutenes Seniorforum stiftet i forbundets lokaler i juni 2006.

Aud Raastad har ledet forumet fra oppstarten og fram til årsmøtet i april 2014. Vektleggingen av kultur, aktivitet og helse har hele tiden vært tydelig.

KULTURTUR FØRSTE TORSDAG I JUNI – HVERT ÅR

Turer har gått til Lillehammer, Vestfossen, Kongsvinger, Eidsvoll, Ås/Drøbak, Hamar og Tønsberg. Alle disse stedene har hatt mye historie, kunst og kultur å by på, og overalt har ergoterapeuter stilt opp som lommekjente

guider. I år går turen til Fredrikstad.

MEDLEMSMØTER PÅ LITTERATURHUSET

To ganger i året, torsdag formiddag i oktober og i april, møtes medlemmene rundt et aktuelt tema, gjerne om kultur, aktivitet eller helse. På årets oktobermøte kommer journalist Magnhild Folkvord til oss i Litteraturhuset. Mer info finner du under «organisasjonen» på www.ergoterapeutene.org.

FIRE ÅRS BOKPROSJEKT

Aud Raastad har ledet Seniorforum med fast hånd, helt fram til bokprosjektet «Pionerenes fortellinger – da ergoterapifaget var nytt i Norge» var fullført. Seniorforum kan nå se fram til nye spennende prosjekter i nært



Aud Raastad gikk av som leder for Ergoterapeutenes Seniorforum i april i år.

samarbeid med Norsk Ergoterapeutforbund.

Stor takk til Aud Raastad for at hun har stått på og gitt Ergoterapeutenes Seniorforum et så godt grunnlag å gå videre på!

HUSK SPESIALISTSØKNAD FØR 15. SEPTEMBER!

Som du kunne lese om i Ergoterapeuten nummer 1 2014, har forbundet vedtatt en ny spesialistordning med overgangsordning fram til 2020. Søknadsfristen er 15. september for begge ordningene og regodkjenning.

I den nye ordningen kreves det en ergoterapifaglig eller relevant, tverrfaglig master på 120 studiepoeng. Kandidaten må selv begrunne relevansen av masteren for sitt spesialistområde.

Det blir også lagt vekt på veiledet praksis. I veiledet praksis er det læringsutbyttet for det enkelte spesialistområde, og veiledning gitt av godkjent veileder, som skal sikre at den enkelte spesialistkandidat har de kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse som er nødvendig for sitt spesialistområde.

Mer informasjon på www.ergoterapeutene.org/spesialist.



ØNSKER DU RABATT PÅ VÅRE KURS?

Kjenner du en ergoterapeut som ikke er medlem av forbundet? Alle som rekrutterer et nytt medlem til forbundet, får et gavekort på 500 kroner som kan brukes til å dekke deler av deltakeravgiften på et av våre mange, spennende fagkurs.

Alt du trenger å gjøre er å få det nye medlemmet å registrere ditt navn i innmeldinga si.

Et fagforbund for alle norske ergoterapeuter

Det store flertallet av norske ergoterapeuter er medlem av Norsk Ergoterapeutforbund, Ergoterapeutene, men det finnes flere der ute. Ta en kikk på kullbildet ditt eller rundt på din

arbeidsplass. Kanskje er ikke alle medlemmer.

Vi trenger mange, positive ambassadører som framsnakker både fag, yrke og forbund.

Vi utvikler faget og tar vare på deg som arbeidstaker. Vi oppfordrer alle ergoterapeuter til å ta del i vårt faglige nettverk. Fra vår side skal vi bidra til din faglige utvikling og utvikle faget generelt. I tillegg skal vi selvfølgelig



Vi utvikler faget og tar vare på deg som arbeidstaker!

Verv et nytt medlem og motta et gavekort på 500 kroner.

ivareta deg som arbeidstaker.

Du kan lese mer om hvordan du gjør deg nytte av dine medlemsfordeler og tilbud på ergoterapeutene.org/medlemsfordeler.

ENDA FLERE MEDLEMSFORDELER

Unios tolv medlemsforbund har gått sammen for å kunne tilby medlemmene enda bedre medlemstilbud enn vi kan hver for oss. I tillegg til eksisterende medlemsfordeler kan vi derfor tilby:

- 30 prosent bokrabatt på Tanum.no
- 1000 kroner i rabatt ved leie av hytte hos Norgesbooking
- Ni prosent rabatt på leie av feriehus hos NOVASOL
- Ti prosent på leie av feriehus hos Dansommer.

Spar inn hele medlemskontingenten!

Gjennom bevisst bruk av våre medlemsfordeler og medlemstilbud vil medlemmene kunne spare inn hele medlemskontingenten. Det viktigste medlemstilbudet her, er våre forsikringsordninger. Se ergoterapeutene.org/forsikring og artikkelen fra Ergoterapeutenes forsikringskontor i medlemsbladet.

Ergoterapeutene er fagforbundet for alle ergoterapeutene i Norge. Vi skal bidra til medlemmenes faglige utvikling. Samtidig skal vi ta vare på medlemmene som arbeidstakere. Dette kaller vi våre medlemsfordeler. Du kan lese mer om dem på ergoterapeutene.org/medlemsfordeler. I tillegg har vi inngått en del samarbeidsavtaler som gjør at vi tilbyr medlemmene det vi kaller medlemstilbud. Du vil til enhver tid finne en ajourført oversikt på ergoterapeutene.org/medlemstilbud.

REKORDSTOR NORSK DELTAKELSE PÅ VERDENSKONGRESSEN

Hele 21 norske ergoterapeuter deltar på Verdensforbundet for ergoterapeuter, WFOTs kongress i Japan 18. til 21. juni. Nesten alle bidrar også til det faglige programmet.

Den 16. verdenskongressen for ergoterapeuter er i seg selv den største i historien med 5000 deltakere. Noen dager før påmeldingene stenges er rundt 5000 deltakere påmeldt. De norske deltakerne deltar med tilsammen ni postere og femten forelesninger. Disse er valgt ut blant 2667 innsendte abstracts fra hele verden.

Fra Norsk Ergoterapeutforbund deltar nestleder Nils Erik Ness, som også sitter i Verdensforbundets styre, og generalsekretær Toril Laberg, som møter som delegat på generalforsamlingen. Du kan finne mer informasjon om Verdenskongressen på nettadressen www.wfot.org/wfot2014/eng/



SØKE STØTTE TIL FAGUTVIKLING (FOU)

Norsk Ergoterapeutforbund har midler til fagutvikling, forskning og prosjekter som deles ut hver høst. Søknadsfristen er første september 2014.

Av Anita Engeset

Prosjekter som gis støtte, skal være kunnskapsbaserte og ha relevans for andre ergoterapeuter. Det kan søkes om arbeidsstipend, reisestipend eller dekning av prosjektkostnader.

Det kan ikke søkes støtte til videreutdanning og studier, men det kan søkes støtte til et prosjekt knyttet til studier og praksis.

I 2014 er det satt av kroner 200 000 til medlemmenes utviklingsarbeider. Ingen prosjekter blir fullfinansiert av disse midlene, men de kan være et viktig bidra til å komme i gang med et prosjekt.

Mange av ergoterapeutene som har tatt en doktorgrad, har mottatt fagutviklingsmidler fra Ergoterapeutene i oppstarten.

Sentralstyret vedtar årlig hvilket satsningsområde midlene skal rettes mot. For 2014 prioriteres: Undersøkelse, vurdering og intervensjon i ergoterapi relatert til aktivitet og mestring. Søknadsfristen er første september 2014.

Mer informasjon om denne ordningen finner du på hjemmesiden. Spørsmål kan rettes til spesialrådgiver Anita Engeset, anita.engeset@ergoterapeutene.org.

KANDIDATER TIL TILLITSVALGTPRISEN 2014

For tredje gang skal Ergoterapeutene dele ut utmerkelsen Årets tillitsvalgte. I år blir rammene spesielt høytidelige under landsmøtet i november. Har du forslag til kandidater, må du sende det til forbundskontoret før første september.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Utmerkelsen deles ut til et medlem av forbundet som har gjort en vesentlig innsats som tillitsvalgt. Den kan tildeles plasstillitsvalgte, hovedtillitsvalgte og organisasjonstillitsvalgte. Årets tillitsvalgte kan ha utmerket seg gjennom for eksempel:

- Å ha utført langsiktig arbeid for å fremme ergoterapeuters vilkår og betingelser
- Å være en viktig rollemodell for kollegaer og andre tillitsvalgte
- Å ha svært god forståelse for sammenhengen mellom ergoterapi som fag og betingelser i arbeidslivet
- Å ha stått i spesielt krevende prosesser på vegne av sine medlemmer
- Å ha utvist mot og handlekraft i krevende saker eller prosesser på vegne av sine medlemmer.
- Å ha gjort en særlig innsats for å aktivere, rekruttere og beholde medlemmer.

Forslag til kandidater kan sendes til forbundet på post@ergoterapeutene.org.



Ergoterapeutene deler ut Tillitsvalgtprisen én gang i året.

Utfordringer og anbefalinger for rehabilitering og habilitering

Her beskrives de sentrale utfordringene og forbundets anbefalinger for å styrke rehabiliterings- og habiliteringsfeltet som er vedtatt av sentralstyret i Norsk Ergoterapeutforbund. Artikkelen er et utdrag av dokumentet og inneholder utfordringene og de ti viktigste anbefalingene.

Norske helse- og velferdstjenester har to store utfordringer som begge stiller krav til innovative løsninger:

- Den første utfordringen er å muliggjøre aktivitet, arbeid og samfunnsdeltakelse for alle i samfunnet, og oppfylle menneskenes ønsker om selvbestemmelse. Utfordringen inkluderer barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer, personer med psykiske helse- og rusproblemer, samt eldre med gradvis sviktende funksjon.
- Den andre utfordringen er å utvikle bærekraftige helse- og omsorgstjenester som imøtekommer befolkningens behov for helsetjenester samtidig som helsepersonell blir mangelvare.

De innovative løsningene på utfordringene må ta utgangspunkt i spørsmålene: Hva utløser ressurser hos den enkelte innbygger og bruker? Hva utløser ressurser i helse- og omsorgstjenestene? Hva utløser ressurser i sivilsamfunnet for øvrig?

Løsningene peker i samme

retning: Økt innsats med re-/habilitering er god samfunnsøkonomi som gir økt mestring og deltakelse. Dette er også i samsvar med samhandlingsreformens intensjoner. Utfordringene kan inndeles i fire hovedområder: gode pasientforløp, styrking av spesialisthelsetjenesten, oppbygging av re-/habilitering kommunene og re-/habiliteringstankegang i andre kommunale tjenester.

GODE PASIENTFORLØP MELLOM ULIKE TJENESTER OG NIVÅER

Tross samhandlingsreformen er det i alt for liten grad utviklet god flyt i pasientforløp og forpliktende samarbeid mellom ulike nivåer, tjenester og etater. Dette har ulike årsaker, både strukturelle og faglige. Det er grunnet i adskilte økonomiske budsjetter, i manglende teknologiske støttesystemer, ulike journalsystemer, ulike profesjonsinteresser, ulik forløpstenkning innen spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten samt for tette avgrensninger mellom skole, NAV og helsetjenestene. I sum gir disse manglene ineffektive tjenester og dårlige samkjørte tjenester for brukerne.

Koordinerende enhet er lovpålagt både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. I kommunene fungerer de ikke etter intensjon. De er lite synlige for publikum og samarbeidspartnere, har en uklar rolle, er ofte ikke tverrfaglig bemannet og følger ikke opp nødvendig koordinering. Koordinatorer for den enkelte bruker får oftest ikke avsatt ressurser til koordinatarbeid, slik at dette må gjøres i tillegg til øvrige re-/habiliteringsoppgaver. For barn og unge kan manglende koordinering i overgangsfaser fra barnehage til skole, fra skole til arbeid, fra foreldrehjem til egen bolig få store konsekvenser.

Tekniske hjelpemidler og velferdsteknologi er ofte forutsetninger for vellykket re-/habilitering. Mange brukere opplever urimelig lang ventetid på utprøving og hjelpemiddelformidling på grunn av manglende ressurser, mange aktører og dårlig utnyttelse av elektronisk kommunikasjon.

STYRKING AV SPESIALISERT RE-/HABILITERING

Spesialisthelsetjenesten har spesialisert kompetanse på diagnostisering og behandling innen

ulike diagnosegrupper og skal gi veiledning til de kommunale tjenestene. I spesialisthelsetjenesten legges rehabiliteringsavdelinger ned og antall sengeplasser til rehabilitering reduseres i sykehusene. Polikliniske og ambulante rehabiliteringstjenester bygges ikke tilsvarende opp med nødvendige, tverrfaglige tilbud.

Overføring av rehabiliteringspasienter til private rehabiliteringsinstitusjoner kan som oftest ikke erstatte rehabilitering i helseforetakene, på grunn av manglende tverrfaglig, spesialisert kompetanse. Re-/habilitering ved private institusjoner kan også være utfordrende med tanke på helhetlige, koordinerte pasientforløp og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt. Ved innføring av fritt rehabiliteringsvalg, vil denne utfordringen øke, da pasienter kan velge seg langt bort fra eget bosted og arbeidsplass.

Det mangler takster/ISF-refusjon for flere faggrupper som gir polikliniske re-/habiliteringstjenester og ambulante tjenester, herunder ergoterapeuter og fysioterapeuter. Ambulante tjenester er nødvendig for oppfølging av veiledningsplikten og et sammenhengende pasientforløp mellom nivåene.

STYRKING AV RE-/HABILITERINGSTJENESTENE I KOMMUNENE

Som følge av Samhandlingsreformen har kommunene prioritert oppbygging av øyeblikkelig hjelp og mottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehus fremfor styrking av tilbudet innen psykisk helse og rus. Kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten har sammen med økonomiske virkemidler medført et sterkere press

UTFORDRINGER OG ANBEFALINGER

Regjeringen er i gang med en stortingsmelding om primærhelsetjenesten samt en Nasjonal plan for helse- og sykehustjenesten, som er ventet til neste år. Norsk Ergoterapeutforbund ønsker å bidra inn i dette arbeidet. Sentralstyret har diskutert og utarbeidet et dokument som beskriver sentrale utfordringene og anbefalinger fra Norsk Ergoterapeutforbund i det videre arbeidet med styrking av habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Dokumentet er grunnlaget for våre innspill til myndighetene, men kan også benyttes til innspill til plan- og utviklingsarbeid lokalt.



Mette Kolsrud har i samarbeid med Ergoterapeutenes sentralstyre utarbeidet anbefalinger for styrking av habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.

på kommunale rehabiliteringstjenester. Kommunene har ikke utviklet kompetanse på områdene nå overtar fra spesialisthelsetjenesten. Spesifikk re-/habilitering i kommunene for barn, unge og voksne må derfor styrkes.

Ergoterapi for barn mangler i mange kommuner eller avgrenses til utprøving av teknologiske løsninger. Det er behov for større habiliteringsinnsats som tilbyr støtte til inkludering og deltakelse i lek, læring og hverdagsaktiviteter i hjem, barnehage og skole.

Kommunal re-/habilitering til personer med psykiske helse- og rusproblemer må dreies mot økt tilbud om mestring av hverdagsaktiviteter. Dette kan bidra til økt aktivitet og sosial deltakelse, også i arbeidslivet. Det må utbygges tjenester med praktisk trening i daglige gjøremål, med mål om å delta i arbeid og andre hverdagslige aktiviteter. Praktisk trening må styrkes og supplere dagens oppfølgingstilbud, som i stor

grad er samtalebasert. Et tettere samarbeid mellom NAV, arbeidsplasser, fastleger og kommunale rehabiliteringstjenester vil gi helhet og sammenheng. Det er en forutsetning at arbeidstrening knyttes til reelle arbeidsplasser, hvor de aktuelle brukerne har mulighet til å fortsette i arbeid. I engelsk litteratur omtales dette som «place and train».

Re-/habiliteringstilbud i egne, kommunale institusjoner gir dokumentert bedre effekt enn rehabilitering i sykehjem. Spesielt mangler kommunene dag- og døgntilbud for brukere med psykiske lidelser, sansetap og redusert kognitiv funksjon.

Internasjonal forskning dokumenterer at rehabilitering har effekt når den er brukerstyrt, har konkrete brukerdefinerte aktivitetsmål, er tverrfaglig og knyttes til hjem og nærmiljø. Det skjer likevel svært lite forskning innen kommunal re-/habilitering i Norge. Det er behov for dokumen-



tasjon og kunnskapsutvikling om metodikk og gevinster for brukere og for kommunal økonomi.

Mange kommuner mangler ergoterapitjenester, eller har så begrensede ressurser at ergoterapi er avgrenset til formidling av hjelpemidler. Dette gir lange ventelister samt manglende tilbud i funksjonstrening, hverdagsmestring og sosial deltakelse for barn, unge, voksne og eldre.

STYRKING AV RE/HABILITERING I ØVRIGE TJENESTER I KOMMUNEN

Kommunene har prioritert pleie og omsorgstjenester og kompensierende tjenester framfor re-/habilitering og forebygging. Norsk Ergoterapeutforbund mener det

er behov for nytenkning, endring av holdninger og nye arbeidsmetoder i de kommunale tjenestene, der hverdagsrehabilitering er et godt eksempel. Tidlig og tverrfaglig re-/habilitering er en nøkkel for hverdagsmestring og deltakelse i samfunnet, og det reduserer eller utsetter behovet for mer omfattende behandlings-, pleie- og omsorgstjenester. Det er behov for å støtte mestringstankgangen innen ulike kommunale tjenester; NAV, skole- og opplæring, tjenester for innvandrere, personer med funksjonsnedsettelser, og innen psykisk helse- og rusarbeid.

Tjenester for personer med funksjonsnedsettelser og eldre må skreddersys ut fra funksjon

og personlige prioriteringer. Slik kan passiverende hjelpefeller og standardpakker unngås. Det innebærer også å avdekke hvem som trenger god pleie og trygg omsorg, slik at de også får riktig tjeneste til rett tid.

En tilnærming for utvikling av gode, brukerstyrte modeller er å stille spørsmålet Hva er viktig i livet ditt nå? i motsetning til å spørre om hva en trenger hjelp til. Dette utløser ressurser hos brukeren og for kommunen, samtidig som det støtter gode pasientforløp.

TI ANBEFALINGER FRA NORSK ERGOTERAPEUTFORBUND:

- Støtte utvikling av gode pasientforløp som tar utgangs-



punkt i spørsmålet «Hva er viktig for deg?»

- Utvikle bedre flyt og effektivisering med IKT-løsninger ved pasientforløp, journalføring og hjelpemiddelsøknader og hjelpemiddelformidling
- Opprettholde spesialisthelsetjenestens kapasitet og spesialkompetanse
- Etablere finansieringsordning av poliklinisk virksomhet og tverrfaglige ambulante tjenester utført av flere yrkesgrupper, inkludert ergoterapeuter
- Trappe opp kommunal re-/habilitering med øremerkede midler og konkrete mål for kompetanse, kapasitet og kvalitet
- Sikre at alle kommuner har ergoterapitjenester ved å etable-

re fastlønnskutt for å dekke behovet for ergoterapeuter

- Umiddelbar oppfølging ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten
- Trappe opp psykisk helsearbeid, med særlig satsning på tjenester som vektlegger mestring av arbeid, hverdagsaktiviteter og sosial deltakelse
- Satse på tverrfaglige modeller for hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, der en også inkluderer personer med tidlig demens og psykiske lidelser
- Introdusere og undervise i velferdsteknologiske løsninger for å mestre og organisere hverdagslivet, tilrettelegging av barnehager, skoler, hjem og omsorgsboliger, inkludert telemedisinsk veiledning og tilsyn

AVSLUTNING

Re-/habiliteringstjenestene er i dag ikke godt nok utviklet i Norge. En styrking av tjenestene vil primært gi gevinster for de enkelte innbyggerne og brukerne, sekundært vil det gi samfunnsøkonomiske gevinster. Det siste vil ivareta bærekraftige helse- og velferdstjenester. For å oppnå dette, må det skje et fokusskifte innen helse- og velferdstjenestene, med større vekt på ressurser deltakelse og mestring. Det er et stort behov for mer forskning innen habilitering og rehabilitering, spesielt innen de kommunale tjenestene.

Norsk Ergoterapeutforbund mener det er behov for flere ergoterapeuter innen rehabiliteringstjenestene, samtidig kan ergoterapeuter yte relevante tjenester for å styrke hverdagsmestring og sosial deltakelse i en rekke områder innen kultur-, helse-, opplærings- og velferdstjenester.

Ergoterapeuter bidrar til innovasjon og nytenkning som støtter opp om reell brukerstyring, hverdagsmestring og tverrfaglig samarbeid. Norsk Ergoterapeutforbund er derfor bekymret over at det i Norge over lang tid ikke er satset på økning av ergoterapeutstillinger, som også er anbefalt i NOU11:2011, «Innovasjon i omsorgen». Mange kommuner mangler eller har mangelfulle ergoterapitjenester. I de fleste kommuner med ergoterapeut er det lange ventelister. Sammenlignet med Sverige og Danmark har Norge langt færre ergoterapeuter per ti tusen innbyggere. I tillegg har landet vårt lange avstander, som gjør nødvendig hjemmerehabilitering og ambulante tjenester mer tidkrevende.

Hele dokumentet med 40 anbefalinger ligger på Ergoterapeutenes nettside: ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/vi-mener/Standpunkt.

Referanser

Inger johansen (2013) Effekten av tverrfaglig døgnbasert rehabilitering av eldre i to ulike modeller i primærhelsetjenesten - en åpen prospektiv sammenliknende studie og en oppfølgingsstudie.

Se litteraturgjennomgang i Tuntland og Ness (2014) Hverdagsrehabilitering Riksrevisjonens (2012) Undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten Breivik 2010 Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2.-inletjenesten NIBR-rapport nr 2, Otterstad, Sykepleien nr 8 og 14, 2011

Jamfør KS og Kunnskapssenterets Læringsnettverk om gode pasientforløp i kommunene

Jamfør felles plattform om Kommunal rehabilitering (2013) fra FFO, Unge funksjonshemmede, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Ergoterapeutforbund

En brytningstid i helse- og omsorgsektoren

BETYDNING FOR REHABILITERINGSVIRKSOMHETEN

Helse- og omsorgssektoren er inne i en interessant utvikling politisk, faglig og kunnskapsmessig. Alderssammensetningen i samfunnet endrer seg samtidig som vi erkjenner at veksten i helsesektoren har begrensninger. Utfordringene har skapt et stort engasjement, ikke minst i rehabiliteringsfeltet. I denne artikkelen kommer jeg med noen tanker om rehabiliteringsvirksomhetens betydning i møte med utfordringene. Utgangspunktet mitt er kommunal helse- og omsorgssektor.

Av Oddrun Linge



Oddrun Linge ble utdannet egoterapeut i 1979 og har Master of Public Administration fra 2012. Hun er nå ansatt som rådgiver i rådmannens fagstab i Trondheim kommune. Hun er medforfatter i «Det handler om verdighet og deltakelse» (Bredland, Linge Vik).

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Høyre- og Fremskrittspartiregjeringen varsler en opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet. Den vil hindre nedbygging av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten før tilsvarende kapasitet og kompetanse er bygget opp i kommunene (Politisk plattform 2013). Det er ikke nytt at regjeringene signaliserer at rehabiliteringsfeltet må styrkes. Det ble blant annet framhevet i Stortingsmelding 21 (1998-99) Ansvar og meistring, i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011, s 6), i Samhandlingsreformen (St.meld 47, 2008-2009) og i Stortingsmelding 29 (2012-2014) Morgendagens omsorg.

«Rehabilitering har ikke den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Det overordnede målet for rehabiliteringsstrategien er å endre dette. Endringsarbeidet krever tiltak og innsats på mange områder og langsiktig utviklings-

arbeid.» (Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, 2008-2011, s.6).

ENDRINGER MÅ TIL

Det har vært mange ord og lite handling fra myndighetene på rehabiliteringsfeltet. Jeg velger å tro at det vil bli mer enn ord i årene som kommer. Ikke fordi det er en ny regjering, men fordi det er en økende erkjennelse i alle leirer av at endringer må til. Samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-2009)) beskriver utfordringen slik:

«Dersom ikke utfordringene møtes med tilstrekkelig vilje og evne til å utvikle nye løsninger, vil valget stå mellom to ikke ønskelige alternativer. Enten får vi en utvikling som blir en trussel mot samfunnets bæreevne, eller så blir det over tid nødvendig med prioriteringsbeslutninger som vil bryte med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen.» (s.14)

Trusselen mot bæreevnene handler både om at det er be-

grenset hvor stor andel av samlede ressurser som kan brukes til helse- og omsorgssektoren, og om at forholdet mellom personer i arbeidsstyrken og befolkningsmengden endres. Dersom vi viderefører dagens standard og dekningsgrad på tjenester, så vil de offentlige utgiftene komme til å øke fra 44 prosent av brutto nasjonalprodukt i dag til 55 prosent i 2060. Fram mot 2050 vil vi få en betydelig økning i antall eldre, mens andel yrkesaktive i samme periode sannsynligvis vil øke relativt lite. Økningen i andelen eldre mennesker vil også medføre økninger i aldersrelaterte sykdommer. Med samme standard på tjenestene som i dag vil behovet for arbeidskraft fordobles fram til 2050 (Samhandlingsreformen, s.24). Uavhengig av offentlig og privat økonomi vil det ikke være arbeidskraft nok til å takle utfordringene ved å gjøre mer av det vi alltid har gjort. I tillegg til disse utfordringene er det et stort forventningsgap mellom hva folk forventer og hva som er mulig for samfunnet å innfri, noe som øker presset og svekker tilliten til tjenesteapparatet. Dersom vi ikke viser evne eller vilje til nytenkning, vil kommunene etter hvert bli nødt til å prioritere strengere og redusere tilgangen og kvaliteten på tjenester.

FOKUS PÅ MULIGHETENE

Sannsynligvis kommer man ikke utenom visse innstramminger når det gjelder rettigheter og standarder, men oppmerksomheten bør samles om det store ubrukte potensialet som ligger i å opprettholde og bedre kvaliteten gjennom å utvikle alternative arbeidsformer. Derfor er det godt å se det store engasjementet for innovasjon som finnes i kommunene i dag.

Er det mulig å oppnå bedre kvalitet samtidig med at rammevilkårene strammes inn? Langt på vei mener jeg at svaret er ja, men det vil kreve en formidabel omstilling for hele tjenesteapparatet. Sterkt forenklet kan man si at helse- og omsorgstjenestene hittil har hatt fokus på å dekke behov for tjenester, mens man i framtida må ha fokus på å påvirke selve behovet. Det handler både om utforming av samfunnet (velferdsteknologi, universell utforming, avbyråkratisering og forenkling) og om å utvikle nye målrettede arbeidsmodeller i tjenesteapparatet, slik at vi forvalter ressursene på en bedre måte (bedre samordning og logistikk, teknologi, tiltak med dokumentert effekt på opplevd behov). Det overordnede målet for alt dette må være bedre helse og mestring.

Samfunnet (fellesskapet og myndighetene) og den enkelte borger har felles interesser av at behovet for tjenester er minst mulig, dekkes så effektivt som mulig og at behovet ikke varer lenger enn høyst nødvendig. God helse og mestring gir frihet og kontroll over eget liv, og samtidig gir det god ressursutnyttelse. Derfor øker politiske og administrative myndigheters interesse for helsefremmende og forebyggende arbeid og rehabilitering.

«Det er et mål å styrke brukernes muligheter for egenmestring og opprettholdelse av funksjonsnivå så lenge som mulig. Derfor må rehabilitering være en naturlig og selvstendig del av all innsats og pleie. Det ligger et rehabiliterende element i all god behandling.» (Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, kap.5.3)

I rehabiliteringsfaget framheves

betydningen av å ta utgangspunkt i brukerens mål, ikke bare fordi det er etisk riktig, men fordi det er nødvendig for motivasjon og resultat. Å starte med å spørre hva som er viktig for brukeren er derfor et gammelt prinsipp på dette tjenesteområdet (Bredland m fl 1. utg. 1996) som har fått ny aktualitet de siste årene i forbindelse med hverdagsrehabiliteringen.

«Sentralt er brukerstyrte tiltak med utgangspunkt i hva den enkelte synes er viktig å gjøre i hverdagslivet; Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» (Ness m fl 2012)

Tjenestemottakeren må tas på alvor, og vi må spille på lag med familien. Klarer vi ikke det, vil tjenestemottakeren og familien sitte igjen med en opplevelse av udekte behov og frustrasjon som vil øke etterspørselen etter tjenester.

Effektivisering har vært et upopulært tema i helsesektoren, muligens fordi man i liten grad har forent økonomi og helsefag i planleggingen av effektivisering. I helse- og omsorgssektoren handler effektivitet om å gjøre de riktige tingene på riktig tidspunkt og i riktig omfang.

PRIORITERE REHABILITERING

Rehabilitering har vært en lov-pålagt oppgave siden 1988, men oppgaven har hatt lav prioritet. Det er flere årsaker til dette, og jeg skal her komme inn på noen av dem.

Det er forskjellige måter å tenke på i prioriteringsdebatt. «Å prioritere dem som trenger det mest» er en vanlig måte å tenke på, og det er vanskelig å være uenig i en slik prioritering. Skal noe bort, må det bli det som ikke er «helt nødvendig». Folkehelse-

arbeid og rehabilitering nedprioriteres ut fra en slik tankegang. Hvis rehabilitering tildeles, blir det gjerne seint i tjenesteforløpet, gjerne når det nærmer seg behov for sykehjemsplass, noe vi ser mange eksempler på i kommunene i dag.

Svakheten med denne tankegangen er at de langsiktige konsekvensene av valgene man tar, kan få alvorlige konsekvenser både for den enkelte tjenestemottaker og for tjenesteapparatet som helhet. På lang sikt kan faktisk tilbudet til de mest hjelpetrengende gradvis bli dårligere fordi problemene ofte øker i påvente av hjelp. Når tilgangen på kvalifisert arbeidskraft og penger blir mindre, må tilgangen på tjenester gradvis innstrammes fordi det blir flere å fordele tjenestene på. Man kommer inn i en ond sirkel.

Prioritering ut fra prinsippet om effektiv bruk av ressurser vil gi en helt annen rangering og dimensjonering av tiltak enn om man prioriterer de sykeste eller de mest hjelpetrengende. Tjenestene må ha den tilsiktede virkningen og settes inn når virkningen er størst, det vil si tidlig i forløpet. De mest hjelpetrengende kommer faktisk best ut ved en slik prioritering, både fordi tilbud dekker behovet bedre, fordi presset på sykehjem blir mindre, og fordi man kan frigjøre ressurser til å hjelpe flere. Forutsetningen for å bygge opp en tjeneste ut fra dette prinsippet er kunnskap om hvilke tiltak og arbeidsformer som er mest effektive. I tillegg betinger det store omfordelinger av ressurser, og det kan skape sterk motstand.

Det kan i praksis være vanskelig å frigjøre ressurser til å styrke forebygging og rehabilitering. Ideelt skulle man hatt ekstramid-

ler i en periode til å bygge opp noe nytt som kan gi innsparing på sikt, ofte omtalt som pukkeeffekten. Problemet er at midlene må tas fra et annet sted. Innsparingseffekten av rehabilitering kan legges inn i budsjettet, men man må da være oppmerksom på at effekten av rehabilitering ikke kommer i rehabiliteringstjenestene, men innen pleie og omsorg, og ressursene der er marginale.

De som trenger rehabilitering mest, er de som har størst utbytte av tilbudet. Det handler om å ha styringen over eget liv lengst mulig. De som kommer høyest opp på prioriteringslista er de som vil tape mest livskvalitet og mestringsevne ved å utsette eller ta bort tilbudet.

Det er vanskelig å skille rehabilitering fra andre tilbud. Derfor er det også lett å prioritere ned innsatsen og likevel hevde at rehabilitering er ivaretatt som oppgave.

Lav prioritering av rehabilitering kan også skyldes at rehabilitering er en liten del av en stor sektor. Innflytelsen blir deretter. Ønsker ergoterapeuter innflytelse utover egen tjeneste? Innflytelse betyr ikke nødvendigvis å få medhold, men å ta et medansvar for de beslutningene som tas i tjenesteapparatet som helhet. Det er dessverre få ergoterapeuter som viser interesse for arbeid på systemnivå, til tross for mye relevant kunnskap. For å få innflytelse må man være tilstede der avgjørelser tas, ha evne til å se sin tjeneste som en del av en større sammenheng, og ha kunnskap om hvordan de ulike delene av tjenesteapparatet påvirker hverandre.

EFFEKTIV BRUK AV RESSURSER I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN
Effektiv bruk av knappe ressurser og god kvalitet er etter min

mening to sider av samme sak. Kvalitet handler om at tiltakene har god virkning på behov. Det blir ikke god kvalitet av å sette inn mer tjenester dersom det er feil tjeneste til feil tid. Det er ikke alle problemer som kan løses, men det må alltid være rom for å prøve seg fram når man er usikker på hva som er den riktige løsningen. Men tiltak som ikke virker, bør avsluttes.

Terskelen for å prøve rehabilitering bør være lav fordi rehabilitering innebærer en vurdering av muligheter, og er dermed også et godt grunnlag for å velge andre tjenester. Men vi ser ofte at rehabilitering prøves flere ganger også etter at man har konkludert med at det ikke fører til bedring. Årsaken er sannsynligvis at de tjenestene det er behov for, ikke finnes, eller at kapasiteten er for liten. Dimensjoneringen av de ulike tjenestene kan være feil. Få rehabiliteringsplasser med god sirkulasjon (gjennomstrømming) er bedre enn mange plasser med lav sirkulasjon. For å få til riktig dimensjonering av tjenester, må man ha gode styringsdata.

Kost/nytte-vurderinger har ikke vært helt «stuerent» i helsefagmiljøene, men har likevel vist seg å være en sentral årsak til hverdagsrehabiliteringens gjennomslag i Skandinavia. De ressursmessige konsekvensene av prioriteringer og valg av tiltak eller strategier er viktige. Uvilje til å «blande inn økonomi», som mange sier, har etter min mening skadet helsesektoren som helhet og rehabiliteringsfeltet i særdeleshet. Rehabilitering er en målrettet tjeneste som både ivaretar individuelle mål, styrker mestringen av egen hverdag og utnytter ressurser på en god måte. Derfor kan rehabilitering være et vik-

tig virkemiddel i effektivisering av helse- og omsorgssektoren. Folkehelsevirksomhet er minst like viktig som rehabilitering, men det tar lengre tid før effekten kommer. I rehabilitering kommer effekten raskt, vel og merke om tjenesteapparatet er i stand til å identifisere og prioritere personer med rehabiliteringspotensial (rehabiliteringsbehov). Innsatsen skal være tidsavgrenset og intens, etterfulgt av et lavere innsatsnivå som vedlikeholder resultatet.

Tjenestemottakerens subjektive opplevelse av behov er viktig. Jeg tror at vår evne til kommunikasjon og samhandling med tjenestemottaker og deres familie vil være avgjørende for presset på tjenesteapparatet i årene som kommer. Det brukes i dag store ressurser for å forholde seg til frustrerte brukere og familier og behandle klager. Urealistiske forventninger er en stor utfordring i offentlig sektor, og det er ingen tegn til at forventningene vil bli mindre. Offentlig debatt om muligheter og prioriteringer er viktig for å påvirke befolkningens forventninger. Utfordringen er å øke tilliten til systemet. Skal det bli mulig må folk være med på å vurdere mulighetene både på individnivå og systemnivå, og erfare at de vurderingene som blir gjort, er gode. Også her er tidlig innsats avgjørende. Folk som ikke når fram i systemet, og går og plages mens de venter på hjelp, mister tilliten til systemet. Jeg tror ikke at reell brukerinnflytelse er kostnadsdrivende, tvert imot. De mest fornøyde tjenestemottakerne er de som blir sett og forstått, ikke de som får mest. En person som opplever seg sett og forstått, og som deltar i vurderingen av mulighetene, vil ha lettere for å mobilisere egne ressurser enn

en som opplever seg misforstått, og vil også være mest tilbøyelig til å slå seg til ro med tingenes tilstand.

BEHOV FOR BEDRE STYRINGS-DATA INNEN REHABILITERING

Dersom lokale og sentrale myndigheter skal prioritere rehabilitering, må man ha bedre styringsdata enn vi har i dag.

Rehabilitering er vanskelig å måle og blir derfor lett usynlig i offentlige statistikker, for eksempel i KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). KOSTRA er et nasjonalt rapporteringssystem som gir statistikk over ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydelers og fylkeskommuner. Slike statistikker gir viktig informasjon til beslutningstakere i kommune og stat (www.regjeringen.no og www.ssb.no). Kvaliteten på tallene varierer, blant annet fordi kommunene registrerer ulikt og fordi organisering påvirker rapporteringen. Rehabilitering registreres på en felles kode for «behandling og rehabilitering», og data på rehabilitering kan derfor ikke trekkes ut. Det rapporteres årsverk for fysioterapeuter, men ikke ergoterapeuter.

Fagmiljøet i kommunesektoren er fragmentert, og både rapporteringssystemer og forskningen preges av dette.

«Også i kommunene der rehabilitering er prioritert, vises det til at det er en utfordring å få gode data som bekrefter fordelene med rehabilitering, inkludert langsiktige gevinster. Slike data vil gjøre det enklere å argumentere for prioritering av rehabilitering» (Riksrevisjonens rapport, s 50).

En av grunnene til at rehabili-

tering blir usynlig i offentlige statistikker, ligger i fagmiljøet, som blant annet har vanskelig for å bli enige om hva som skal registreres. Kanskje er også profesjonene mer opptatt av å dokumentere eget fag enn rehabilitering. En annen grunn er at man er redd for at statistikken kan misbrukes. Resultatet er uansett at andre tjenester dominerer offentlige statistikker og også av den grunn vinner mer oppmerksomhet hos beslutningstakerne.

Registrering av rehabiliteringsbehov er ikke satt i system verken i helseforetak eller i kommunene. Det kan ha sammenheng med lite kunnskap om rehabilitering i tjenesteapparatet som helhet, og dermed liten evne til å gjenkjenne et rehabiliteringsbehov når man møter det. Det handler også om at fagsystemene våre ikke har innebygd registrering av rehabiliteringsbehov.

IPLOS er et sentralt helseregister med standardiserte data med opplysninger av betydning for vurdering av bistands- og tjenestebehov. IPLOS er utviklet for at helsemyndighetene nasjonalt, regionalt og lokalt skal kunne utvikle tjenestene på grunnlag av kunnskap om søkeres/tjenestemottakeres bistandsbehov og kan følge med på utviklingen (www.helsedirektoratet.no). Registeret gir landsdekkende statistikk om alle lovpålagte helse- og omsorgstjenester og er obligatorisk i alle kommuner. Helsedirektoratet er databehandlingsansvarlig for IPLOS-registeret.

IPLOS-registeret inneholder ADL-data og koder for tiltak. Her kan man registrere tildelte tjenester som oppsøkende rehabilitering, dagrehabilitering og døgnrehabilitering. Tildelte tjenester er imidlertid ikke det

samme som behov. Koden for oppsøkende rehabilitering er lite brukt, blant annet fordi det er vanskelig å skille rehabilitering fra andre oppsøkende helsetjenester. ADL-data kan brukes for å vurdere pleietyngde, og de kan brukes som utgangspunkt for behovsvurdering. Før man kan si noe om reelt tjenestebehov, må man vurdere mulighetene til å påvirke funksjonsnivå og mestringsevne. Den dagen IPLOS-registreringen inkluderer en slik vurdering, vil registeret gi store muligheter for tjenesteplanlegging.

Siden myndighetene ikke stiller krav om innhold og kapasitet, er det vanskelig å måle om omfanget eller dekningsgraden på rehabiliteringstjenester er tilfredsstillende, men man kan bruke statistikken som grunnlag for diskusjoner, erfaringsutvikling og sammenligning mellom kommuner.

De siste tjue årene har modernisering av offentlig sektor handlet om nye organisasjonsformer og styringsmekanismer med fokus på konkurranseutsetting og markedsliknende prinsipper kjent under navnet New Public Management (NPM) (Busch m fl 2009). Ved konkurranseutsetting og privatisering av offentlige oppgaver må bestillerrollen skilles fra utførerrollen (bestiller-utfører-modeller). Bestilleren kartlegger behov, og utføreren gjør oppgaven på tilmålt tid. Det hjelper ikke å gjennomføre et tiltak på en rasjonell måte dersom det er feil tiltak, eller til feil tid, men det er sjelden tjenester tas bort i dette systemet. Det kan derfor bli et dyrt system dersom forebygging og rehabilitering ikke brukes bevisst som et virkemiddel for å påvirke behovet for tjenester tidlig i pasientforløpet.

FELLES FORSTÅELSE FOR REHABILITERING

Helse og omsorg er en stor sektor som må endre tankesett hvis vi skal klare å møte framtidens utfordringer med en bærekraftig tjeneste av god kvalitet. Endring av tankesett er svært krevende. Det finnes mange motkrefter, både i og utenfor fagmiljøet. En så sammensatt tverrfaglig virksomhet krever balansering av ulike interesser. Knapphet på ressurser kan skjerpe motsetninger og hindre nytenkning.

Riksrevisjonen (2011-2012) foretok i 2011 en undersøkelse om rehabiliteringsvirksomheten i helsesektoren. I intervjuene peker flere av kommunene på at rehabilitering er noe som foregår som en del av alle kommunens tjenester, og at det er viktig med felles forståelse både av hva rehabilitering er, og hva rehabilitering innebærer. Riksrevisjonen sier videre at forholdet mellom pleie og omsorg og rehabilitering er et utfordrende område. Etter min mening kan det samme sies om forholdet mellom behandling og rehabilitering.

Felles forståelse handler om språk og begrepsbruk, men tydelige definisjoner skaper i seg sjøl ingen felles forståelse. Det vil alltid være tolkningsmuligheter. Veien mot felles forståelse handler også om helhet og sammenheng, felles mål og konsekvensene av de valgene vi gjør i en budsjettprosess.

Etter min erfaring er det bred konsensus om begrepet rehabilitering slik det er definert i Stortingsmelding nr. 21 (1998-1999): «tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin

eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og mestringsevne, sjølvstende og delta-king sosialt og i samfunnet.»

Begrepet er ikke entydig, og har vært diskutert både før og etter at denne definisjonen kom. Virksomhetsområder er sammensatt og mangfoldig, og vil alltid være det. Det er ikke alle som identifiserer seg med rehabiliteringsbegrepet sjøl om arbeidet deres kan passe inn under definisjonen for eksempel innen det spesialpedagogiske området. Nye begreper kan oppstå fordi det er behov for å nyansere et fenomen, eller fordi det kan være enklere å finne opp nye begreper enn å komme fram til felles forståelse av det gamle begrepet. Bruken av ordene «mestring», «hverdagsmestring» og «hverdagsrehabilitering» er eksempler på det.

Det er viktig å være seg bevisst at diskusjonene om begreper handler om mer enn felles forståelse av rehabilitering som fag. Det kan handle om rivalisering mellom tjenesteområder og profesjoner, definisjonsmakt og uenighet om prioriteringer og ressursfordeling.

Ulike meninger er en forutsetning for tverrfaglig samarbeid og for utviklingen, ikke en hindring. Aktørene har ulikt ståsted og perspektiv og belyser ulike elementer av ett og samme fenomen. Felles forståelse for oppgaven er viktig i enheter der man samarbeider tett over tid, men samtidig må vi samarbeide med andre som ikke har den samme forståelsen. Det viktigste er at målet er klart, og at bidragsyterne forplikter seg til felles mål.

Begrepene rehabilitering, mestring, hverdagsmestring eller hverdagsrehabilitering brukes noe forskjellig i dokumenter og

organisasjoner. Enhver organisasjon må bygge på kunnskap og muligheter som allerede finnes i organisasjonen. Kommunene har flere lovpålagte oppgaver, men står i dag fritt til å velge hvilke profesjoner som skal tilsettes for å utføre oppgavene bare man sørger for nødvendig kompetanse for å ivareta de oppgaver man er pålagt. Effektiv bruk av knappe ressurser handler også om riktig bruk av kompetanse. Kommunens ansvar for tekniske hjelpemidler kan for eksempel ivaretas de fleste helseprofesjoner, men det er ikke alle som gjør oppgaven like effektivt. Det samme kan sies om rehabilitering som lovpålagt oppgave.

KOMPETANSE OG KUNNSKAP

Et felles tankesett øker sjansen for å få til et helhetlig forløp der alle jobber mot felles mål. I tillegg må det være noen som har kunnskap og ferdigheter til å utføre rehabilitering som oppgave, og det krever kunnskap om tverrfaglig samarbeid. Kommunen har ansvar for mange ulike oppgaver, og alle kan ikke være like gode på alt. Et felles tankesett som bygger på forebygging og mestring, er ikke nok for å ivareta rehabilitering som oppgave. En slagrammet person har for eksempel behov for bistand fra flere aktører som er trent til å utføre rehabilitering som oppgave, særlig i starten på prosessen. Minimumskompetansen for å ivareta denne oppgaven er etter min mening tilgang på ergoterapeut, fysioterapeut, logoped, lege og sykepleier. På slutten av rehabiliteringsprosessen skal tiltakene integreres i hverdagsaktiviteten og kan assisteres av folk uten spesiell kompetanse.

Behovet for ny kunnskap gjelder både individnivå og system-

nivå, inkludert kunnskap om hva som er god ressursutnyttelse ved organisering av rehabilitering. Et godt eksempel på dette er studiene til Inger Johnsen (2012), som viser at personer som fikk tilbud om rehabilitering i eget døgnbasert kommunalt rehabiliteringssenter, økte funksjonsevnen med nesten det dobbelte i løpet av omtrent halvparten så lang tid sammenlignet med eldre som ble rehabilitert i korttidsplasser ved seks ulike sykehjem.

Utenfor institusjon er det ikke like lett å skille rehabilitering fra andre oppgaver, men for meg har det vært fruktbart å skille mellom hverdagsmestring (tankesettet) og hverdagsrehabilitering (oppgaven). Noen personer trenger rehabilitering, andre ikke. Tankesettet er viktig for å identifisere dem som har behov for rehabilitering, og for ivaretagelse av helse og mestringsevne gjennom hele tjenesteforløpet. Uansett hvilken oppgave som skal utføres, blir effekten størst når den utføres av fagfolk med nødvendig kompetanse. Når problemstillingen er sammensatt og en person ikke mestrer hverdagen tilfredsstillende, bør rehabilitering prøves i en tidsavgrenset periode før andre alternativer.

ERGOTERAPEUTENES ROLLE I FRAMTIDA

Ergoterapeutene bør ha en selvfølgelig plass i et tjenesteapparat som vektlegger forebygging og mestring av egen hverdag. Den framtidige rollen vår vil avhenge av samfunnets erfaringer med ergoterapitjenester, evnen til å samarbeide og til nytenkning. Nytenkning betinger evne til å løfte blikket og se sin tjeneste som en del av et større system.

I min arbeidshverdag registre-

rer jeg at flere og flere deler av tjenesteapparatet ser nytten av ergoterapeutenes kompetanse, både i hjemmetjenester, bofelleskap, aktivitetstilbud og forvaltningskontor (tildelingskontor), i tillegg til rehabiliteringstjenestene i og utenfor institusjon. Det jeg gjerne skulle sett mer av, er flere ergoterapeuter som viser interesse for innovasjon, ledelse (topplederstillinger), forskning og utviklingsarbeid på systemnivå, det vil si interesse for utvikling av tjenesteapparatet i årene som kommer.

Referanser

- Bredland, Linge, Vik (1996) 1.utg *Det handler om verdighet*
- Bredland, Linge, Vik (2011) 3.utg *Det handler om verdighet og deltakelse Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011*. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9
- St.meld 21 (1998-1999) Ansvar og Mestring
- St.meld 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
- Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*
- Høyre og Fremskrittspartiet (2013) *Politisk plattform*
- Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten. Dokument 3:11 (2011–2012)
- Busch m fl (2009). *Modernisering av offentlig sektor*. Universitetsforlaget
- Ness, NE mf (2012): Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Rapport fra felles prosjekt «Hverdagsrehabilitering i Norge» med KS, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Ergoterapeutforbund
- Kjellberg, P. sept. 2010: *Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune*. 1. devaluering. Notat udarbejdet til Fredericia Kommune, Dansk Sundhedsinstitut

Fra ord til handling

– OM TEORI OG PRAKSIS I REHABILITERING

Rehabilitering er et fagområde som preges av flotte ord og intensjoner. Utfordringen er å følge opp dette i praksis. I denne artikkelen ønsker vi å belyse hvordan teoretisk forståelse og en god «rehabiliteringsholdning» kan omsettes i konkrete handlinger i hverdagsrehabilitering.

Av Mari Klokkerud, Anne-Lene Sand-Svartrud og Ingvild Kjekken



Mari Klokkerud er ergoterapeutspesialist og forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering ved Diakonhjemmet sykehus.

E-post: mari.klokkerud@diakon-syk.no



Anne-Lene Sand-Svartrud er ergoterapeutspesialist, mastergradsstudent, og arbeider ved Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering ved Diakonhjemmet sykehus.



Ingvild Kjekken er ergoterapeutspesialist og seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering ved Diakonhjemmet sykehus, og førsteamanuensis ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. E-post: ingvild.kjekken@diakonsyk.no

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

HVA ER REHABILITERING?

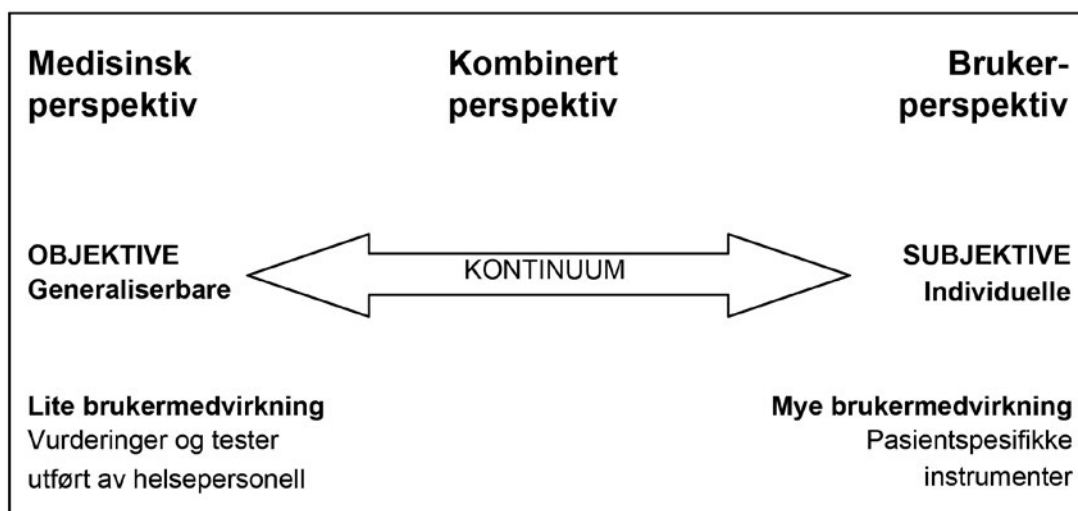
Begrepet «rehabilitering» har sin opprinnelse i det engelske ordet «replace» og «habilitate». «Replace» betyr å erstatte det tapte, og «habilitate» betyr å gjøre i stand til. Slik favner rehabilitering både et bakoverskuende perspektiv med «livet før» som referanse, og et fremadrettet perspektiv med fremtidig mestring som mål.

I Stortingsmelding 21/99 defineres rehabilitering som: «tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet» (1). I denne definisjonen fremheves brukers egen innsats og at helsepersonell er brukers assistenter. Det er altså brukeren som «eier» rehabiliteringsprosessen, og det er hennes eller hans behov som skal være utgangspunktet for prioriteringer, tiltak og organisering av rehabiliteringsarbeidet. Aktørene er ikke begrenset til helsepersonell, noe som signaliserer et bredere anlagt perspektiv, der ulike faginstanser og etater må samarbeide rundt brukeren, og der også familie og nettverk kan spille en viktig rolle. Videre er deltakelse sosialt og i samfunnet et uttalt mål. En konsekvens av dette er at tiltak og løsninger må fungere i brukers hverdag og lokalmiljø, noe som passer godt med hverdagsrehabilitering (2).

I Lærebok i rehabilitering (3) skriver Conradi og Rand-Henriksen at brukers rehabiliteringsprosess ikke nødvendigvis starter ved ervervelsen av en funksjonshemming, men ved erkjennelsen av den. En slik erkjennelsesprosess kan innebære:

- Sorg over manglende funksjoner og muligheter
- Erkjennelse av muligheter og begrensninger
- Orientering mot ny, for individet tilfredsstillende funksjon

Her synliggjøres både et indre perspektiv med hovedfokus på individets opplevelser og endringer,



Figur 1: Kategorier av vurderingsinstrumenter klassifisert ut fra grad av brukermedvirkning (6).

og en handlingsorientert forståelse av helse, med vekt på personens livsmål. Livsmål kan innebære alt fra personens overordnede prioriteringer og planer for livet til en konkret bevissthet om oppgaver i det daglige for å nå det man håper og drømmer om (4).

HVILKE HOLDNINGER FREMMER GODE REHABILITERINGSPROSESSER?

Felles for definisjonene ovenfor er vektleggingen av rehabilitering som en målstyrt prosess, hvor personen som er i rehabilitering, ut fra kunnskap om egen hverdag og verdier bør definere hva som er de viktige målene. Dette kan ofte komme i konflikt med den ekspertrollen vi som helsepersonell er opplært og sosialisert inn i. Mange av oss har nok opplevd episoder hvor vi tenker at brukeren ikke innser og forstår sitt eget beste. Vi vil mye på vegne av brukeren, og vi tenker at vi vet så godt hvor skoen trykker, og hva som burde vært endret eller gjort. Det å bevisst utvikle og innstille seg på holdninger som fremmer brukers innsats og autonomi kan være nødvendig for ikke å overkjøre eller stå i veien for dem vi skal hjelpe.

Den kanadiske modellen for ergoterapi beskriver seks «byggesteiner» i fundamentet for samarbeidet med brukere (5):

1. Valg, risiko, ansvar – at vi anerkjenner at mennesker har rett til å ta risiko og treffe valg som kanskje er annerledes enn det vi selv foretrekker
2. Brukermedvirkning – at vi samarbeider med brukere om beslutninger og vektlegger deres behov, ønsker og forslag i utforming av mål og tiltak
3. Visjoner om muligheter – at vi bidrar til å fremme

håp og optimisme og samarbeider om å finne eller skape muligheter

4. Forandring – at vi tror at forandring er mulig, og trekker brukeren aktivt med i endringsprosesser
5. Rettferdighet – at vi fremmer variasjon, rettferdighet og likeverd
6. Maktdeling – at vi tilstreber en horisontal, utforskende og undrende holdning og kommunikasjon

Byggesteinene beskriver holdninger og verdier som det kreves systematisk arbeid for å utvikle og opprettholde. I det følgende vil vi beskrive noen konkrete metoder som kan brukes for å omsette disse holdningene i konkrete handlinger gjennom de ulike fasene i rehabiliteringsprosessen.

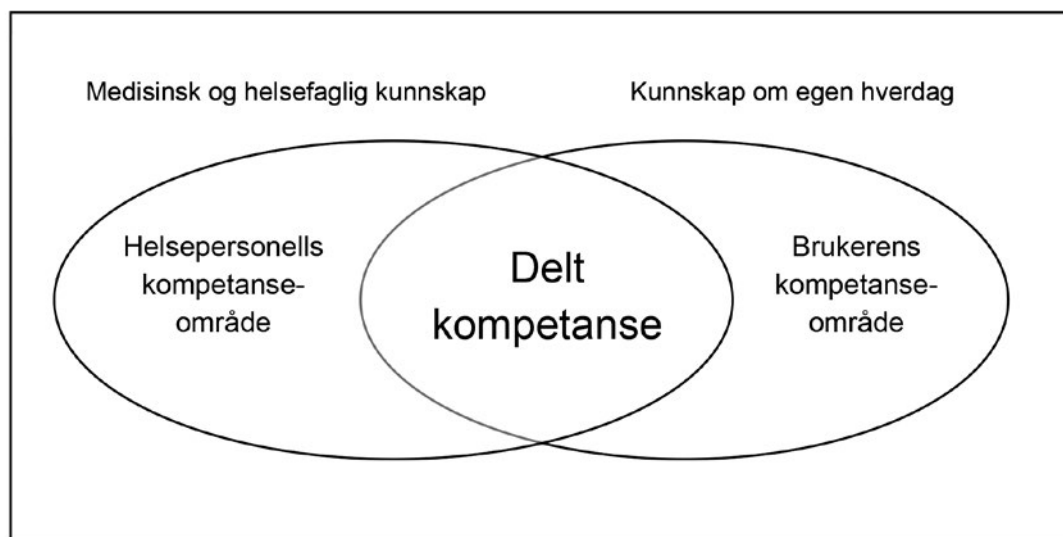
REHABILITERING SOM EN PROSESS I FEM TRINN

Rehabiliteringsprosessen er ifølge Verdens Helseorganisasjon en prosess med fem trinn (2) (s. 96):

1. Identifisere problemer og behov
2. Identifisere faktorer som kan påvirkes
3. Utarbeide mål
4. Iverksette planlagte tiltak
5. Evaluere effekt

REHABILITERINGSTRINN 1 OG 2: IDENTIFISERE PROBLEMER, BEHOV OG FAKTORER SOM KAN PÅVIRKES

En rehabiliteringsprosess starter gjerne med at bruker og helsepersonell sammen gjør en vurdering av helse- og funksjonsproblemer (6). Dette danner grunnlaget for å utarbeide mål og diskutere aktuelle tiltak, og vil også gi mulighet til systematisk å evaluere virkningen av tiltakene over tid. I denne



Figur 2: Interaksjonsmodellen og kompetansedomener, basert på Falardeau og Durand (12).

fasen bør man inkludere et instrument som fra første stund trekker brukeren aktivt inn i prosessen (2;6).

Vurderingsinstrumenter kan grovt sett deles inn i tre kategorier (6) (Figur 1). En hovedkategori er instrumenter som er utviklet innenfor et medisinsk perspektiv med vekt på å skille friskt fra sykt, og på å gradere avvik fra normal funksjon. Vurderingen foregår enten ved bruk av medisinsk-teknisk utstyr, for eksempel goniometer for måling av leddutslag, eller ved at helsepersonell på en standardisert måte observerer og graderer hvordan brukeren utfører forhåndsdefinerte handlinger eller aktiviteter. Denne typen instrumenter kan gi verdifull informasjon om observert funksjonsnivå, men gir ikke informasjon om brukerens opplevelse av egen funksjon eller om hva brukeren selv er opptatt av å mestre.

Den andre kategorien instrumenter har et kombinert perspektiv. Eksempler på dette er standardiserte spørreskjemaer hvor brukeren selv angir opplevelse av for eksempel smerte, aktivitetsutførelse eller livskvalitet. Her er det brukerens perspektiv som er gjeldende i graderingen av egne symptomer eller aktivitetsutførelse. Men siden spørsmålene tar utgangspunkt i en oppfatning av hva som er vanlige problemområder for mennesker med en gitt diagnose eller problemstilling, og derfor er like for alle, gir heller ikke denne kategorien instrumenter informasjon om hva den enkelte bruker er opptatt av.

I rehabilitering anbefales det derfor å inkludere et instrument fra den tredje kategorien - de pasientspesifikke instrumentene. Disse har til felles at brukerens perspektiv ivaretas både ved at hun/

han velger *hva* som skal vurderes og deretter selv angir *hvordan* hun/han opplever sin funksjon for de utvalgte aktivitetene eller helseaspektene (6).

Eksempler på pasientspesifikke instrumenter som er brukt i rehabilitering i Norge er the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (7), the Patient Specific Functional Scale (PSFS) (8), the Goal Attainment Scale (9) og the Patient Generated Index (PGI) (10).

I hverdagsrehabilitering brukes COPM. Dette bidrar til å sikre at brukerens behov og ønsker vektlegges, fordi man aktivt etterspør hennes/hans vurdering av hva som er viktige, men utfordrende aktiviteter i hverdagen. Forskning underbygger også at bruk av pasientspesifikke instrumenter som fordrer aktiv medvirkning fra brukeren, gjør rehabiliteringen mer målrettet og effektiv (11).

Ofte vil man i løpet av et COPM-intervju dessuten få annen nyttig informasjon om blant annet frustrasjon, følelse av mestring, og hvilke knep og strategier den enkelte har utviklet og bruker. Dette gir innblikk i hvor brukeren er i erkjennelsesprosessen i forhold til egne muligheter og begrensninger, og sikrer at man kan rette tiltakene mot å bedre utførelse og/eller tilfredshet med aktiviteter som brukeren er motivert til å jobbe med.

I intervjuet tar en for seg utfordringer og aktivitetsproblemer. Når intervjuet er avsluttet, anbefales det å skifte fokus og aktivt etterspørre brukerens ressurser. Hvilke egenskaper og ferdigheter har hun eller han som det kan være viktig å ta i bruk under rehabiliteringsprosessen? Er det personer i fami-

lie eller nettverk som kan bidra med positiv støtte underveis?

Brukeren vil også som regel ha ideer om tiltak som kan bidra til bedre mestring. Det kan da være fornuftig å etterspørre brukerens refleksjoner rundt hva som kan påvirkes, hva man bør ta tak i først, og forslag til løsninger eller tiltak. Det er også en konkret måte å vise at både bruker og helsepersonell har mulighet og ansvar for å komme med løsningsforslag, og for å bidra til oppfølging av beslutningene i etterkant. Ofte kan det være lurt å gjøre dette før man selv kommer med forslag. Mange vil også trenge litt tid til å tenke, og kanskje diskutere med pårørende, før de kommer tilbake med sine ideer.

Videre kan det være klokt å spørre om det er greit at en selv kommer med forslag. Kombinasjonen av å etterspørre brukerens synspunkt og å få hans eller hennes tillatelse til å komme med innspill, blir dermed en slags mental kontrakt som innebærer en gjensidig forpliktelse til å være lydhøre for og ta hverandres innspill på alvor.

En diskusjon som ofte kommer opp, er hvem som skal ha avgjørende beslutningsmyndighet i spørsmål hvor bruker og helsepersonell er uenige. Dette dilemmaet drøfter Falardeau og Durand i en artikkel hvor de argumenterer for en forhandlingsorientert kommunikasjon (12) (Figur 2). Å innta en utforskende og undrende holdning kan innebære å bruke tid på at brukeren utdyper sine forslag og selv å be om å få forklare bakgrunnen for egne tanker og ideer. Forfatterne beskriver videre tre kompetanseområder som bør avklares: området hvor brukeren er ekspert, området hvor helsepersonell er eksperter, og et delt område hvor begge parter har likeverdig kompetanse og hvor beslutninger må tas i fellesskap.

Fordi hverdagsrehabilitering foregår i hjemmet, vil brukeren nødvendigvis ha mye kompetanse om hva som er viktig, nyttig og gjennomførbart. Det er likevel grenser for hvor langt denne kompetansen strekker seg, og behovet for rehabilitering indikerer at personen trenger hjelp fra noen med en annen kompetanse. Det er med andre ord også noen områder hvor helsepersonell har ekspertkompetanse og bør ha det avgjørende ord. Hvor disse grensene går, er det imidlertid ikke mulig å definere, fordi brukeres og helsepersonells kompetanse varierer. Videre vil brukerens kunnskap og erfaring med egen sykdom og behandling over tid ofte utvides, mens helsepersonell får mer kunnskap om den enkeltes hverdag gjennom samarbeidet med brukeren. Dette bidrar både til å styrke brukerens beslutningsmyndighet og

til å utvide det delte kompetanseområdet (12).

Rehabilitering kan dermed forstås både som en endringsprosess hvor brukeren arbeider med å gjenerobre viktige hverdagsaktiviteter, og en forhandlingsprosess hvor hun eller han sammen med helsepersonell avgjør hva som er viktig og mulig å oppnå i rehabiliteringen, og hvordan man skal jobbe sammen for å nå brukerens mål. I dette forhandlingsorienterte samarbeidet er noen beslutninger mest bruker-ledet. Andre beslutninger er mest helsepersonell-ledet (13).

I slike prosesser kan motiverende intervju (MI), også kjent som endringsfokustert veiledning, være en god kommunikasjonsform. MI er en pasientsentrert veiledningsstil som søker å fremme brukerens egen motivasjon for endring og rehabilitering, og dermed styrke muligheten for å lykkes i å oppnå varig endring som følge av rehabilitering.

Hensikten med motiverende intervju er ikke å presse brukeren inn i en endringsprosess. Kommunikasjonsteknikken tar snarere utgangspunkt i en empatisk tilnærming basert på respekt for individets opplevelse av egen situasjon og rett til å gjøre egne valg (14). Motiverende intervjuteknikker kan være et anbefalt redskap å ta med i en verktøykasse for rehabilitering.

REHABILITERINGSTRINN 3: UTARBEIDE MÅL

Rehabiliteringsmål beskriver en fremtidig tilstand som krever en innsats for å bli nådd. Målet er ofte en endring fram i tid. I blant er målet en opprettholdelse av nåværende situasjon, for eksempel ved risiko for forverring av sykdom eller skade (15).

Å jobbe med mål inngår i alle fem rehabiliteringstrinnene, det vil si fra motivasjon til formulering av konkrete mål, som så blir brukt i den konkrete behandlingen, og til slutt evalueres (13). Helsepersonell kan støtte brukeren i målrettede endringsprosesser ved å fokusere på positiv resultatforventning, mestringstro, spesifikke målformuleringer, konkrete handlingsplaner og tilbakemeldinger på gjennomføring av planene (16).

I rehabiliteringstrinn 1 og 2 fremmer helsepersonell målprosessen ved å bistå brukeren til et klart bilde av egen nå-situasjon og et overordnet eller langsiktig personlig mål (13).

I noen rehabiliteringskontekster er overordnede mål gitt av behandlerteamets finansiering eller offentlige oppdrag, som Raskere tilbake-tilbud med tilbakeføring til arbeid som overordnet mål. I situasjoner der rehabiliteringsteamet foreslår mål

for samarbeidet, er det viktig at brukeren kan gi sin tydelige tilslutning til det overordnede målet, slik at begge parter retter oppmerksomhet og innsats i samme retning (13;15).

Andre rehabiliteringssituasjoner hvor mål er forhåndsdefinert av helsepersonell, kan være egenmestringsprogram som angår helserelaterte livsstilsendringer. Gode personlige mål kan da utvikles ved å invitere brukeren til å velge en personlig målformulering innen et eller noen av endringsområdene i livsstilsprogrammet (for eksempel fysisk aktivitet, røyking, medikamentoppfølging, ernæringsrutiner eller stressreducerende vaner). Disse målene formuleres da som observerbar endring innenfor en angitt tidsramme (17;18).

Med utgangspunkt i brukerens beskrivelse av egen situasjon kan helsepersonell støtte personens mestringsprosess og positive resultatforventning i motivasjonsfasen ved fire strategier (13;16):

- tilrettelegge for mestringserfaringer
- formidle kunnskap om diagnosen og hva som påvirker symptomene positivt
- formidle andre brukeres erfaringer
- anerkjenne brukerens evne til å påvirke sin egen situasjon

Rehabiliteringsstrinn 3, «Utarbeide mål», innebærer å omforme det overordnede målet til en situasjonsbeskrivelse som er spesifikk, målbar og oppnåelig innen avtalt tid. Helsepersonell og bruker kan bruke nøkkelord for formulering av mål som er godt egnet for kliniske situasjoner. SMART-mål er et eksempel på slike nøkkelord, der hver bokstav står for et karaktertrekk ved målformuleringen (19). I rehabiliteringslitteraturen finnes flere varianter av hva SMART står for (15). Et eksempel er spesifikt, målbart, aktivtbasert, relevant og tidsangitt (19;20).

Endringsprosesser i rehabilitering kan angå flere dimensjoner av helserelatert funksjon, som observert adferd eller deltakelse i sosiale aktiviteter, personlig opplevelse av symptomer og kroppsfunksjon, eller personlig tolkning av tilfredshet og livskvalitet (19). Store formuleringer som «å bli så bra som mulig» eller «bli sånn jeg var før» kan være viktige opplysninger om hvordan brukeren opplever sin situasjon, men vanskelige å bruke direkte for å planlegge målrettede intervensjoner. Konkrete målformuleringer er enklest når de rettes mot aktivitetsutførelse (alene eller sammen med andre) eller kontekstuelle forandringer som er fysiske (som mottatte hjelpemidler eller grad av mottatt assistanse). Mål

som ikke er aktivitetsrelaterte, kan bli målbare ved å finne et eller flere trekk ved endringen som er observerbare (19). Et eksempel på det kan være å «Ha et selvbylde som forelder som gir tre flere positive kulepunkter i notatboka enn i dag, innen fire uker».

Neste fase i målprosessen betyr å planlegge konkrete tiltak som sannsynlig leder mot den spesifikke målformuleringen. I denne fasen er helsepersonells kliniske resonnering og kunnskap om behandlingsmuligheter viktig (13). Å planlegge og gjennomføre konkrete tiltak rettet mot målene, inkludert evaluering av måloppnåelse, er beskrevet under rehabiliteringsstrinn 4 og 5.

REHABILITERINGSTRINN 4: IVERKSETTE PLANLAGTE TILTAK

I ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer er det nedfelt at vi skal «drive kunnskapsbasert praksis som kan begrunnes ut fra brukerperspektiv, aktivitetsperspektiv, egne erfaringer og dokumentasjon i teori og forskning» (21). Faglige avgjørelser skal videre være basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerens ønsker og behov i en gitt situasjon. Hva som er nyttige tiltak, vil variere avhengig av hvilke utfordringer og mål brukeren har (2).

Det anbefales at tiltakene synliggjøres i en rehabiliteringsplan, hvor også ansvarsfordeling og tidsperspektiv for iverksetting og gjennomføring av tiltakene beskrives. Hvis det er flere spesifikke mål i et rehabiliteringsforløp, anbefales det å ha en rehabiliteringsplan til hvert mål (17;18). Gode eksempler på bruk av, og maler for, slike planer finnes både i en norsk (22), og i to engelskspråklige artikler (18;23), hvorav planen i den siste også er i bruk i kommunehelsetjenesten (23).

Både helsepersonell, bruker og eventuelt pårørende bør til enhver tid ha tilgang på siste oppdaterte versjon av rehabiliteringsplanen. Ligger rehabiliteringsplanen i en skuff, en mappe på datamaskinen, eller i en journal er det vanskelig å se for seg at brukeren vil oppleve planen som sin egen.

Helsepersonell har flere strategimuligheter til rådighet for å sikre kvaliteten på rehabiliteringsplanen (13):

- Formidle kunnskap om diagnose, anbefalte tiltak og bedringsforløp ved lignende situasjoner. Denne helsepersonellkompetansen er viktig også for å motivere til målsetting. Ved planlegging av tiltak er dette sentralt for å bidra til brukerens tro på effekten av tiltakene som blir valgt, og

- › Deltar brukeren i utforming og valg ved rehabiliteringsmål og tiltak?
- › Er det sammenheng mellom rehabiliteringsmål og tiltak?
- › Har brukeren tilgang til egen rehabiliteringsplan?
- › Gjør jeg som ergoterapeut noe for å fremme endring og måloppnåelse hos bruker?
- › Knyttes evaluering av effekt opp til rehabiliteringsmålene?
- › Overvåkes prosess og resultater ved hjelp av pasienttspesifikke instrumenter?

Figur 3. Sjekkliste for brukersentrert praksis.

- brukerens forståelse av forventet progresjon.
- Bruke nøkkelord for rehabiliteringsplaner som blir tilstrekkelig detaljerte (hvem skal gjøre hva, hvordan, hvor, når, hvor lenge, hvor ofte).
 - Etterspørre hvor sikker brukeren føler seg på gjennomføringen, gjerne ved å be henne/ham å gradere sin tro på dette på en skala fra 0 til 10, hvor 10 = «jeg er helt sikker på at jeg vil gjennomføre dette». Usikkerhet på gjennomføring (tilsvarende en score lavere enn 7) indikerer at tiltakene bør endres til et nivå hvor brukeren føler seg tilstrekkelig sikker.

Det kan styrke måloppnåelsen at vi samarbeider med brukeren for å identifisere sannsynlige risikosituasjoner som kan bli til hinder for gjennomføring av planlagte tiltak. Dette bør ikke være risikosituasjoner generelt, men basere seg på brukerens tidligere erfaringer i situasjoner som ligner det tiltaket som skal gjøres.

Rehabiliteringsplanen, inkludert strategier for eventuelle risikosituasjoner, kan fungere som en veileder og loggbok for brukerens egentrening sammen med informasjon om oppgaver og tiltak som helsepersonell har tatt ansvar for (23).

Når rehabiliteringsplanen er i gjennomføringsfasen, sikres måloppnåelsen best ved tiltak som gir brukeren tydelig tilbakemelding og oppmuntring underveis. En tydelig tilbakemelding er mestring av delmål. Derfor er det anbefalt at tiltak i rehabiliteringsplanen er kortsiktige og har god sannsynlighet for å bli gjennomført. En annen form for tilbakemelding er at helsepersonell er lydhøre for brukerens forståelse av tiltakene som er i gang, og eventuelt tilbyr mer informasjon om forventet progresjon i bedringsprosessen. Det kan også skje at brukeren ønsker mer informasjon om hva tiltakene er ment å påvirke, og sammenhengen med målene som er definert. Dette for å styrke brukerens utholdenhet

og tilslutning til behandlingen, og tro på effekten av tiltakene (13;16).

En viktig faktor i gjennomføringsfasen er vurdering av om mål eller rehabiliteringsplaner må endres eller byttes ut. Det krever en ny forhandlingsorientert dialog mellom bruker og helsepersonell. Å opprettholde mål er aktuelt der bruker og helsepersonell mener det er god sannsynlighet for måloppnåelse. Å justere mål kan være en prosess med ned- eller oppjustering av ambisjoner, ny vurdering av nå-situasjonen eller nye refleksjoner for å identifisere alternative mål (13;23-25).

REHABILITERINGSTRINN 5: EVALUERING AV EFFEKT

For å kunne overvåke og evaluere resultatene av en rehabiliteringsprosess må vurderingene som ble gjort ved oppstart, gjentas underveis og ved avsluttet rehabilitering. Da er det viktig at instrumentene som ble brukt innledningsvis, er egnet til å fange opp en eventuell endring som følge av rehabilitering. Ikke alle instrumenter gjør det. Studier indikerer at pasientspesifikke instrumenter er mer sensitive i forhold til å fange opp langtidseffekter av rehabilitering enn standardiserte spørreskjema (10). Dette gjelder også COPM, hvor det gjentatte ganger er dokumentert at instrumentet er godt egnet til fange opp og tallfeste effekt av rehabilitering (11;26;27). Dette skyldes antageligvis at pasientspesifikke instrumenter måler endring i forhold til aktiviteter som brukeren selv har definert som utfordrende. Dermed er det stor sannsynlighet for at potensialet for forbedring er stort, at brukeren er motivert for å gjøre en innsats for å oppnå bedre mestring, og at hun eller han registrerer at det skjer en forandring. En forutsetning for å oppnå god effekt er imidlertid at tiltakene er rettet mot å oppnå endring i de aktivitetene brukeren har prioritert i COPM.

Re-scoring underveis i rehabilitering kan være

motiverende både for bruker og helsepersonell for å se at det går fremover. Scoring etter avsluttet rehabilitering er viktig for å dokumentere nytten av rehabilitering. Ved å gjenta scoringen etter en tid får man også et mål for langtidseffekten.

I hverdagsrehabilitering skjer evaluering i brukers hjem gjennom muntlig re-scoring av de prioriterte aktivitetene i COPM. Dette sikrer at vurderingen gjøres i en trygg ramme, og at brukeren kan få veiledning i scoringsprosessen.

Det kan imidlertid være ressurskrevende. Et alternativ i andre behandlings- eller rehabiliteringsforløp er at brukeren får tilsendt et ark hvor hennes eller hans prioriterte aktiviteter er skrevet opp med tilhørende scoringsskalaer, og returnerer dette per post når hun eller han har fylt ut skjemaet. Et eksempel på et slikt skjema ligger også nedlastbart på hjemmesidene til Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (www.nkrr.no under Klinisk verktøykasse). Resultatene fra en norsk studie viser at denne formen for evaluering er like pålitelig som re-scoring ved intervju, og dermed et godt alternativ for å følge opp resultatene av rehabilitering over tid (28).

AVSLUTNING

Målet med denne artikkelen er å belyse hvordan teoretisk forståelse og gode holdninger kan omsettes i konkrete handlinger. Studier viser at helsepersonell ofte tror vi har en mer pasientsentrert praksis enn vi faktisk har (29), og at det i mange rehabiliteringssituasjoner ikke er samsvar mellom brukerens mål og helsepersonells mål. Dette kan skyldes at forventninger til innhold og resultater ikke blir snakket eksplisitt om, eller at den forhandlingsorienterte dialogen mellom partene blir dominert av helsepersonell (30;31). Flere hevder at undervisning og trening av både brukere og helsepersonell i å håndtere målprosesser kan bidra til å bedre praksis på dette området (17;20;23;29;32).

Som med mye annet krever en god rehabiliteringsholdning og -praksis jevnlig vedlikehold og trening, og ikke minst et kritisk blikk på egen yrkesutførelse. En god start kan være å stille oss selv noen sentrale spørsmål om egne arbeidsmetoder (Figur 3).

Referanser:

- 1 St.meld.nr.21. Ansvar og meistring - mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. 1999.

- 2 WHO. World Report on Disability. 2011.
- 3 Conradi S, Rand-Henriksen S. Funksjonshemming og rehabilitering - ideologi og virkelighet. In: Wekre LL, Vardeberg K, editors. Lærebok i rehabilitering: Når livet blir annerledes. 1 ed. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad @ Bjørke; 2004. p. 23-34.
- 4 Sivaraman Nair KP. Life goals: the concept and its relevance to rehabilitation. Clin Rehabil 2003;17:192-202.
- 5 Townsend E, Polatajko H. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation. Ottawa, Ontario: CAOT publications ACE; 2007.
- 6 Kjekken I, Kvien TK, Dagfinrud H. Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering. Tidsskr Nor Lægeforen 2007;127:598-9.
- 7 Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (Manual, norsk versjon). 4 ed. Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering. Diakonhjemmet Sykehus; 2008.
- 8 Westaway MD, Stratford PW, Binkley JM. The patient-specific functional scale: validation of its use in persons with neck dysfunction. J Orthop Sports Phys Ther 1998;27:331-8.
- 9 Steenbeek D, Ketelaar M, Galama K, Gorter JW. Goal attainment scaling in paediatric rehabilitation: a critical review of the literature. Dev Med Child Neurol 2007;49:550-6.
- 10 Klokkeud M, Grotle M, Løchting I, Kjekken I, Hagen KB, Garrat A. Psychometric properties of the Norwegian version of the Patient Generated Index in patients with rheumatic diseases participating in rehabilitation or self-management programmes. Rheumatology (Oxford) 2013;52:924-32.
- 11 Wressle E, Eeg-Olofsson AM, Marcusson J, Henriksson C. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. J Rehabil Med 2002;34:5-11.
- 12 Falardeau M, Durand MJ. Negotiation-centred versus client-centred: which approach should be used? Can J Occup Ther 2002;69:135-42.
- 13 Scobbie L, Dixon D, Wyke S. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework. Clin Rehabil 2011;25:468-82.
- 14 Barth T, Näsholm C. Motiverte samtale - MI. Endring på egne vilkår. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
- 15 Wade DT. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. Clin Rehabil 2009;23:291-5.
- 16 Scobbie L, Wyke S, Dixon D. Identifying and applying psychological theory to setting and achieving rehabilitation goals. Clin Rehabil 2009;23:321-33.
- 17 Teal CR, Haidet P, Balasubramanyam AS, Rodriguez E, Naik AD. Measuring the quality of patients' goals and action plans: development and validation of a novel tool. BMC Med Inform Decis Mak 2012;12:152.
- 18 Coleman MT, Pasternak RH. Effective strategies for behavior change. Prim Care 2012;39:281-305.
- 19 Bovend'Eerdt TJ, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. Clin Rehabil 2009;23:352-61.

- 20 Marsland E, Bowman J. An interactive education session and follow-up support as a strategy to improve clinicians' goal-writing skills: a randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract* 2010;16:3-13.
- 21 Ergoterapeutene. Yrkesetiske retningslinjer. 13-3-2014. Oslo, Norsk Ergoterapeutforbund. 13-3-2014.
- 22 Kjekken I, Westerlund D, Bjor T. Tverrfaglig dokumentasjon av rehabiliteringsforløp. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2008;128:448-50.
- 23 Scobbie L, McLean D, Dixon D, Duncan E, Wyke S. Implementing a framework for goal setting in community based stroke rehabilitation: a process evaluation. *BMC Health Serv Res* 2013;13:190.
- 24 Arends RY, Bode C, Taal E, van de Laar MA. The role of goal management for successful adaptation to arthritis. *Patient Educ Couns* 2013;93:130-8.
- 25 Guck TP, Willcockson JC, Schmidt RL, Criscuolo CM. Attributions regarding unmet treatment goals after interdisciplinary chronic pain rehabilitation. *Clin J Pain* 2008;24:415-20.
- 26 Eyssen IC, Steultjens MP, Oud TA, Bolt EM, Maasdam A, Dekker J. Responsiveness of the Canadian occupational performance measure. *J Rehabil Res Dev* 2011;48:517-28.
- 27 Wressle E, Lindstrand J, Neher M, Marcusson J, Henriksson C. The Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure and team tool in a day treatment programme. *Disabil Rehabil* 2003;25:497-506.
- 28 Kjekken I, Dagfinrud H, Uhlig T, Mowinckel P, Kvien TK, Finset A. Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2005;32:1503-9.
- 29 Rosewilliam S, Roskell CA, Pandyan AD. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil* 2011;25:501-14.
- 30 Barnard RA, Cruice MN, Playford ED. Strategies used in the pursuit of achievability during goal setting in rehabilitation. *Qual Health Res* 2010;20:239-50.
- 31 Levack WM, Dean SG, Siegert RJ, McPherson KM. Navigating patient-centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: how clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities. *Patient Educ Couns* 2011;85:206-13.
- 32 Sugavanam T, Mead G, Bulley C, Donaghy M, van WF. The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation - a systematic review. *Disabil Rehabil* 2013;35:177-90.

Karen Whalley Hammell

EN KRITISK STEMME INNEN ERGOTERAPI OG REHABILITERING

Av Marte Feiring



Marte Feiring er ergoterapeut og sosiolog (PhD). Hun er førsteamanuensis ved masterstudiet i rehabilitering og habilitering, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus. E-post: marte.feiring@hioa.no

Sammendrag

Hensikten med denne artikkelen er å gi en presentasjon av den canadiske ergoterapeuten og forskeren for et norsk publikum. Gjennom sine bøker og vitenskapelige artikler fremmer Hammell en kritisk refleksjon over faglige praksiser innen ergoterapi så vel som rehabilitering. For det første utfordrer hun faglige «tatt-for-gitt-holdninger» og synspunkter og mener at vi kontinuerlig må utforske grunnleggende tekster og antakelser i ergoterapi så vel som rehabilitering. Hun antyder at ergoterapifaget overser at aktivitet og beskjeftigelse også kan ha negative virkninger, samtidig som hun kritiserer grunnleggende kategoriseringer av aktivitet. Hammell er talskvinne for en klientsentrert forskning, basert på en metodologi der funksjonshemmedes stemmer kommer til uttrykk (disability methodology), og mener at gjennom slik forskning kan et annet syn på aktivitet så vel som tilhørighet og avhengighet komme fram. Hun utvikler begreper som «teoretisk imperialisme» og «kulturell ydmykhet» i forskning så vel som i klinisk praksis. Hammell mener at ergoterapifaget så vel som rehabilitering må jobbe etter et tosidig mandat: klientrettet så vel som forskningsrettet og sosialpolitisk, og at det er en indre spenning mellom de to. Metodisk er min artikkel basert på tekststudier av to av Hammells bøker, en om kvalitativ metode (2004) og en om perspektiver på funksjonshemming og rehabilitering (2006), i tillegg til ni ulike vitenskapelige artikler publisert i britiske og canadiske ergoterapitidsskrifter mellom 2001 og 2013. Tematisk handler tekstene om følgende temaer: kvalitativ metode, rehabilitering og ergoterapi i teori og praksis, samt kulturelle teorier i ergoterapi og aktivitetsvitenskap.

Stikkord: rehabilitering, ergoterapi, aktivitetsvitenskap, kritisk refleksjon, kulturelle perspektiv.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

INNLEDNING

Karen Whalley Hammell er en interessant canadisk ergoterapeut og forsker som har arbeidet og studert både i Canada og Storbritannia. Hennes hovedarbeidsområde er personer med ryggmargsskade, og her har hun lang klinisk og forskningsmessig erfaring. I tillegg skriver hun, i boka *Qualitative Research* (2004:17), at hun også har personlig erfaring ved at hennes mann forulykket og pådro seg ryggmargsskade. Hammell har sin mastergrad i ergoterapi fra Storbritannia og PhD i tverrfaglige studier innen rehabiliteringsvitenskap, antropologi og sosiologi fra Canada. Privat vet vi ikke så mye om henne, bortsett fra at hun bor sammen med ektemannen og hester på en gård i provinsen Saskatchewan i Canada.

Fagmiljøet ved masterstudiet i rehabilitering og habilitering, Høgskolen i Oslo og Akershus, ble kjent med Karen Whalley Hammell gjennom boka *Perspectives on disability and rehabilitation. Contesting assumptions; challenging practice*, som kom ut i 2006. Denne teksten provoserer så vel som inspirerer fagfolk innen rehabiliteringsfeltet – både klinikere og forskere. Det er ikke tvil om at Hammell betrakter rehabilitering som et krevende og viktig fagfelt.

I artikkelen ønsker jeg å utforske hva ved Hammells tekster som kan ha relevans for norske fagfolk innen ergoterapi og rehabilitering. Jeg anvender Pierre Bourdieus (1977) begreper *doxa*, *orthodoxi* og *heterodoxi* for å analysere og posisjonere Hammell og hennes tekster. Med *doxa* mener jeg det Hammell refererer til som «tatt-for-gitt-antakelser» innen rehabilitering og ergoterapi. *Orthodoxi* er et begrep for det å holde seg til «den rette lære»

eller den tradisjonelle og aksepterte teori og praksis innen et felt, mens *heterodoxi* uttrykker det å være av en annen oppfatning og fremme nye og «utfordrende læresetninger» og praksiser. I denne sammenhengen er en klientsentrert, kritisk reflekterende teori og praksis som er ydmyk overfor ulike kulturer et eksempel på en heterodoksisk posisjon. Ifølge Bourdieu (1977) vil det innenfor et etablert felt, eller subfelt som vi kan karakterisere ergoterapi og rehabilitering, alltid eksistere diskursive kamper mellom tradisjonelle og nye utfordrende posisjoner.

I tillegg til en nærlesing av to nevnte bøkene (Hammell 2004 og 2006) vil jeg i denne artikkelen gi en kort analyse av fagpersonen og forskeren Karen Whalley Hammell basert på en nærlesing av ni artikler skrevet mellom 2001 til 2013 (Prior 2003). De to første tekstene er kvalitative metodeartikler publisert i *British Journal of Occupational Therapy* i 2001 og 2002. I 2007 tar hun opp igjen temaet og formulerer det hun omtaler som *disability methodology*. Gjennom fire artikler, trykket i canadiske ergoterapitidsskrifter i 2004, 2008 og to i 2009, fremmer Hammell kritiske refleksjoner over ergoterapi som teoretisk og klinisk praksis. De to siste tekstene (Hammell 2011 og 2013) er trykket i henholdsvis et britisk og et canadisk ergoterapitidsskrift, og tematiserer viktigheten av et kulturelt perspektiv på aktivitetsvitenskap og ergoterapipraksis. Her lanserer Hammell et perspektiv der en kontinuerlig stiller seg kritisk til egne kulturelle verdier og normer. Alle artikkeltekstene er først lest kronologisk og deretter gruppert etter tematisk innhold.



Karen Whalley Hammell er en canadisk ergoterapeut og forsker som har arbeidet og studert både i Canada og Storbritannia. Hennes hovedarbeidsområde er personer med ryggmargsskade.

Som nøkkeltekst tar jeg utgangspunkt i boka *Perspectives on disability and rehabilitation* fra 2006. Den gir et overblikk over Hammells faglige ståsted i forhold til forståelser av funksjonshemming, rehabilitering og kvalitative forskningsmetoder. Deretter presenterer jeg et utvalg av hennes artikkelpublikasjoner etter følgende struktur: tre metodiske og metodologiske artikler, fire tekstbidrag som forholder seg direkte til ergoterapi som teoretisk og klinisk fagfelt, og til slutt to artikler om aktivitetsvitenskap (occupational science) og ergoterapi praksis (occupational therapy) med vekt på kulturelle perspektiver.

PERSPEKTIVER PÅ FUNKSJONSHEMMING OG REHABILITERING

I boka *Perspectives on disability and rehabilitation* gir Hammell en kritikk av tradisjonelle perspektiver på rehabilitering (moralske og individuelle tilnærminger), hvordan feltet er strukturert, begrepsfestet og kunnskapsorientert. Dette kan vi omtale som fagets tradisjonelle innhold eller orthodoxy – eller den rette lære ifølge Bourdieu (1977). Samtidig skriver Hammell at hun ikke primært er interessert i å kritisere rehabiliteringspraksiser, men at hun ønsker å fremme en mer kritisk tilnærming og refleksjon til fagfeltet: «... not the intention of criticism but to encourage a critical appraisal - a critique of assumptions, theories and literature» (Hammell 2006:13).

Denne boka har et teoretisk fremfor et empirisk anliggende. Gjennom elleve kapitler analyserer og løfter Hammell fram det hun kaller «tatt-for-gitt-antakelser» ved dominerende forståelser

og teorier innen rehabilitering – dette omtaler Bourdieu (1975) som doxa. Forfatteren presenterer og diskuterer mange ulike perspektiver på rehabilitering: normaliseringsideologi og avviksteori; moralske, medisinske og sosiale modeller av funksjonshemming; kulturelle perspektiver inkludert kulturell imperialism; forståelser knyttet til kropp og funksjonsnedsettelse; teorier om overgangsrutiner og biografiske brudd, samt klientsentrerte tilnærminger. Et viktig anliggende for Hammell er å fremme en kontinuerlig kritisk refleksjon over dominerende ideologier, posisjoner og teorier, samt forholdet mellom kunnskap og makt innen rehabilitering som praksis.

Hammell hevder, i likhet med Henri-Jacques Stiker (1999), at rehabiliteringsfaget tar utgangspunkt i en «normaliseringsideologi» og er opptatt av å kategorisere etter en norm eller standard der funksjonshemming betraktes som et avvik fra det normale. I denne sammenhengen kritiserer hun også WHOs klassifiseringer, for eksempel ICF (internasjonalt klassifikasjonssystem av funksjoner) så vel som WHOs standardiserte helsemål, for eksempel QALY og DALY. Hun viser til en tilsvarende kritikk fra en rekke forskere innen temaet funksjonshemming (Disability Studies), som Colin Barnes, Rob Imrie, Mike Oliver og Carol Thomas. Jeg velger ikke å gå nærmere inn på kritikken av WHOs klassifikasjons- og målesystemer i denne analysen.

Hammell hevder at mye av forskningen om og av funksjonshemmede (Disability Studies) stiller en rekke viktige og kritiske spørsmål til fagfolk som arbeider klinisk så vel som akademisk

med rehabilitering, men at denne forskningen i stor grad er oversatt av fagfolk og forskere. Videre sier Hammell (2006) at rehabiliteringsforskere kan ha en egeninteresse av å ivareta en individuell og forenklet forståelse av funksjonshemming – altså fagets tradisjonelle eller ortodokse lære. De er mer opptatt av sykdom og funksjonsnedsettelse, der de burde vært orientert mot aktivitet som et politisk anliggende og arbeide for rettferdighet og aktiv deltakelse i samfunnet. Hun fremhever at fagfolk innen rehabilitering har et dobbelt mandat: De skal både henvende seg til enkeltmenneske og sikre at personer kan leve tilfredsstillende med sine funksjonsnedsettelse, og orientere seg mot samfunnet og jobbe mot diskriminering og ulikhet i muligheter og samfunnsdeltakelse. Det samme budskapet fremmer hun ved å si at rehabiliteringsprofesjonene har to mestere: systemet som de arbeider for, og klientene som de arbeider med (Hammell, 2006:127 og 163).

OM KVALITATIVE METODER OG EVIDENSBASERTE PRAKSISER

Et annet tema Hammell er opptatt av, er kvalitative metoder knyttet til det hun omtaler som evidensbasert rehabilitering. Hun har publisert flere bokkapitler (2004a) og en rekke artikler hvor hun er talskvinne for en klientsentrert evidensbasert tilnærming. Kvalitative metodikk er viktig for å fremme et perspektivskifte fra fokus på «mål og målinger» til hva som gir «livet mening». Hammell (2004b) hevder at rehabiliteringsfeltet er mer opptatt av hva som er «målet med en aktivitet» enn hva som er dens betydning eller mening for den enkelte klient. For å frem-

me den type innsikt er klient-sentret forskning en veg å gå. Evidensbasert praksis er et stort fremskritt for feltet fordi mange av teoriene innen ergoterapi og rehabilitering består av antakelser som ikke er forskningsbaserte. Hammell (2001, 2006) skriver videre at det er to store diskurser innen ergoterapi og rehabilitering i dag: klientsentrering og evidensbasering. For å dreie klinisk praksis så vel som forskning mot klientsentrering, er kvalitative tilnærminger viktige. Tradisjonelle kvantitative studier har ikke gitt klientene en stemme (Hammell 2001). Et beslektet tema handler om hvordan fagfolk kommer i klemme mellom klientsentrert filosofi og klientsentrert praksis. Hammell (2004a:135) siterer forskning som viser at ergoterapeuter, som ønsker å fremme klientsentrering, blir motarbeidet av organisasjonsmessige hindringer, og at de da ofte følger systemets krav framfor klientenes ønsker.

I en artikkel fra 2007 ønsker Hammell å diskutere hvorfor klientsentrerte tilnærminger ikke har en større plass i ergoterapiforskningen. Hun lanserer alternativt en deltakende forsknings-tilnærming og det hun omtaler som «disability methodology». I Norge kan vi si at Marit Borgs medforskning innen det psykiske helsefeltet er et eksempel på det Hammell her etterlyser. Borg sier selv hun utfører forskning med folk i stedet for på folk.

OM KRITISKE REFLEKSJONER PÅ ERGOTERAPI

Ved siden av temaene rehabilitering og kvalitative forskningsmetoder er Hammell genuint opptatt av ergoterapifaget, med vekt på teoriutvikling så vel som praksis.

I en artikkel fra 2008 spør hun hvorfor ergoterapeuter er så opptatt av aktiviteter, og hvorfor det tas for gitt at aktivitet gir høyere livskvalitet. I 2009 publiserer Hammell to artikler, der hun utfordrer ergoterapeutenes skille mellom: egenomsorg (self-care), arbeid (productivity) og fritid (leisure). Hun mener at denne kategoriseringen av aktiviteter er for enkel og overser viktige og meningsfulle aktiviteter i livet. Som eksempler på aktiviteter som blir oversett, nevner Hammell både seksuelle og religiøse handlinger. Samtidig kritiserer hun også faget for å fremme vestlige middelklasseverdier som autonomi og selvstendighet. Dette summeres slik:

Many of occupational therapy's core assumptions are culturally specific, class-specific, or ableist.

Scientific and professional integrity require a sceptical approach to occupational therapy's assumptions and dogma, and a sound evidence base with which to inform more relevant and inclusive theories of occupation. (Hammell 2009a: 11)

I den andre artikkelen fra 2009 går hun videre på samme tema og setter spørsmålstegn ved fire «tatt-for-gitt-antakelser» i ergoterapi:

- at mennesket utøver positiv innflytelse på egen helse ved å bruke hender og viljesmakt
- at aktivitet skaper mening i livet
- at mennesker deltar i aktiviteter som autonome aktører
- at mennesker er skapt for å mestre sine omgivelser (Hammell 2009b:108-109)

Hammell stiller følgende spørsmål: Hva ville ergoterapiteori om

arbeid og tilfredshet inneholdt dersom faget var basert på andre normer og verdier? Som alternativ til slike kulturelt baserte «tatt-for-gitt-antakelser» og faglige doxa-utsagn er Hammell opptatt av hvordan klienter selv erfarer livet, samt betydningen av tilhørighet, ansvarlighet, interesser og fremtidshåp. I denne sammenhengen setter hun spørsmålstegn ved det hun kaller hvite, etablerte middelklassenormer i ergoterapiteori så vel som i forskning. Hammell etterlyser her mer klientsentrert forskning om relasjonen mellom aktivitet og tilfredshet (well-being). For dette bidraget (Hammell 2009a) mottok hun Golden Quill Award 2010, som er en utmerkelse for fremragende ergoterapivirksomhet.

OM KULTURELLE PERSPEKTIVER PÅ ERGOTERAPI OG AKTIVITETSVITENSKAP

I to senere publikasjoner (2011 og 2013) er globale perspektiver og kulturell ydmykhet Hammells hovedanliggende. I Hammell (2011) settes teoretisk imperialism og vestlig universalisme på dagsorden. Ved å innta et globalt blikk, inspirert av feministisk teori, skriver hun at mange «tatt-for-gitt-antakelser» i ergoterapi så vel som i aktivitetsvitenskap er produkter av vestlig middelklassetankegods. I stedet for å fremme filosofisk og begrepsmessig konsensus innenfor en disiplin eller et fagfelt er Hammell talskvinne for kritiske og inkluderende teorier, hvor en trekker veksler på ulike kulturelle perspektiver. Enhver teori eller modell og ethvert kategoriseringssystem som er utformet i den vestlige verden, kan oppfattes som maktmisbruk dersom de betraktes som universelle og



Med et feministisk inspirert kulturelt blikk på rehabilitering, ergoterapi og aktivitetsvitenskap antyder Hammell at dette er fagområder basert på vestlige idealer om uavhengighet og autonomi, og at de delvis overser at mennesker er avhengige av hverandre og har behov for sosial tilhørighet.

gjeldende for alle. Aktivitetsvitenskap som fag vil ikke overleve dersom den er basert på slike antakelser. Fordi praksis bygger på teorier er det viktig at de ikke er basert på etnosentrisme, eller falske eller kulturimperialistiske antakelser.

I en nyere artikkel (Hammell 2013) videreutvikler hun det kulturelle perspektivet på faglige praksiser og lanserer begrepet kulturell ydmykhet (cultural humility). Kultur handler ikke kun om etnisitet og rase, men om klasse, kjønn, seksuell legning og funksjonsevne. Ved å anlegge et kulturelt perspektiv ønsker Hammell å hindre etnosentrisme og intellektuell kolonialisme ved

fremtidig teoriutvikling i ergoterapi så vel som i aktivitetsvitenskap.

DISKUSJON OG OPPSUMMERING

Karen Whalley Hammell fremmer gjennom sine bøker og artikler en kritisk refleksjon over faglige praksiser innen rehabilitering og ergoterapi. Hun utfordrer «tatt-for-gitt-holdninger» og tradisjonelle læresetninger innenfor eget fagfelt. Hammell mener at vi kontinuerlig må utforske og utfordre grunnleggende tekster og antakelser i ergoterapi så vel som rehabilitering. Hun er talskvinne for en kontinuerlig diskursiv praksis innenfor et fagfelt. Som fagutøver og forsker stiller

hun seg kritisk og tar dermed en heterodoxisk posisjon til den tradisjonelle læren, og forsøker samtidig å avsløre et fagfelts «tatt-for-gitt-antakelser». Med et feministisk inspirert kulturelt blikk på rehabilitering, ergoterapi og aktivitetsvitenskap antyder Hammell at dette er fagområder basert på vestlige idealer om uavhengighet og autonomi, og at de delvis overser at mennesker er avhengige av hverandre og har behov for sosial tilhørighet. Hun viser blant annet til feminister som Dorothy Smith, Carol Thomas og Donna Haraway. Samtidig mener hun at ergoterapifaget overser at aktivitet og beskjeftigelse også kan ha negative virkninger.

Er Karen Whalley Hammells refleksjoner like sentrale for ergoterapi og rehabilitering i Norge? I all hovedsak rammes vi av denne kritikken. Normaliseringsideologien gjelder innen både rehabilitering og klientsentrert forskning. Innen ergoterapi er synet på aktivitet og fagets kategoriseringer av beskjeftigelse internasjonalt. Samtidig er vi preget av en form for eurosentrisme som fremmer universalisering av vestlige verdier.

På noen områder vil jeg si at Hammells kritikk i noe mindre grad treffer det norske fagfeltet. For det første fordi rehabiliteringsfeltet her helt fram til 1980-tallet var mindre dominert av den individuelle medisinske modellen og mer påvirket av sosiale og yrkesrettede forståelsesmodeller. Tilsvarende vil jeg si at ergoterapi historisk sett har stått nærmere det sosiale enn det biomedisinske fagfeltet. For det andre er det også viktig å reflektere over at det har vært en annen relasjon mellom staten og funksjonshemmede i Norge enn i land som England, USA og Canada. I vårt land er det lang tradisjon for tett samarbeid mellom staten og sivilsamfunnet, inkludert de funksjonshemmedes organisasjoner. Dette betyr selvsagt ikke at funksjonshemmede ikke er, og har vært, diskriminert i Norge. En antakelse er at praksisfeltene rehabilitering og ergoterapi i vårt land er blitt mer lik de angloamerikanske landene de siste tiårene. Dersom dette er riktig, er det viktig at vi ikke tar for gitt at angloamerikanske forståelser av fagområdenes historiske fremvekst også gjelder oss. Samtidig kan vi heller ikke avvise at Hammells refleksjoner over dagens teorier og praksis kan bidra til en kritisk refleksjon

over ergoterapi og rehabilitering slik de utøves i Norge.

I tråd med Hammells kritikk trenger vi klientsentrert forskning basert på en metodologi der funksjonshemmedes erfaringer kommer tydeligere til uttrykk. Vi trenger mer forskning som løfter fram klienters erfaringer om aktivitet så vel som deres opplevelser av tilfredshet og tilhørighet i livet. Hammells bidrag til en metodologi om funksjonshemmedes deltakelse i forskningen, og det hun omtaler som «kulturell ydmykhet» i forskning så vel som klinisk praksis, er det viktig å se nærmere på. Sist, men ikke minst, trenger vi også mer forskning om fagfolkenes doble mandat, og hvordan vi håndterer den sosialpolitiske spenningen mellom klientsentrering og en antatt økende politisk styring innen rehabiliteringsfeltet.

En takk til kollegaene Sigrid Østensjø og Per Koren Solvang ved masterstudiet i rehabilitering og habilitering, Høgskolen i Oslo og Akershus, for å ha introdusert denne spennende fagpersonen for meg. Kollega Grace Romsland skal også ha takk for å ha kommentert min artikkel i slutfasen.

Referanser

- Bourdieu, P. (1975). The Specificity of the Scientific Field and the Social Conditions of the Progress of Reason. *Social Science Information*, 14(VI), 19-47.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hammell, K W (1998). «From the neck up, quality in life following high spinal cord injury». Doctoral thesis, University of British Columbia, Vancouver.
- Hammell, K. W. (2001). Using qualitative Research to Inform the Client-Centred

Evidence-Based Practice of Occupational Therapy, in *British Journal of Occupational Therapy*, 64(5), 228-234.

- Hammell, K. W. (2002). Informing Client-Centred Practice through Qualitative Inquiry: Evaluating the Quality of Qualitative Research, in *British Journal of Occupational Therapy*, 65(4), 175-184.
- Hammell, K. W. (2004). *Dimensions of meaning in the occupations of daily life*, *Revue Canadienne D'Ergothérapie*, 71(5), 296-305.
- Hammell, K. W., & Carpenter, C. (2004). *Qualitative research in evidence-based rehabilitation*. Edinburgh: Churhill Livingstone.
- Hammell, K. W. (2006). Perspectives on disability & rehabilitation: contesting assumptions; challenging practice. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Hammell, K. W. (2007). *Reflections on ... a disability methodology for the client-centred practice of occupational therapy research* in *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(5), 365-369.
- Hammell, K. W. (2008). *Reflections on ... well-being and occupational rights*, in *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, February, 75(1), 61-64.
- Hammell, K. W. (2009). *Sacred text: a sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation* in *Revue Canadienne D'Ergothérapie*, 76(1), 6-13.
- Hammell, K. W. (2009). *Self-care, productivity and leisure or dimensions of occupational experience? Rethinking occupational «categories»*, in *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(2), 107-114.
- Hammell, K. W. (2011). *Resisting theoretical imperialism in the disciplines of occupational science and occupational therapy*, in *British Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 27-33.
- Hammell, K. W. (2013). Occupational, well-being, and culture: Theory and cultural humility. In *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(4).
- Prior, L. (2003). *Using Documents in Social Research*. London: Sage Publications.
- Stiker, H.-J. (1999). *A History of Disability*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press.

TVERRFAGLIG REHABILITERING I HJEMMET

Av Jill Hole og Jon-Håvard Hurum



Jill Hole er spesialergoterapeut og jobber i Drammen kommune.



Jon-Håvard Hurum er fysioterapeut og jobber i Kongsberg kommune.

Sammendrag

Hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering er ord vi opplever blir brukt om hverandre for å beskrive en tjeneste utført hjemme hos bruker. En begrepsavklaring er nødvendig for å sikre at alle snakker om det samme og vet hvilken metode som inkluderer hvilke brukere. Målgruppen en arbeider med, er styrende for hvilke av de ulike arbeidsmetodene kommunen velger. Ut fra vår erfaring er det nødvendig å opprettholde og utvikle det spesifikke rehabiliteringstilbudet i kommunen, både i institusjon og i hjemmet hos den enkelte. Samtidig er det behov for en holdningsendring og en dreining til et mer forebyggende perspektiv innen kommunehelse. Det er etter vårt syn ingen motsetning mellom hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering – det er behov for både spesifikk rehabilitering som behandler og gjør mennesker i stand til å mestre dagliglivets aktiviteter etter skade/sykdom, og generell rehabilitering som forebygger funksjonsfall og som oppfordrer til egenmestring. Arbeidsmetodene er ulike, og således også kravene til kompetanse.

Nøkkelord: Målgruppe Hjemmerehabilitering
Tverrfaglig rehabiliteringsteam Behandlingsforløp
Kompetanse

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Introduksjon

Siden hverdagsrehabilitering ble lansert i Norge i 2011, har begrepet bredt om seg. Hverdagsrehabilitering er i dag en viktig del av føringene som legges for kommunenes arbeid innen helse og omsorg. Dette er synliggjort gjennom blant annet «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11, 2011) og «Morgendagens omsorg» (Meld.st. nr. 29 (2012-2013), 2013). En oversikt på <http://ergoterapeutene.org> viser at omkring 100 kommuner i Norge var i gang eller skal i gang med å satse på hverdagsrehabilitering per mars 2014 (Ergoterapeutene, udatert). Det er positivt og nødvendig med økt fokus på forebyggende arbeid og en holdningsendring innen helse og omsorg. Likevel er det etter vårt syn nødvendig å opprettholde og utvikle det spesifikke rehabiliteringstilbudet i kommunen, både i institusjon og i hjemmet hos den enkelte som har blitt rammet av funksjonsfall som følge av sykdom eller skade. Vi ser en fare for at den økte satsingen på hverdagsrehabilitering kan medføre at satsingen på «tradisjonell» rehabilitering reduseres i kommunene. Som definisjonen nedenfor beskriver, er de to nært beslektet, men også innholdsmessig forskjellige. Vi opplever at begrepene «hverdagsrehabilitering» og «hjemmerehabilitering» blir brukt i samme åndedrag for å beskrive en tjeneste utført hjemme hos bruker. Ordene har ulik betydning og ulike målgrupper. Begge forfatterne av denne artikkelen har erfaring fra arbeid i Tverrfaglig rehabiliteringsteam i Bærum kommune. Hurum har etter dette arbeidet med oppstart av ambulerende rehabiliteringsteam i Kongsberg kommune og har vært prosjektleder for dette arbeidet. Hole er nå med på planlegging og oppstart av Tverrfaglig hjemmerehabiliteringsteam i Drammen kommune. Det er disse erfaringene som er utgangspunktet for denne artikkelen.

Definisjoner

HVERDAGSMESTRING er et grunnleggende forebyggende og rehabiliterende tankesett – en holdning – som styrer ulike arbeidsformer og tjenester. Hverdagsmestring vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse er sentralt (Ness et al., 2012).

REHABILITERING

«Habillering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig

bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Rehabilitering er en prosess som omfatter flere tjenester som sammen utgjør et helhetlig pasientforløp. En enkelt tjeneste, som for eksempel fysioterapi eller ergoterapi, ansees ikke som rehabilitering, selv om målet også her er å gjenvinne funksjon (St.prp. nr. 1 (2007-2008), 2007). Bruker skal være i sentrum, og rehabiliteringsprosessen skal være planlagt og målrettet (Rambøll, 2012).

HVERDAGSREHABILITERING

Hverdagsrehabilitering er en arbeidsform forankret i hjemmetjenesten. Ergoterapeut og fysioterapeut, samt noen ganger sykepleier, kartlegger og setter opp mål i samarbeid med bruker. De lager tiltak, men utfører ikke selve treningen. Treningen blir utført av hjemmetrenere i hjemmesykepleien under veiledning av ergo- eller fysioterapeut eller sykepleier. Treningen foregår i brukers hjem eller nærmiljø, og det benyttes vanlige hverdagsaktiviteter. Det er fokus på forebygging, og brukergruppene er i hovedsak brukere som ber om tjenester for første gang, som har et funksjonsfall, eller som ber om hjelpemidler. Hverdagsrehabilitering inkluderer i hovedsak eldre, og er ofte av generell karakter (Ness, 2012).

HJEMMEREHABILITERING

Hjemmerehabilitering er rehabilitering som foregår i brukers hjem og i kjente omgivelser. Det er ofte tverrfaglig team sammensatt av ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier. Hjemmerehabilitering har som utgangspunkt at brukers hjem eller hjemområde er mest hensiktsmessig som treningsarena. Hjemmerehabilitering er spesifikk rehabilitering. Dette innebærer at det er rehabiliteringsteamet som foretar kartlegging, setter mål sammen med bruker og pårørende og utfører den praktiske treningen. Arbeidet foregår i tett samarbeid med hjemmesykepleien (Rambøll, 2012). Målgruppen er personer over 18 år som har behov for tett tverrfaglig oppfølging i en avgrenset periode etter gradvis eller brå funksjonsvikt. Brukerne må være motiverte og ha mulighet for å bedre funksjonsnivået sitt (Rambøll, 2012). I Kongsberg kommune inkluderes personer som trenger tett tverrfaglig oppfølging i overgang fra institusjon til eget hjem, eller for å hindre eller utsette institusjonsopphold.

Det som i hovedsak skiller hjemmerehabilitering fra hverdagsrehabilitering, er målgruppen. Der hverdagsrehabilitering vektlegger forebygging og tidlig intervensjon for å forhindre eller utsette et mer omfattende og passivt pleiebehov, kan hjemmerehabilitering også omfavne brukere/pasienter med større oppfølgingsbehov. Hjemmerehabilitering kan omfatte hverdagsrehabilitering, men hverdagsrehabilitering kan ikke omfatte hjemmerehabilitering (Rambøll, 2012).

Hva velger kommunen?

Ifølge forskrift om habilitering og rehabilitering, kapittel 3 paragraf 5, skal kommunen planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.

Før kommunen bestemmer seg for hvilken arbeidsmetode det er mest hensiktsmessig å benytte seg av, må begrepene diskuteres og forstås. Dette er nødvendig for at alle de involverte snakker om det samme og vet hvilken metode som inkluderer hvilke brukere. Det er i dag ingen sentrale føringer for hva kommunene kaller tverrfaglig rehabiliteringsteam. Det kan føre til begrepsforvirring. Hvilke målsettinger og strategier kommunen har, er styrende for hvordan en disponerer ressursene. Målgruppen er styrende for hvilke av de ulike arbeidsmetodene kommunen velger. Det er hensiktsmessig å kartlegge de ulike tilbudene som finnes fra før, og hvor det er behov for økt kompetanse og innsats. For en effektiv og helhetlig gjennomføring er det viktig at tiltakene forankres politisk og på alle ledelsesnivåer i den kommunale helsetjeneste.

Behandlingsforløp

Samhandlingsreformen (Meld.st. 47 (2008-2009), 2009) vektlegger at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).

Personer rammet av slag faller ofte inn under målgruppen for hjemmerehabilitering. Etter et slag kan mange dra rett hjem etter sykehusopphold (Helsedirektoratet, 2010). Noen trenger opphold på døgnerhabilitering før de kan reise hjem.

Kontinuitet i trening i overgangen fra institusjon til hjem er for mange avgjørende for en vellykket rehabilitering. Mange uttrykker at bare de kommer hjem, så kommer ting til å bli lettere. Likevel er vårt inntrykk at mange opplever det motsatte. Guidetti, Asaba og Tham (2007) så i sin studie at mange trenger tid for å bli vant til sin nye kropp. Flere personer fortalte her om en fremmedgjøring, en frakobling mellom selvet og kroppen, i tillegg til en frakobling mellom interaksjonen mellom kroppen og omgivelsene aktiviteter utføres i. Det de før hadde tatt for gitt, ble nå umulig (Guidetti et al., 2007). Oppfølging av et tverrfaglig rehabiliteringsteam i overgangen fra institusjon til hjem kan gi brukeren den tiden, tryggheten og kompetente oppfølgingen som kreves for at personen skal bli mest mulig selvhjelpen i de aktivitetene og på de områdene i livet de ønsker. De nasjonale faglige retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag anbefaler at hver kommune bør ha et eget team som har ansvar for hjemmebasert rehabilitering. I retningslinjene fremheves viktigheten av at teamet sikrer overgangene og flyten i rehabiliteringskjeden (Helsedirektoratet, 2010).

Kommunene har forskjellige måter å identifisere brukere med behov for oppfølging av tverrfaglig team. I noen kommuner kan bruker selv, pårørende, fastlege eller andre be om tjenester fra rehabiliteringsteamet. Temaet foretar da en faglig vurdering av om dette er et hensiktsmessig tilbud til brukeren. I andre kommuner må henvendelsen gå via det kommunale tildelingskontoret eller tilsvarende (bestillerkontor, velferdskontor etc.). Hvordan vedtakene er formulert, og hvordan dette foregår, varierer i stor grad. I Kongsberg kommune er det bestemt at det skal fattes vedtak på rehabilitering i brukers hjem. Alle henvendelser går dermed til Forvaltningsavdelingen, og søknaden avslås eller det fattes et tidsbegrenset vedtak. Etter hvert som kommunenes rehabiliteringstilbud utvikles med rehabilitering i institusjon, rehabiliteringsteam og hverdagsrehabilitering, ser vi behovet for at noen sitter med et overordnet ansvar for koordinering og sørger for at brukerne får det tilbud som passer best i henhold til BEON. Vi mener det er naturlig at en slik funksjon ligger under et bestillerkontor. Teamene jobber intensivt for at hjemmeboende med funksjonstap, skade eller sykdom skal fungere best mulig i hverdagen og kunne bo i eget hjem så lenge det er ønskelig og mulig. Den enkelte får rask og tverrfaglig bistand i

egen rehabiliteringsprosess i en avgrenset periode. Arbeidet er målrettet, tilpasset den enkeltes behov og ønsker, og foregår i samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere. Kartlegging, planlegging og gjennomføring av tiltak utføres av det tverrfaglige teamet i samarbeid med bruker/pårørende og andre aktuelle samarbeidspartnere. Det er hensiktsmessig å foreta en bred kartlegging i starten av arbeidet. Dersom en benytter faste kartleggingsverktøy, for eksempel Canadian Occupational Performance Measure, Short Physical Performance Battery, Functional Independence Measure eller ADL-taksonomi, kan en dokumentere om oppfølgingen fra det tverrfaglige teamet har hatt ønsket effekt, og om brukers mål har blitt nådd. I tillegg til de faste kartleggingsverktøyene benyttes det andre verktøy når det er behov for dette. Eksempler kan være kartlegging av kognitiv funksjon eller ulike verktøy knyttet til observasjoner av bruker i aktivitet. Teamet dekker bare en viss del av døgnet. Det er derfor behov for tett samarbeid med hjemmesykepleien som følger opp kveld, natt og helg når det er behov for dette. Tett samarbeid med institusjoner som sykehus og rehabiliteringsavdelinger i overgangsfaser er også nødvendig, slik at overgangene blir så sømløse som mulig. Fastlege og pårørende er andre viktige samarbeidspartnere når bruker kommer hjem. I tillegg kan det tverrfaglige rehabiliteringsteamet samarbeide med sosionom, NAV, logoped, brukers arbeidsplass, dagsenter i kommunen og så videre, ut fra den enkelte brukers behov.

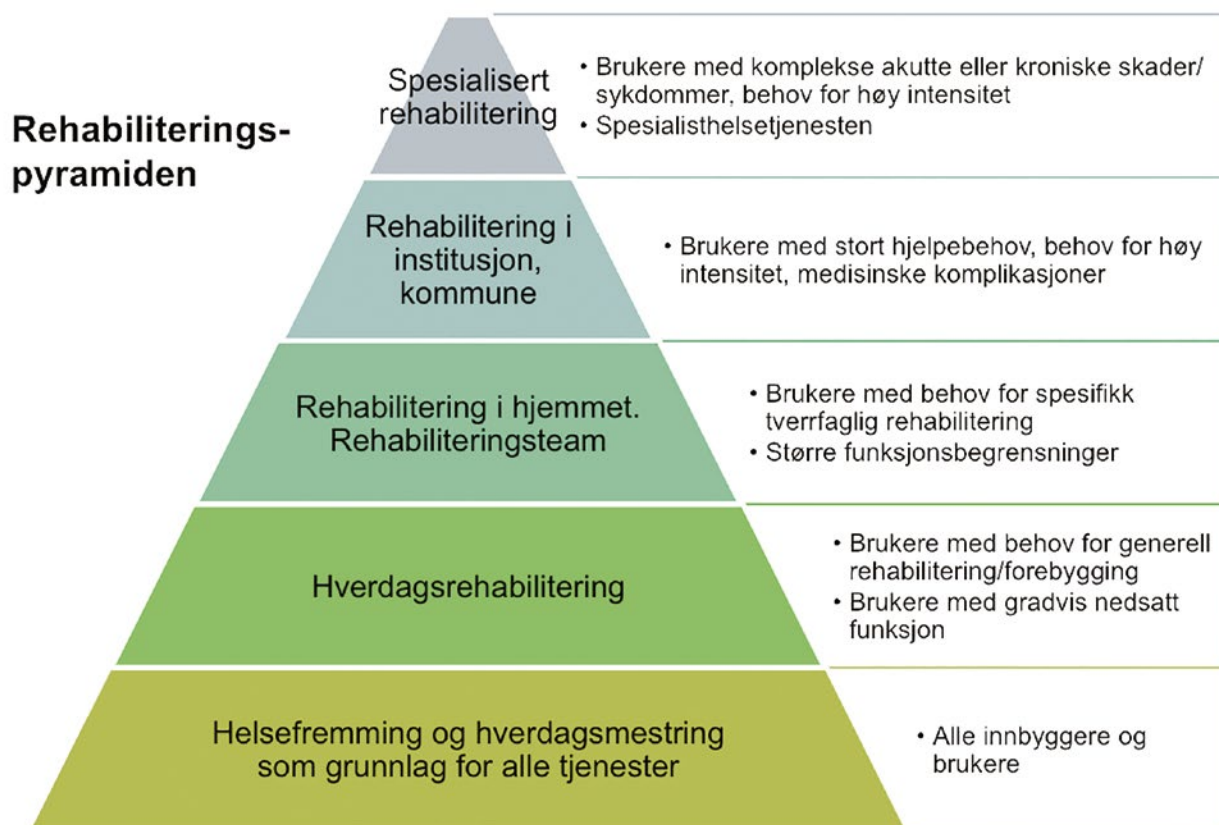
Rehabilitering i hjem eller på institusjon?

I rapporten «Undersøkelse om rehabilitering i kommunene - erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø» (Rambøll 2012), ble det beskrevet flere eksempler på fordeler med å motta rehabilitering i hjemmet, sammenlignet med å motta rehabilitering ved institusjon eller andre steder utenfor hjemmet. Treningen kan tilpasses de omgivelsene bruker normalt ferdes i, og effekten av treningen blir dermed direkte overførbart til brukers daglige omgivelser. Brukere opplyste også at de fikk bedret funksjonsnivå, og at de utviklet ferdigheter som gjorde dem i stand til å fungere i eget hjem. Rapporten peker på at ved å motta rehabilitering i hjemmet kan brukerne bli boende lenger i eget hjem. I tillegg kan det å oppholde seg i sitt vante miljø gi en trygghetsfølelse og forhindre forvirring som kan oppstå ved endring

av omgivelser (Rambøll, 2012). Likevel er det noen som trenger rehabilitering på institusjon. Brukere med lavt funksjonsnivå og behov for tilsyn gjennom døgnet kan ha nytte av et rehabiliteringsopphold på institusjon. Mange opplever det utrygt å bo hjemme etter store endringer i funksjon. I tillegg kan pårørende oppleve det som en belastning å ha personer inn i hjemmet flere ganger daglig (Rambøll, 2012). Erfaringsmessig er det flere brukere som har nytte av at trening hjemme starter mens bruker enda er på rehabiliteringsinstitusjon. Felles kartleggingsbesøk, der bruker drar hjem sammen med personell fra institusjon og det tverrfaglige teamet som skal følge opp etter hjemkomst, kan bidra til at brukers mål og hjemmeomgivelsenes krav kan ivaretas på en god måte. Treningssituasjonen på institusjon kan skreddersys for å bli så lik hjemmesituasjonen som mulig. I tillegg kan bruker ha dagspermisjoner eller overnattingspermisjoner hjemme, der det tverrfaglige rehabiliteringsteamet og/eller hjemmesykepleien følger opp. Overgangen fra institusjon og hjem blir da mindre utfordrende for bruker og pårørende, samt at treningen på institusjon sammenfaller med treningen som skal fortsette hjemme. Det er viktig at kommunene har kriterier for hvem som skal tilbys rehabilitering i hjemmet, og hvem som har best nytte av rehabilitering på institusjon. De to alternativene skal ikke konkurrere, men utfylle hverandre.

Kompetansekrav

Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i hjemmetjenesten med ergoterapeuter og fysioterapeuter som motor i et tverrfaglig samarbeid. Den daglige oppfølgingen av brukerne tar ansatte i hjemmetjenesten seg av (Ness, 2012). Vi mener at dette medfører forskjellig bruk av kompetanse innenfor de to greiner av rehabilitering. Et viktig formål med rehabilitering i hjemmet er overføring av kompetanse og at mestring av hverdagen skal være grunnleggende for all tjenesteyting. Overføring av kompetanse til ansatte i hjemmetjenesten blir dermed en viktig oppgave for fysioterapeuter og ergoterapeuter som jobber med rehabilitering. Et viktig spørsmål i denne sammenhengen blir om overføringen skal skje til alle ansatte, eller om en liten gruppe skal tas ut av ordinær tjeneste og bli spesialister på hverdagsrehabilitering. Dette krever mindre, da man vil ha en dedikert gruppe. Overføring av kompetanse og holdningsskapende arbeid blant alle ansatte i hjemmetje-



Figur 1. Pyramiden skisserer forholdet mellom antallet brukere og hvilke rehabiliteringstjenester som benyttes. Tilpasset modell fra Kristiansand kommune (2013).

nesten er mer tid- og ressurskrevende, men vil nok ha større effekt på sikt, da alle drar i samme retning.

Behovet for kompetanse er således forskjellig innenfor de to måtene å organisere dette på. Den spesialiserte rehabiliteringen krever høyere utdannelsesnivå og forståelse for sammenhengen mellom det medisinske og funksjon. Det er vår overbevisning at hverdagsrehabilitering favner brukere som ikke har behov for gjenvinning av funksjon primært på grunn av en sykdom eller skade, men en generell svekkelse på grunn av alder eller inaktivitet.

Det er også et spørsmål om kommunen ønsker å spisse sin kompetanse eller spre den jevnt over. Er det ønskelig at alle blir litt gode på alt, eller er det ønskelig at noen skal være gode på noe, og andre på noe annet? Utviklingen innen forskning går raskere og raskere, og det er krevende å skulle holde seg faglig oppdatert. Vi ser derfor for oss en framtid hvor det blir vanskelig å skulle være god på alt. Vi tror en spesialisering vil tvinge seg fram på sikt.

Kristiansand kommune har utviklet en modell for å beskrive rehabilitering i kommunen (Kristiansand

kommune, udatert). Modellen er pyramideformet for å illustrere at antallet brukere minsker jo høyere man kommer i pyramiden. Hverdagsrehabilitering tilbys et større antall brukere enn rehabilitering i hjemmet. Rehabilitering i institusjon tilbys færrest. Som vi ser det, er det også behov for høyere spesialisering blant personale som skal jobbe høyere i pyramiden. Grunnleggende skal helsefremming være utgangspunktet for møte med alle brukere.

Ja takk, begge deler

Det er ingen motsetning mellom hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering. Det er behov for både spesifikk rehabilitering, det vil si hjemmerehabilitering, som behandler og gjør mennesker i stand til å mestre dagliglivets aktiviteter etter skade/sykdom; og generell rehabilitering, det vil si hverdagsrehabilitering, som forebygger funksjonsfall og som oppfordrer til egenmestring. Målsettingen om selvstendighet og egenmestring er den samme – brukergruppene er ulike.

Litteraturliste

- Ergoterapeutene. (udatert). *Hverdagsrehabilitering / Ergoterapeuters kompetanse*. Hentet 15. mars 2014 fra http://www.ergoterapeutene.org/index.php/ergoterapeut_new/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse/Hverdagsrehabilitering
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=forskrift+om+rehabilitering*
- Guidetti, S., Asaba, E. & Tham, K. (2007). The lived experience of recapturing self-care. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61 (3), 303-310.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag* (IS-1688). Oslo: Helsedirektoratet
- Kristiansand Kommune. (Udatert). *Helsefremmingsplanen*. Hentet 14. mars 2014 fra http://www.kristiansand.kommune.no/Documents/Planer%20og%20prosjekter/Planer%20a%20til%20c3%85/Vedtatt%20Helsefremmingsplan_net-13.pdf
- Meld.st. nr. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld.st. nr 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ness, N.E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L., Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Oslo: Ergoterapeutene, Norsk Sykepleierforbund og Norsk Fysioterapeutforbund.
- Rambøll. (2012). *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene - erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø* (IS-0365). Oslo: Helsedirektoratet
- St.prp. nr. 1 (2007-2008). (2007). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.

Aktiviteters betydelse i vardagen för personer med stroke

Av Susanne Guidetti, Lisa Ekstam, Ulla Johansson og Kerstin Tham

Sammanfattning

Susanne Guidetti

med dr, leg arbetsterapeut, Karolinska Institutet.

Lisa Ekstam

med dr, leg arbetsterapeut, Karolinska Institutet.

Ulla Johansson

med dr, leg arbetsterapeut, Karolinska Institutet och FoU tjänst Division Medicin, Landstinget Gävleborg.

Kerstin Tham

professor i arbetsterapi, Karolinska Institutet, Stockholm.

Artikkelen har tidligere vært publisert under vignetten «Forskning i praxis» i Arbeidsterapeuten nr 4, 2012.

Att drabbas av stroke kan ofte innebära ett funktionshinder och förlust av aktivitet. Mange av de aktiviteter som en person utför varje dag faller under kategorien «tagne for givne»-aktiviteter, det vill säga aktiviteter som utförs automatiskt utan att behöva tänka. Efter insjuknandet i stroke har personens livsvärld ofta plötsligt förändrats och kan inte längre tas för given.

Arbetsterapi har utvärderats som en viktig del av strokerehabilitering. Den terapeutiska relationen med arbetsterapeuten och det sociala samspelet med andra, samt att vara i en stödjande miljö, är en förutsättning för att återta sina aktiviteter. Stöd finns också för ett klientcentrerat arbetssätt. Att använda sig av aktiviteter som är relevanta och meningsfulla och som personen vill göra, har för personen med stroke visat sig vara en framgångsrik interventionsstrategi. Personerna känner sig mer delaktiga och klarar av sin ADL bättre efter en rehabilitering som fokuserat på klientens mål. Uppgiftsspecifik träning har visat sig ha en betydande effekt till exempel på utförandet av personlig vård och ger en minskad risk för försämring av ADL-förmåga

Det sociala sammanhang som klienten befinner sig i, samt familj och närståendes roll i vardagen efter stroke, är viktiga aspekter att ta hänsyn till i rehabiliteringen och i arbetsterapi. Det är vanligt efter stroke att närstående får ett ökat ansvar att hjälpa personen med stroke i aktiviteter som han/hon tidigare klarat själv. En del av livsvärlden som ofta förändras för yngre personer som drabbas av stroke är arbetslivet. Idag saknas evidens för rehabiliteringsprogram med arbetsåtergång som mål.

Inledning

Varje år drabbas cirka 25 till 30 tusen personer av stroke i Sverige. Stroke är den näst vanligaste dödsorsaken i världen. Efter insjuknandet i stroke har personens livsvärld (Husserl 1970/1936) ofta plötsligt förändrats och kan inte längre tas för given (Bengtsson, 2001). Typiska livsuppgifter som att klä på sig, bada, äta, städa huset och tvätta, arbeta, fritidssysselsättning och att socialisera med andra, så kallade Aktiviteter i Dagligt Liv (ADL), fungerar inte som tidigare, och många är beroende av andra för att kunna utföra ADL. Det har funnits en tradition inom arbetsterapi för personer med stroke att fokusera på ADL-träning inom personlig vård och att mäta effekten av interventionen i form av självständighet med hjälp av ADL-instrument. Forskningen har främst varit fokuserad på att utveckla nya ADL-bedömningar. Det finns forskning och litteratur inom området rehabilitering relaterade till begreppet självständighet i ADL och som hävdar att rehabiliteringsstrategier istället borde syfta till att förbättra den individuella autonomin och delaktigheten i dagliga livet för att förverkliga möjligheten att ta kontroll och fatta beslut.

Teoretiska utgångspunkter

DEN LEVDA ERFARENHETEN

Föreställ dig att du kliver upp i sängen på morgonen, du har lite bråttom och är snabb in i badrummet, tvättar dig, klär dig, äter frukost. Inom den närmsta halvtimmen sitter du på din cykel på väg till arbetet. Du har just utfört ett flertal dagliga aktiviteter som vi oftast tar för givna utan att reflektera över hur de utförs.

Att drabbas av stroke kan ofta

innebära ett funktionshinder och förlust av aktivitet. Utifrån ett rehabiliteringsperspektiv måste arbetsterapeuter kunna möta sina klienter i denna förändring och ha en förståelse för upplevelsen av funktionshinder (Kvigne, Gjengedal & Kirkevold, 2002; Tham, Borell & Gustavsson, 2000). Det finns ett antal studier som belyser personens upplevelser efter stroke (Kvigne & Kirkevold, 2003; McKevitt, Redfern, Mold & Wolfe, 2004; Röding, Lindström, Malm & Öhman, 2003; Sisson, 1998) och där vissa studier har fokuserat på upplevelsen av dagliga aktiviteter efter stroke (Erikson, Karlsson, Borell & Tham, 2007; Tham et al., 2000; Kvigne & Kirkevold, 2003; Guidetti, Asaba & Tham, 2009). Andra beskriver erfarenheter av personer med specifika begränsningar som exempelvis nedsatt minnesfunktion (Erikson et al., 2007) och hur personer upplever och påverkas av att leva med neglekt (Tham et al., 2000; Tham & Kielhofner, 2003) och visuospacial agnosi (Lampinen & Tham, 2003).

Det finns vissa gemensamma mönster i ovanstående studier som exempelvis att tiden i början av en rehabiliteringsprocess beskrivs som en upplevelse av kaos (Tham et al 2000; Tham & Kielhofner, 2003; Lampinen & Tham, 2003; Guidetti, Asaba & Tham, 2007; Erikson, Karlsson, Borell & Tham, 2007; Eriksson & Tham, 2010) och personerna upplever sin kropp som främmande och ny. Kroppen känns främmande och mer som ett föremål (Tham et al 2000; Lampinen & Tham, 2003; Tham & Kielhofner, 2003; Guidetti et al., 2007). Man måste ständigt tänka på sin kropp i görandet och det upplevs som tröttsamt (Guidetti et al., 2007; Erikson et al, 2007; Guidetti et al., 2009;

Eriksson & Tham, 2010) Personerna med stroke ger ofta beskrivningar såsom att de befann sig i en obekant livsvärld.

Studier har visat att de aktiviteter som tidigare var givna inte längre kunde utföras som förut, för att exempelvis flödet i aktiviteten saknades och aktiviteten upplevdes som fragmenterad (Lampinen & Tham, 2003; Erikson et al, 2007). Det framkom även i ovanstående studier att genom att personerna fick prova att göra i aktivitet, fick man nya erfarenheter, och på så sätt började dessa personer att upptäcka och hantera sina dagliga aktiviteter igen.

KLIENTCENTRERAD ARBETSTERAPI

Klientcentrerad rehabilitering är en process som utgår från de behov och önskemål som personen och/eller dennes närstående uttrycker. Arbetet guidas av klientens mål och erfarenheter och bygger på ett samspel mellan terapeut och klient som syftar till att stödja klienten att uppnå sina mål (Townsend & Polatajko, 2007). I en nyligen publicerad systematisk översikt (Kristensen, Persson, Nygren, Boll & Matzen, 2011) avseende evidens för arbetsterapi kom man fram till att det fanns stöd för ett klientcentrerat arbetssätt. Personerna kände sig mer delaktiga och klarade av sin ADL bättre efter en rehabilitering som fokuserade på deras egna mål. Arbetsterapi utvärderades som en viktig del av strokerehabilitering. I studier (Law, 2002; Wressle, 2005) och i de Nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2009) betonas att det i rehabiliteringsprocessen är viktigt att sätta upp mål tillsammans med patient och närstående. För utvärdering av måloppfyllelse an-

vänds instrument som Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law, 2002; Wressle, 2005). Personer som deltar i en målinriktad rehabilitering har till exempel visat på en ökad förmåga av att klä på sig sina kläder på överkroppen (Gagne & Hoppes, 2003).

Rehabiliteringsstrategier bör syfta till att öka individens autonomi och deltagande i dagliga livet samt främja förmågan att fatta beslut och agera som man vill (Cardol, De Jong & Ward, 2002). Till exempel att klä sig själv är inte bara en mekanisk åtgärd, utan det genomsyras även av en valfrihet och autonomi i görandet. Begreppet autonomi används ofta för att skilja en persons självständighet i aktiviteter från personens möjlighet att välja och fatta beslut som rör hans/hennes egen existens (Tamaru, McColl & Yamaski, 2007). Rogers (1982) beskriver att autonomi uttrycks i förmågan att göra val och ha kontroll över sin omgivning. Roger syn på autonomi stämmer överens med grundläggande antaganden inom arbetsterapi.

Rehabilitering efter stroke

Det råder internationell enighet om att vård vid stroke-enheter leder till en ökad överlevnad, självständighet i ADL och ett minskat av behov av vård vid institution (Socialstyrelsen, 2009, The Stroke Unit Trialists Collaboration, 1997). Tidig mobilisering, aktivering och träning är en del av stroke-enhetskonceptet. Intensiteten av träning på en strokeenhet bör i enlighet med de Svenska Nationella riktlinjerna vara minst 40 - 45 minuters arbetsterapi under fem av veckans sju dagar (Socialstyrelsen, 2009; Scottish Intercollegiate Guidelines Network-SIGN,

2002). Studier har visat att innehållet och mängden rehabilitering samt intensiteten av intervention har en inverkan på utfall i ADL (Bode, Heinemann, Semik & Mallison, 2004). Avseende hemrehabilitering har det visat sig att personer med mild till måttlig stroke kan skrivas ut tidigare från sjukhuset om de får rehabilitering i hemmet av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam med kunskap om strokesjukvård. Studier har visat på lika goda resultat för denna form av hemrehabilitering när det gäller ADL-förmåga och dödlighet som för rehabilitering på sjukhus (Askim, Rohweder, Lydersen & Indredavik, 2004; Langhorne, & Holmqvist, 2007).

INTERVENTION MED FOKUS PÅ NÄRSTÅENDE

Ett grundantagande i arbetsterapi är att «Människan är en social varelse som utför aktiviteter i samspel med andra» (FSA, 2005). Att göra tillsammans med andra (significant others) har även i flera kvalitativa studier visat sig vara grundläggande i arbetsterapi för personer med stroke (Tham & Kielhofner, 2003; Erikson et al., 2004; 2010; Johansson & Tham 2006; Guidetti et al., 2009). Det sociala sammanhang som klienten befinner sig i samt familj och närståendes roll i vardagen efter stroke är därmed viktiga aspekter att ta hänsyn till i rehabiliteringen och i arbetsterapi. Förändrade roller, en förändrad uppdelning av utförandet av vardagliga aktiviteter som att börja assistera en partner att sköta sin personliga vård eller att handla visade sig påverka ömsesidigheten i relationen mellan äldre par där en make drabbats av stroke (Ekstam, 2009; 2011).

Det är vanligt efter stroke att närstående får ett ökat ansvar

att hjälpa personen med stroke i aktiviteter som han/hon tidigare klarat själv. Laliberte och kollegor (2006) konstaterade att både personer med stroke och deras anhöriga levde i en begränsad tillvaro där en stor del av tiden ägnades åt att hjälpa den närstående med ADL. Ett av de tre vanligaste problem som vårdgivare identifierat under de första månaderna efter stroke visade sig vara att hantera deras anhörigas ADL (Grant, Glandon, Elliott, Giger Newman & Weaver, 2004). Ett sätt att minska vårdgivarens börda och beroende är därmed att fokusera rehabiliteringsinsatser för att förbättra ADL-funktion hos personen med stroke. Andra vanliga problem för närstående efter stroke är upplevelse av börda och depression. Tillfredsställelse med livet är också något som visat sig påverkas negativt för både personen med stroke och närstående (Carlsson et al 2007). Men även positiva erfarenheter av att hjälpa en närstående beskrivs (Haley et al., 2009). Många närstående uttrycker ett behov av emotionellt stöd i den tidiga fasen efter stroke (Cameron & Gignac, 2008).

Baserat på de åtta interventionsstudier som ingick i Legg med kollegors Cochrane-review (Legg, Quinn et al., 2011) saknas tillräcklig information kring vilka insatser som ger bäst effekt för informella vårdare till personer med stroke. En av dessa åtta studier med 155 deltagare (Kalra, 2004) visade dock att närstående som fick praktisk träning och handledning av professionella i t.ex. lyft- eller förflyttningsteknik, hur man assisterar vid personlig vård samt strategier för att underlätta kommunikation hade minskad oro och depression och högre livskvalitet. Dessutom upplevde de närståen-

de som fick träning en minskad belastning av att vårda (Kalra et al., 2004). Även Bakas, Austin, Okonkwo, Lewis och Chadwicks studie (2002) visade att närstående som får vara delaktiga vid den dagliga omvårdnaden, träningen och rehabiliteringen upplever en känsla av ökad kompetens och trygghet. Det finns också visst stöd för att strukturerad information och utbildning till patient och närstående i ett tidigt skede ökar kunskapsnivån hos de närstående Legg med kollegor (2011) identifierar också elva ännu icke avslutade interventionsstudier med fokus på icke farmakologiska interventioner mot informella vårdgivare vars resultat är intressanta att följa.

Arbeterapeutiska interventioner

Här behandlas befintlig evidens för arbetsterapeutisk intervention inom områdena funktionsträning, personlig vård och arbete.

FUNKTIONSTRÄNING

Idag finns bristande evidens för effekten av funktionsinriktad träning. Enligt de svenska Nationella riktlinjerna för stroke-sjukvård (Socialstyrelsen, 2009) finns det ingen anledning att anta att någon träningsmetod är mer effektiv än någon annan, men uppgiftsspecifik träning kan användas för att förbättra förmågan i specifika uppgifter eller aktiviteter (Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2002). Om dessutom träningen utgår från aktiviteter som är valda av patienten och genomförs i en familjär anpassad miljö kan det öka förutsättningarna för en förbättrad aktivitetsförmåga och en ökad delaktighet i samhällslivet (Trombly & Ma, 2002). Ma och Trombly

(2002) har även kunnat påvisa i en systematisk översikt av effekten av arbetsterapi att träning i hushållsaktiviteter kan påverka den kognitiva förmågan i positiv riktning samt att även koordinationsförmågan förbättras genom uppgiftsspecifik träning. Apraxi är ett vanligt förekommande problem, men ingen intervention har visat sig vara mer eller mindre effektiv och effekten av specifik intervention för motorisk apraxi efter stroke är osäker.

Minnesnedsättningar tillhör de vanligaste rapporterade kognitiva problemen efter en stroke. Det saknas vetenskapligt underlag för positiv effekt av minnesträning för personer med svåra minnesstörningar. Vid uppmärksamhetsproblem efter stroke har kognitiv träning visat sig ha en positiv effekt på uppmärksamhetsnivån vid uppföljning såväl i postakut skede som efter 6 månader men generaliseringseffekten är inte övertygande (Cicerone et al., 2002). I Nationella riktlinjerna för stroke påvisar man också att det finns studier som beskriver olika interventioner för personer som har neglekt men underlaget är otillräckligt för att påvisa effektiviteten av neglektspecifika interventioner på aktivitetsnivå eller på funktionsnivå. Vid nedsatt problemlösnings- och exekutiv förmåga hos person med stroke kan systematisk träning av problemlösningsstrategier genom kompensatoriska tekniker ha positiv påverkan på livskvalitet (Cicerone et al., 2002).

De första tre till sex månader-na betraktas som den tid då den mer omfattande återhämtningen sker (Chang & Hasselkus, 1998). I en studie av 101 personer med stroke observerade man en spontan förbättring till 16 - 42 procent

av kroppens funktioner och ADL under de första veckorna efter stroke (Kwakkel, Kollén & Twisk, 2006).

AKTIVITETER SOM MEDEL I INTERVENTION

Studier har visat att arbetsterapeuter använder sig av olika terapeutiska strategier (Tham, Ginsburg, Fisher & Tegnér, 2001; Guidetti et al., 2007) som till exempel att ge strukturerad instruktion eller feedback på aktiviteter som är valda av personerna själva och att börja träna i ett välbekant sammanhang (Trombly & Ma, 2002). En studie av Booth och medarbetare (2001) som byggde på observationer av personer i träning av personlig vård, identifierades arbetsterapeutiska strategier såsom uppmaning, instruera och underlättande tekniker.

Den terapeutiska relationen med arbetsterapeuten och det sociala samspelet med andra, samt att vara i en stödjande miljö, är en förutsättning för att återta sina aktiviteter (Erikson et al., 2004; Johansson, 2006; Guidetti et al., 2007; 2009; Erikson et al., 2007;2010 (1,2); Wohlin Wottrich et al., 2007).

Det första steget i att planera interventionen handlar mycket om att försöka att förstå den person man har framför sig för att kunna få personen att samarbeta (Guidetti et al., 2007;2009). Den första utmaningen för arbetsterapeuten kan vara att hitta rätt sätt att motivera klienten, där terapeuten först måste förstå patientens förmåga att utföra aktiviteter och sedan skapa sig en förståelse för personens behov av att delta i interventionen. Mattingly (1994) betonar att den terapeutiska nyttan inte beror på vad arbetste-

rapeuten gör, utan det är snarare om vad terapeuten och klienterna kan åstadkomma tillsammans.

Att använda sig av aktiviteter som är relevanta och meningsfulla (Trombly, 1995; Rexroth, Fisher, Merritt & Gliner, 2005) och som personen vill göra (Tham et al., 2000; Erikson et al., 2004; Johansson, 2006; Guidetti et al., 2007; Eriksson et al., 2007;2010) har för personen med stroke visat sig vara en framgångsrik interventionsstrategi. Haslam och Beaulie (2007) jämförde två olika modeller av ADL-insatser såsom att man tränade i aktivitet och jämförde det med kompensatoriska strategier, och där visade sig att träna de aktiviteter man vill klara av att utföra var det som var mest framgångsrikt. Det finns belägg för att en uppgiftsspecifik träning dvs. där klienten väljer en för henne/honom angelägen aktivitet är en effektiv strategi för att förbättra ADL (Steultjens et al., 2003; Trombly & Ma, 2002; Teasell & Kalra, 2003).

Det är viktigt att förstå personens förmåga att utföra aktiviteten samt utvärdera och genomföra interventioner på grundval av personens vilja och motivation att göra och utföra aktivitet (Fisher, 2003). Insatsen ska även sedan anpassas för att passa personens resurser och mål med särskilt fokus på den aktivitet som personen vill och behöver vara engagerad i (Ma & Trombly, 2002; Trombly & Ma, 2002). Det finns flera studier som har påvisat att personer med stroke är tvungna att skapa nya strategier för att utföra aktiviteter (Tham et al., 2000; 2003; Lampinen & Tham, 2003; Erikson et al., 2007; Guidetti et al., 2002; 2007; 2009, Eriksson & Tham, 2010). Genom att personerna konfronterats i sitt görande skapas strategier

(problemlösning) och i början av rehabiliteringsperioden kanske man måste börja med lagom utmanande aktiviteter (Tham et al., 2000; Tham & Kielhofner, 2003; Lampinen & Tham, 2003; Erikson et al., 2004; 2007, Guidetti & Tham, 2002; Guidetti et al., 2007; 2009; Wohlin Wottrich, 2007) för att dessa så småningom inkorporeras i "vanekroppen" och blir automatiserade" (Tham et al., 2000; Erikson et al., 2007; Guidetti et al., 2002; 2007; 2009). En svensk studie har bland annat påvisat ett starkt samband mellan de aktiviteter man gör och vill göra i relation till vilken livstillfredsställelse man upplever (Eriksson et al., 2009).

PERSONLIG VÅRD SOM INTERVENTION

Arbeterapi som fokuserar på att förbättra personlig vård efter stroke har visat sig ha en betydande effekt på utförandet av personlig vård (Unsworth & Cunningham, 2002) och ger en minskad risk för försämring av ADL-förmåga (Legg et al., 2007, Steultjens et al., 2003).

Syftet med träning i personlig vård är främst att bidra till självständighet (Guidetti & Söderback, 2001; Neistadt & Seymore, 1995; Söderback & Guidetti, 1992), som i sin tur förväntas bidra till ökad autonomi (Rogers, 1992) och upplevelse av livstillfredsställelse (Fugl-Meyer, Melin & Fugl-Meyer, 2002). Vanligtvis är det arbetsterapeuten som ansvarar för bedömning i personlig vård, planering och start av intervention. Även om det finns bevis på de gynnsamma effekterna av arbetsterapi avseende självständighet i ADL efter stroke, är den teoretiska grunden och strategier för interventioner ofta vagt

definierade och sparsamt beskrivna (Legg et al., 2007; Steultjens et al., 2003). Forskningen inom detta område har huvudsakligen syftat till att utveckla metoder för bedömning av förmåga eller självständighet (Fisher, 1998; Törnquist, 1995).

I en intervjustudie (Guidetti et al., 2009) beskrev fem personer som haft en stroke i ett tidigt skede av rehabiliteringsprocessen att de genom sina nya erfarenheter från olika dagliga aktiviteter återtog förmågan till aktivitet. Genom att försöka och prova fick de en känsla av att kunna göra något med sin kropp, personerna uttryckte att de såg en möjlig utveckling. Studien visade att man i början efter en stroke befann sig i en "övergångsfas" och upplevde att man behövde mer omfattande stöd. Personerna beskrev att det handlade om en trötthet och att det kunde vara någon annan som hjälpte till att utföra aktiviteten men efter ett tag övergick det stödet till mera verbalt stöd. De beskrev ett behov av hjälp att få en ny daglig struktur i sina aktiviteter. Personerna beskrev den terapeutiska relationen med arbetsterapeuten som en relation som möjliggjorde att de kunde återta aktiviteterna.

Personerna beskrev också betydelsen av ett sammanhang där det fanns en kultur av att ta ansvar för sig själv, som exempelvis på en rehabiliteringsklinik upplevde de att det fanns förväntningar i luften av att man kunde och skulle försöka genomföra aktiviteten självständigt. Detta ledde till en outtalad förväntan på personen. Det fanns även explicita, konkreta förväntningar som uppstått av att arbetsterapeuten ställde frågor till personen.

Tiden hade en stor betydelse

i rehabiliteringen på olika sätt. Arbetsterapeuten balanserade sin tid för att kunna möta klientens behov, att ge tid till klienterna att öva och utföra aktiviteten, men använde också tiden som ett mått på resultat av träning som exempelvis feedback till patienten. Under den tidiga rehabiliteringsfasen upplevdes användandet av tiden som verktyg för att möjliggöra aktiviteter, och ibland för att bara göra ingenting. De beskrev "dö-tid", som en tid som inte var fylld med något, en tid man behövde för att reflektera över sin nya situation och hur man hanterade den situationen. Personerna ansåg också att de behövde mer tid för att kunna utföra aktiviteten. Det var även viktigt att genomföra de åtgärder vid rätt tidpunkt.

Den övergripande betydelsen av dessa strategier var att understödja patienter i att själva ta kontroll över sina liv igen.

ARBETSLIVSINRIKTAD REHABILITERING

Det finns en stor variation i internationell litteratur om återgång till arbete efter stroke. Riks-Stroke rapporterar att cirka 40 procent av de som var i yrkesverksam ålder när de drabbades av stroke hade återgått till arbete ett år efter insjuknande (Riks-Stroke, 2010). I en norsk populationsstudie fem år efter stroke var bara 58 procent yrkesverksamma i någon omfattning (Naess et al., 2004). Många de personer som återgått till arbete arbetar deltid med förändrade arbetsuppgifter (Johansson, 2003; Vestling, 2003). Utebliven eller nedsatt arbetsförmåga efter stroke bidrar till den socioekonomiska bördan efter stroke. När det gäller att förutsäga vem som kommer tillbaka till arbete efter stroke, har yngre ålder, högre utbildning

och anställning som tjänsteman visat sig vara positiva faktorer för arbetsåtergång. Den avgjort mest negativa faktorn var svårighetsgraden av stroke (Treger, Giaquinto & Ring, 2007). Svårighetsgrad av stroke i mått av ADL-förmåga har visat sig vara en robust prediktor av arbetsåtergång (Johansson, 2003; Wozniak, 2002). En känd prediktor för arbetsåtergång är den egna tilltron till att kunna arbeta (Ekblad, 2008) och den har bekräftats också bland personer med stroke (Björkdahl, 2007; Röding, 2009). Vikten av stöd från familjen och närstående och arbetskamrater har också framkommit i intervjustudier (Röding, 2009; Corr, 2003).

En studie av arbetets betydelse visade att arbete hade fått en annan plats i livet efter hjärnskadorna. Deltagarna upplevde osäkerhet att bedöma sin egen kompetens i att utföra arbetsuppgifter och yrkesidentiteten påverkades (Johansson & Tham 2006). De flesta studier om konsekvenser av stroke för yngre personer är uppföljningsstudier och de tyder på att många inte har haft tillgång till rehabilitering även om de haft ett behov av det. Det finns för närvarande inte något specifikt rehabiliteringsprogram för personer som har som mål att återgå till arbete efter stroke (Björkdahl & Stibrant-Sunnerhagen, 2007).

Referenser

Askim, T, Rohweder, G, Lydersen, S, Indredavik, B. (2004). Evaluation of an extended stroke unit service with early supported discharge for patients living in a rural community. A randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 18(3):238-48.
Bakas, T., Austin, J. K., Okonkwo, K. F., Lewis, R. R., & Chadwick, L. (2002). Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *J Neuro sci Nurs*, 34(5),

242-251.

Bengtsson, J. (2001). *Sammanflätningar*. Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi. Bokförlaget Daidalos AB.

Bode, K. R., Heinemann, W. A., Semik, P., & Mallison, T. (2004). Relative importance of rehabilitation therapy characteristics on functional outcomes for persons with stroke. *Stroke*, 35, 2537-2542.

Booth, J., Davidson, I., Winstanley, J., & Waters, K. (2001). Observing washing and dressing of stroke patients: nursing intervention compared with occupational therapists. What the difference? *Journal of Advanced Nursing*, 33, 1, 98-105.

Björkdahl A, Stibrant-Sunnerhagen K. (2007) Process skill rather than motor skill seems to be a predictor of costs for rehabilitation after a stroke in working age; a longitudinal study with a 1 year follow up post discharge. *BMC Health Services Research*, 7: 209

Cardol, M., De Jong, B. A., & Ward, C.D. (2002). On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 24, 18, 970-974.

Forsberg-Wärleby, G., Möller, A., Blomstrand, C. (2007). Comparison of life satisfaction within couples one year after a partner's stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39 (3), 219-24.

Cameron, J. I., & Gignac, M. A. (2008). «Timing It Right»: a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Educ Couns*, 70(3), 305-314.

Chang, L-H., & Hasselkus, B. R. (1998). Occupational therapists' expectations in rehabilitation following stroke: sources of satisfaction and dissatisfaction. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 629-637.

Cicerone, KD, Dahlberg, C, Kalmar, K, Lagenbahn, DM, Malec, JF, Bergquist, TF, et al. (2002). Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendation for clinical practice. *ArchPhys Med Rehabil*.:8 (12):1596-615

Corr, S. & Wilmer, S. (2003). Returning to work after a stroke: an important but neglected area. *British Journal of Occupational Therapy* 66(5): 186 – 192.

Ekstam, L. (2009). *Changes in everyday life after stroke. Older individuals' and couples' daily occupations at home during the first year after stroke*. Thesis

- for doctoral degree Stockholm: Karolinska Institutet.
- Ekstam, L., Tham, K. & Borell, L. (2011). Couples' approaches to changes in everyday life during the first year after stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(1): p. 49-58.
- Ekbladh, E. (2008). Return to work – assessment of subjective psychosocial and environmental factors. [dissertation] Department of Social and Welfare Studies, Linköping University, Linköping.
- Erikson, A., K., Karlsson, G., Söderström, M., Tham, K. (2004). A Training apartment with electronic aids of daily living: Lived experiences of persons with brain damage. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 261-271.
- Erikson, A., Karlsson, G., Borell, L., & Tham, K. (2007). The lived experiences of memory impairment in daily occupation after acquired brain injury. *OTJR: Occupation, Participation and health*, 27, 84-94.
- Erikson, A. Park, M. & Tham, K. (2010). Belonging: a qualitative, longitudinal study of what matters for persons after stroke during the one year of rehabilitation. *J Rehabil Med*. Oct; 42(9):831-8.
- Erikson, A, Park, M & Tham, K (2010). Place integration through daily activities: One year of rehabilitation after stroke. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 20, 68-77.
- Eriksson, G. Kottorp, A. Borg, J. & Tham, K (2009). Relationship between occupational gaps in everyday life, depression, mood and life-satisfaction after acquired brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 187-194.
- Eriksson, G. & Tham, K (2010). The meaning of occupational gaps in everyday life after the first year after stroke. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 30, 49-58.
- Fisher, A. G. (1998). Uniting practice and theory in occupational framework 1998. Eleonor Clark Slage Lecture. *American Journal of Occupational therapy*, 52, 509-521.
- FSA. (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Stockholm: FSA, Globalt Företagstryck AB.
- Fugl-Meyer, A., Melin, R., & Fugl-Meyer, K. (2002). Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: in relation to gender, age, partner and immigrant status. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34, 239-246.
- Gagne, E. D., & Hoppes, S. (2003). The effects of collaborative goal-focused occupational therapy on self-care skills: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 215-219.
- Guidetti, S., & Söderback, I. (2001). Description of self-care training in occupational therapy: Case studies of five Kenyan children with cerebral palsy. *Occupational Therapy International*, 8, 1, 34-48.
- Guidetti, S., & Tham, K. (2002). Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: A qualitative study. *Occupational Therapy International*, 9, 4, 257-276.
- Guidetti, S., Asaba, E., & Tham, K. (2007). The Lived experiences of Recapturing Self-Care. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 303-310.
- Guidetti, S., Asaba, E., & Tham, K. The meaning of context in recapturing self-care after stroke or spinal cord injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 2009: 63, 323-332.
- Guidetti, S., Andersson, K., Andersson, M., Tham, K., & von Koch, L. Client-centred self care intervention after stroke – a randomized, controlled pilot study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2010; 17:276-285.
- Grant, J. S., Glandon, G. L., Elliott, T. R., Giger, J. N., & Weaver, M. (2004). Caregiving problems and feelings experienced by family caregivers of stroke survivors the first month after discharge. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27(2), 105-111.
- Haslam, T. M. & Beaulieu, K. (2007). A comparison of the evidence of two interventions for self-care with stroke patients. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 14(3), 118-127.
- Haley, W. E., Allen, J. Y., Grant, J. S., Clay, O. J., Perkins, M., & Roth, D. L. (2009). Problems and benefits reported by stroke family caregivers: results from a prospective epidemiological study. *Stroke*, 40(6), 2129-2133.
- Husserl, E. (1970/1936). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology*. Evanstone. IL: Northwestern University Press. (Orig. 1936). Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie, Philosophie.
- Johansson, U. & Bernspång, B. (2003). Life satisfaction related to work re-entry after brain injury. A longitudinal study. *Brain Injury*. 17(11), 991-1002.
- Johansson, U. & Tham, K. (2006). The meaning of work after acquired brain injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 60-69.
- Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M., et al. (2004). Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. *Bmj*, 328 (7448), 1099.
- Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupation: Theory and Application* (3rd Ed). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kristensen, H. K, Persson, Nygren, C, Boll, M & Matzen, P. Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2011; 18: 11-25
- Kvigne, K., Gjengedal, E., & Kirkevold, M. (2002). Gaining access to the life-world of woman suffering from stroke: methodological issues in empirical phenomenological studies. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 1, 61-68.
- Kvigne, K. & Kirkevold, M. (2003). Living with a Bodily strangeness: Women's experiences of their changing and unpredictable body following stroke. *Qualitative Health Research*, 13 9, 1291-1310.
- Kwakkel, G., Kollen, B., & Twisk, J. (2006). Impact of Time on Improvement of Outcome After Stroke. *Stroke*, 37, 2348-2353.
- Laliberte Rudman, D., Herbert, D., & Reid, D. (2006). Living in a restricted occupational world: The occupational experiences of stroke survivors who are wheelchair users and their caregivers. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 3, 141-152.
- Langhorne, P. & Holmqvist, LW. (2007). Early supported discharge after stroke. *J Rehabil Med*; 39 (2):103-8.
- Lampinen, J., & Tham, K. (2003). Interaction with the physical environment in every day occupation after stroke: A phenomenological study of persons with visuospatial agnosia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10, 147-156.
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of every day life. *American Journal of Occupational therapy*, 56, 6, 640-649.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl,

- M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2005). *Canadian Occupational Performance Measure*. (Rev.4th Ed). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Legg, L., Drummond, A. E, Langhorn, P., Leonaridi-Bee, J., Gladman, J. R. F., Corr, S., et al. (2007). Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials. *BMJ Online First*. Bmj.com
- Legg, LA., Quinn, TJ., Mahmood, F., Weir, CJ., Tierney, J., Scott, DJ., Smith, LN. & Langhorne, P (2011) Non-pharmacological interventions for caregivers of stroke survivors (Review) Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- Ma, Hl., & Trombly, CA. (2002). A synthesis of the effects of occupational therapy for persons with stroke. Part II: Remediation of impairment. *Am J Occup Ther.*;56(3):206-274.
- Mattingly, C. (1994). The concept of the therapeutic emplotment. *Social Science Medicine*, 38, 6, 811-822.
- McKevitt, C., Redfern, J., Mold, F., & Wolfe, C. (2004). Qualitative studies of stroke, A systematic Review. *Stroke*, 35, 1499-1505.
- Merleau-Ponty, M. (2002/1945). *Phenomenology of perception*. (C. Smith, Trans.). London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Neistadt, M. E., & Seymour, S. G. (1995). Treatment activity preferences of occupational therapists in adult physical dysfunction settings. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 437-443.
- Naess, H., Nyland, KI, Thomassen, L., Aarseth, J. & Myhr, KM.(2004). Long-term outcome of cerebral infarction in young adults. *Acta Neurol Scand* ; 110, 107-112.
- Rexroth, P., Fisher, A., Meritt, B., & Gliner, J. (2005). ADL differences in individuals with unilateral hemispheric stroke. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72, 4, 212-221.
- Riks-Stroke. Ett år efter stroke. Ettårs-uppföljning 2010. <http://www.riks-stroke.org/index.php>
- Rogers, J. C. (1982). Order and disorder in medicine and occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 37, 601-616.
- Röding, J., Lindström, B., Malm, J., & Öhman, A. (2003). Frustrated and invisible-younger stroke patients experiences of the rehabilitation process. *Disability and rehabilitation*, 25, 15, 867-874.
- Röding, J. (2009) Stroke in the younger. Selfreported impact on work situation, cognitive function, physical function and life satisfaction. Dissertation, Umeå university, Sweden
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network- SIGN. (2002). Management of patients with stroke. rehabilitation, prevention and management of complication, and discharge planning. A national clinical guideline; November.
- Sisson, R. (1998). Life after a stroke: coping with change. *Rehabilitation Nursing*, 23, 4, 198-203.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård. 2009.
- Steultjens, E., Deeker, J., Bouter, L., van de Nes, J., Cup, E., & van den Ende, C. (2003). Occupational Therapy for stroke patients. A Systematic Review. *Stroke*, 34, 676-687.
- Söderback, I., & Guidetti, S. (1992). The effect of personal- care training at a medical department. *Clinical Rehabilitation*, 8, 203-208.
- Tamaru, A., McColl, M. A., & Yamaski, S. (2007). Understanding «Independence»: Perspectives of occupational therapists. *Disability and Rehabilitation*, 29, 13, 1021-1033.
- Tham, K., Borell, L., & Gustavsson, A. (2000). The discovery of disability: A phenomenological study of unilateral neglect. *American Journal of Occupational Therapy*, 4, 398-406.
- Tham, K., Ginsburg, E., Fisher, A. G., & Tegnér, R., (2001). Training to improve awareness of disability in clients with unilateral neglect. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 46-54.
- Tham, K., & Kielhofner, G. (2003). Impact of the social environment on occupational experiences and performance among persons with unilateral neglect. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 403-412.
- The stroke unit trialists' Collaboration. (1997). Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *British Medicine Journal*, 314, 1151-1159.
- Teasell, R., & Kalra, L. (2004). What's new in stroke rehabilitation. *Stroke*, 35, 383.
- Townsend, E. A., & Polatajko, J. H. (2007). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being., & Justice through occupation*. CAOT Publications ACE, Ottawa, Ontario.
- Trombly, C. A. (1995). Occupation: Purposefulness and meaningfulness and therapeutic mechanisms. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 960-972.
- Trombly, CA., Ma, Hl. A synthesis of the effects of occupational therapy for persons with stroke. Part 1: Restoration of roles, tasks, and activities. *Am J Occup Ther.*2002;56 (3):250-259.
- Treger J, Giaquinto S & Ring H. (2007). Return to work in stroke patients. *Disability and Rehabilitation*, 29(17): 1397-1403.
- Törnquist, K. (1995). *Att fastställa och mäta förmåga till dagliga livets aktiviteter (ADL). En kritisk granskning av ADL-instrument och arbetsterapipraxis. Institutionen för socialt arbete. Skriftserien 1995:3. Göteborg University.*
- Unsworth, A., & Cunningham, T. (2002). Examining the evidence base for occupational therapy with clients following stroke. *British Journal of Occupational Therapy*, 65,1,21-29.
- Vestling, M., Tufvesson, B. & Iwarsson, S. (2003). Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. *J Rehabil Med.*; 35, 127-131
- Wressle, E., Eeg-Olofsson, A-M., Marcusson, J., & Henriksson, C. (2002). Involved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34, 5-11.
- Wohlin Wottrich, A., von Koch, L. & Tham, K. (2007). The meaning of rehabilitation in the home environment after acute stroke from the perspective of a multiprofessional team. *American Journal of Physical Therapy*, 87, 778-788.
- Wozniak, M., A. & Kittner, S., J. (2002). Return to Work after Ischemic Stroke: A Methodological Review. *Neuroepidemiology*. 21: 159-166.

«Dere skal ikke lage avtaler om meg, men med meg!»

OM ERFARINGER FRA BRUKERMEDVIRKNING I REHABILITERING ETTER ERVERVET HJERNESKADE

Av Eli Langørgen



Eli Langørgen er ergoterapispesialist i somatisk helse, og var under arbeidet med artikkelen ansatt ved St.Olavs Hospital, Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering, Avdeling for ervervet hjerneskade, Lian. Hun har mastergrad i Funksjonshemming og samfunn fra NTNU. E-post: eli.langorgen@hist.no

There are no conflicts of interest regarding this article.

Abstract

PURPOSE: This qualitative study sought to illustrate factors that may affect patient participation in a Norwegian acquired brain injury rehabilitation context.

METHOD: Data were collected through retrospective in-depth interviews with five patients and through focus-group interviews with ten health professionals.

FINDINGS: Five indicators for patient participation were identified from the empiric material: Professional human resources (how multi-disciplinary team members' different roles affect patient participation), community (how formal and informal arenas either may facilitate or inhibit participation), comprehension (the way professionals are able to meet and understand the patients' situation), predictability (based on sufficient information) and flexibility (differentiated approaches to meet the patients' abilities and desire to participate).

CONCLUSIONS: The results indicate relational conditions as a foundation for patient participation. It highlights how informal arenas contribute to relation building between the parties. One characteristic of patient participation within rehabilitation following acquired brain injury is the degree of participation changing over time. The study demonstrates individual preferences – meaning professionals have to adjust to each person. From the patients' point of view, participation is about having control by getting information, being listened to, and having influence.

KEYWORDS: Acquired brain injury, rehabilitation, patient participation, client-centered, empowerment.

Innledning

I helsevesenet har vi i mange år hørt at brukermedvirkning er viktig. Rutiner for brukermedvirkning og brukerrepresentasjon på systemnivå er ofte vel etablert, men vi vet lite om hva som skjer i den daglige samhandling mellom fagpersoner og pasienter. For oss ergoterapeuter gir yrkesetiske retningslinjer, i likhet med for andre profesjoner i helsevesenet, føringer for en brukerorientert praksis. Jeg har inntrykk av at vi sjelden snakker om hva det betyr og hvordan vi gjør det.

Denne artikkelen handler om erfaringer med brukermedvirkning i rehabilitering etter ervervet hjerneskade. Fem medvirkningsindikatorer går igjen som røde tråder i det empiriske materialet: Faglighet, fellesskap, forståelse, forutsigbarhet og fleksibilitet. Studien tyder på at relasjonelle forhold har mye å si for brukermedvirkning, og at blant annet uformelle arenaer er viktige for relasjonsbygging mellom aktørene. Pasienter har ulike ønsker om og forutsetninger for å medvirke. Brukermedvirkning er derfor ikke et statisk fenomen, men krever at fagpersoner kontinuerlig reflekterer over hva det innebærer i møte med den enkelte pasient.

Brukermedvirkning står sentralt i nasjonal og internasjonal helsepolitikk (St.meld. nr. 26 (1999-2000); St.meld. nr. 34 (1996-97); WHO, 1994), og er nedfelt i lovverket som en rettighet (Pasientrettighetsloven, 1999). Begrepets innhold er likevel upresist definert, noe som fører til varierende forståelse og anvendelse (Eldh, 2006; Humerfelt, 2005; Steinsbekk & Solbjør, 2008; Tambuyzer, Pieters, & Van Audenhove, 2011).

Brukermedvirkning forutsetter at pasienten ikke lenger betraktes som en passiv mottaker av tjenester, men blir møtt som en aktiv deltaker i sin behandlingsprosess. Både nasjonale og internasjonale retningslinjer omtaler «brukermedvirkning», eller «patient participation», som pasientens rett til å motta informasjon og ta del i beslutninger som vedgår egen helse. Den beskrivelsen som ofte refereres til i Norge stammer fra Stortingsmelding nr. 34 (1996-97): *«Brukermedvirkning, som vil si at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet»* (1.2.6. Kap.7)

Den enkelte helse- og sosialarbeider er delegert et stort ansvar med å legge til rette for brukermedvirkning i sitt arbeid. Foreløpig har vi begrenset kunnskap om hva det faktisk innebærer og hvilke erfaringer ulike aktører har med brukermedvirkning i klinisk praksis (Eldh, 2006; Rise, 2012; Steinsbekk & Solbjør, 2008).

Rehabilitering er en fagdisiplin hvor pasientens aktive deltakelse både er rettighetsmessig og ideologisk fundert (Bredland, Linge, & Vik, 2002; St.meld. nr. 34 (1996-97)). I mitt arbeid på en rehabiliteringsavdeling for personer med ervervet hjerneskade har jeg opplevd at vi forstår og praktiserer brukermedvirkning ulikt. Pasientene, som kan være både fysisk og kognitivt svekket, bor ofte i rehabiliteringsavdelingen over flere måneder. I løpet av denne tiden skal pasient og fagpersonell sammen utarbeide en plan for rehabiliteringen og gjennomføre tiltak. Relasjonen mellom aktørene er preget av komplementære, men asymmetriske roller, der

fagpersonene er på hjemmebane, mens pasienten er i en ukjent situasjon preget av manglende oversikt og kontroll (Andreassen, 2005; Sigstad, 2004; Skau, 1996).

Dette bakteppet danner utgangspunkt for forskningsarbeidet jeg gjorde i forbindelse med en masteroppgave. Intenjonen med studien var å utforske hvilke erfaringer pasienter og fagpersoner i en konkret rehabiliteringsavdeling har med brukermedvirkning. Fortolkningsgrunnlaget baserer seg på data fra begge informantgruppene. I denne artikkelen ønsker jeg først og fremst å fremheve pasientenes stemmer, fordi jeg mener deres tilbakemeldinger er spesielt viktige for oss fagfolk når vi skal legge til rette for brukermedvirkning.

Brukermedvirkning i rehabilitering

Det eksisterer ingen enhetlig definisjon av hva som menes med *brukermedvirkning*. Fagbøker og forskning spiller mange ulike begreper som omhandler brukernes medvirkning; innflytelse, involvering, deltakelse, medbestemmelse, selvbestemmelse og autonomi. I engelsk litteratur benyttes ofte *patient participation* som synonymt med det norske ordet brukermedvirkning. I min forståelse av brukermedvirkning har jeg tatt utgangspunkt i det engelske begrepet *participation* i betydningen deltakelse. Som ergoterapeut er jeg formet i en fagtradisjon hvor deltakelse i aktiviteter har betydning for livskvalitet, personlig utvikling og helse. Grunnsynet innebærer et systemteoretisk perspektiv, der mennesket i aktivitet interagerer med sine fysiske og sosiale omgivelser. Mitt utgangspunkt er at bruker-

medvirkning kan betraktes som en form for aktivitet; en bruker som «virker» eller deltar sammen med noen eller i forhold til noe. Brukermedvirkning er for meg et fenomen som forutsetter et visst engasjement hos pasienten, og hvor graden av medvirkning formes av personens ønsker og forutsetninger, men også betingelser i miljøet rundt.

International Classification of Functioning, Disability and Health, omtalt som ICF (WHO, 2001), er en mye anvendt modell både innen ergoterapi og rehabiliteringsfeltet. I ICF defineres begrepet participation som *involvement in lifesituations*, på norsk oversatt til *engasjement i livssituasjoner* (WHO, 2003). ICF er imidlertid blitt kritisert for ikke å ta hensyn til brukerperspektivet, det vil si den enkeltes subjektive opplevelse av å delta - både hva som er meningsfullt og hvordan personen erfarer sin reelle mulighet for autonomi og selvbestemmelse (Hemmingsson & Jonsson, 2005). I Hammell og medarbeideres studie (2008) definerer personer med ulike funksjonshemminger *participation* med følgende faktorer: Ha adgang og anledning til å delta, oppleve sosial tilknytning og være en del av en meningsfull sammenheng, bety noe for andre, samt å ha kontroll og valgmulighet. Kjersti Vik (2008) konkluderer med noe av det samme i sin studie av eldre mottakere av hjemmebasert rehabilitering: *Agency* i betydningen autonomi, og kontroll var essensielt for de eldres opplevelse av *participation*. Både Hammell og Vik understreker den rollen som omgivelsene spiller med hensyn til å hemme eller fremme deltakelse.

Ifølge Bredland, Linge og Vik (2002) handler rehabilitering om å styrke menneskers egne ressurser til å mestre nye utfordringer, - en prosess som forutsetter at pasienten er aktivt deltakende. De beskriver to betydninger av rehabilitering (2002, s. 26): Den ene handler om å *sette i funksjonsdyktig stand igjen*, og ligger nært opp til den beskrivelsen av rehabilitering som man finner i Stortingsmelding nr. 21 (St.meld. nr. 21 (1998-99), Kap.2.1). Den andre legger vekt på at rehabilitering skal gjenopprette brukerens *verdighet*, slik at han kan leve et *verdig* liv til tross for funksjonstap. Hva den enkelte pasient/bruker opplever som verdig, er det bare vedkommende selv som kan avgjøre. Brukermedvirkning vil derfor være en grunnleggende forutsetning i rehabiliteringsvirksomhet.

En klientsentrert praksis lar klientens syn på situasjonen være styrende for utforming av behandlingstiltak (Store norske leksikon, 2012), og kan betraktes som en tilnærming for å fremme brukermedvirkning. Innen ergoterapifaget har spesielt kanadiske og britiske ergoterapeuter vært ledende ideologer og forskere når det gjelder *client-centered approach* (Law, Baptiste, & Mills, 1995; Sumsion, 2000). Sumsion og Laws litteraturgjennomgang av karakteristiske trekk ved klientsentrert praksis fremhever maktbalansen mellom ergoterapeut og pasient i retning av partnerskap; der terapeuters evne til å lytte og kommunisere, samt fremme valgmuligheter og håp, er grunnleggende for samarbeidet (Sumsion & Law, 2006). Dette gir noen føringer for ergoterapeuter som arbeider i rehabiliteringsfeltet.

Begrepet *empowerment* er hentet fra internasjonal litteratur og blir ofte knyttet til brukermedvirkning. Ideologisk springer empowerment ut fra et menneskesyn som forfekter at den enkelte er ekspert på eget liv og vet hva som er best for seg. Empowerment blir gjerne oversatt som «myndiggjøring» eller «styrking» (Askheim, 2003). Foruten å styrke enkeltindivider slik at de gjenvinner kontroll over eget liv, innebærer det også fokus på menneskers livssituasjon sett i sammenheng med samfunnsmessige forhold (Askheim, 2003). Begrepene brukermedvirkning og empowerment har mye til felles; der jeg oppfatter at sistnevnte i større grad er tydelig på fagpersoners ansvar for å *empower* pasienten (Holmström & Roing, 2010). Bollingmo og kollegaer (2005) stiller seg imidlertid kritiske til en praksis der fagpersoner skal «myndiggjøre» eller gi brukeren anledning til å delta, fordi et slikt mandat også innebærer mulighet for det motsatte. De er opptatt av at selvbestemmelse er en grunnleggende menneskerettighet. Dette kan være spesielt utfordrende når pasienten har redusert kognitiv funksjon, som for eksempel etter en ervervet hjerneskade. Enkelte ganger vil det ikke være faglig forsvarlig at pasienten skal bestemme; helsepersonell har plikt til å ta avgjørelser på vegne av pasienten når vedkommende selv ikke er i stand til det (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004).

Norsk lovverk og helsepolitiske føringer vedrørende brukermedvirkning legger vekt på at pasienten skal motta informasjon for å kunne medvirke i beslutningsprosesser som angår egen behand-

	Gruppe 1: Personer med pasienterfaring fra rehabilitering	Gruppe 2: Fagpersoner som arbeider med rehabilitering
Antall	5	10
Kjønn	2 kvinner, 3 menn	8 kvinner, 2 menn
Erfaringsgrunnlag	Innlagt \geq 2 mnd. i rehabiliteringsinstitusjon for ervervet hjerneskade	Arbeidet 2,5 -20 år med rehabilitering etter ervervet hjerneskade
Informasjons-innsamling	Individuelle intervju 0 - 5 mnd. etter utskrivning	Fokusgruppeintervju

Tabell 1: Oversikt over informanter og metode for datainnsamling.

ling og livssituasjon (NOU 2001: 22, 2001; Pasientrettighetsloven, 1999; St.meld. nr. 34 (1996-97)). Hvis man imidlertid forstår brukermedvirkning som *engasjement i livssituasjon* i henhold til ICF-begrepet participation, og legger til at det også skal oppleves som meningsfullt for pasienten, får begrepet et annet innhold. I rehabiliteringssammenheng vil det blant annet kunne bety at pasienten får mulighet til å delta i aktiviteter på de arenaer som han ønsker. Eld, Ekman og Ehnfors (2010) fant at pasienters egen beskrivelse av «patient participation» faller nært sammen med ICF-terminologien. I tråd med deres anbefalinger har jeg i studien tatt utgangspunkt i denne forståelsen.

Metode

Intensjonen med studien var å utforske personlige erfaringer og refleksjoner vedrørende brukermedvirkning, jeg valgte derfor en kvalitativ design som gjorde det mulig å gå i dybden på temaet. I kvalitativ forskning er det relevant å benytte fortolkende perspektiver som vektlegger betydning/mening (Thagaard, 2003). Fenomenologi tar utgangspunkt i

menneskers subjektive erfaringer; deres opplevelse av fenomener. En hermeneutisk innfallsvinkel legger vekt på at det ikke finnes kun én tolkning av kvalitative data, men at forståelsen endrer seg etter hvert som ny informasjon dukker opp i prosessen (Thagaard, 2003).

Data ble innhentet gjennom intervju, og analysen er primært inspirert av en induktiv tilnærming (Thagaard, 2003), der den teoretiske forankringen har utviklet seg på bakgrunn av empiri fra intervjuene.

UTVALG

Informantene består av to grupper, se tabell 1. De ble rekruttert fra en norsk sykehusavdeling som driver primærrehabilitering etter ervervet hjerneskade. Utvalget er strategisk (Malterud, 2003) på den måten at jeg valgte personer som har erfaring med brukermedvirkning - enten som pasient eller som fagperson. (Tabell 1)

Informanter til gruppe 1 ble rekruttert fortløpende via fagpersoner i rehabiliteringsavdelingen. Utvelgelsen baserte seg på at potensielle deltakere var over 18 år, hadde samtykkekompetanse

og ferdigheter til å delta i intervju, samt mer enn en måneds pasienterfaring fra tverrfaglig rehabilitering. Siden personer med ervervet hjerneskade kan ha vansker med å huske hendelser fra tidlig fase, åpnet jeg for at nærmeste pårørende kunne delta i intervjuet, dersom hovedinformanten ønsket det.

Gruppe 2 består av ti informanter, der samtlige faggrupper med tilknytning til rehabiliteringsavdelingen er representert: fysioterapeut, lege, logoped, ergoterapeut, sykepleier, hjelpepleier, sosionom, nevropsykolog og miljøterapeut. Det ble i seleksjonen lagt vekt på at informantene hadde erfaring fra hjerneskaderehabilitering utover 50 prosent stilling i mer enn et halvt år.

DATAGRUNNLAG

Data ble samlet ved hjelp av retrospektive semistrukturerte dybdeintervju (Malterud, 2003) og fokusgruppeintervju (Krueger & Casey, 2000). Intervjuene, som foregikk med utgangspunkt i veiledende intervjuguider, ble tatt opp på lydbånd og deretter skrevet ned mest mulig ordrett. Jeg valgte å intervju tidligere

pasienter (gruppe 1) individuelt, både fordi jeg ønsket å få fram deres personlige historie, og fordi det ville være enklere å tilpasse intervjusituasjonen ut fra den enkeltes dagsform og kognitive forutsetninger. Informantene i gruppe 2 ble samlet i fokusgrupper, da jeg antok at det ville gi mer dynamikk og rikholdig refleksjon enn en-til-en-samtale (Malterud, 2003). Samtidig kunne jeg inkludere flere klinikere innen tidsrammen enn det som var mulig gjennom individuelle intervju.

Informantene i gruppe 1 var utskrevet fra rehabiliteringsavdelingen på intervjutidspunktet. De fikk selv velge arena for intervjuene: tre ble intervjuet i møterom på rehabiliteringsinstitusjonen, to ble intervjuet i eget hjem. Samtalene varte én til tre timer, og to av informantene valgte å ha med en nær pårørende.

Intervju av fagpersoner ble av praktiske årsaker organisert i to fokusgrupper med fem deltakere. Intervjuene, som varte et par timer, foregikk i møterom på rehabiliteringsavdelingen. En ansatt ved klinikkens Lærings- og mestringssenter assisterte under fokusintervjuene.

BEARBEIDELSE AV DATA OG ANALYSE

Bearbeidelse av data er inspirert av Malteruds beskrivelse av «systematisk tekstkondensering» (Malterud, 2003). Første steg i analyseprosessen rettet seg mot å få oversikt over det transkriberte materialet fra intervjuene. Med utgangspunkt i problemstilling, intervju spørsmål og egen for forståelse, ble relevante sitater filtrert ut. Min innfallsvinkel til analysen var å gå i dybden på temaene, finne fellestrekk og

spesielle karaktertrekk, altså en temasentrert analyse (Thagaard, 2003). Til slutt ble disse felles trekkene tolket i lys av tidligere forskning. Jeg ønsket en åpen og bred tilnærming og valgte derfor en eklektisk tolkningsramme, fremfor å binde meg til en teoretisk retning.

TROVERDIGHET, BEKREFTBARHET OG OVERFØRBARHET

Studien er systematisk bygd opp etter allmenne forskningsmetodiske prinsipper, og jeg har tilstrebet nøyaktighet og refleksivitet i alle steg i forskningsprosessen. Intervjuguider ble benyttet for å strukturere og kvalitetssikre informasjonsinnsamlingen, og meningsinnholdet i intervjuene er søkt ivare tatt gjennom en detaljert transkribering.

Bekreftbarhet (validitet) i kvalitativ forskning handler om at forskeren er tydelig på tolkningsgrunnlaget for de dataene som kommer fram, slik at prosessen fra problemstilling til resultat blir logisk og gjenkjennbar (Thagaard, 2003). Min for forståelse av brukermedvirkning ut fra et deltakelsesperspektiv har påvirket måten studien er gjennomført på, samt min søken etter annen empiri til å understøtte eller avkrefte de funn jeg gjorde. Jeg vil derfor presisere at resultatet ikke må betraktes som en gyldig sannhet, men kan være én måte å forstå brukermedvirkning på.

Det at studien er gjennomført med få informanter innenfor én enkelt institusjon, begrenser også resultatenes allmenngyldighet. Jeg mener at funnene likevel gir mening og kan bidra til refleksjon rundt brukermedvirkning i rehabilitering generelt, og i rehabilitering etter ervervet hjerneskade spesielt.

ETISKE VURDERINGER

I og med at studien ville involvere personer med tidligere pasientstatus (gruppe 1) som var i en sårbar situasjon på grunn av nylig oppstått hjerneskade, ble søknad sendt til Regional etisk komité (REK). REK vurderte imidlertid denne som «ikke fremleggespliktig», begrunnet med at studien ikke omfatter medisinsk og helsefaglig forskning. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) har via personvernombudet godkjent studiens kvalitet angående behandling av personopplysninger.

I kontakt med informantene har jeg lagt vekt på respekt for personlig integritet og menneskeverd. Alle deltakere ble informert både skriftlig og muntlig om studiens formål og metode, og samtykket deretter skriftlig til å være med. Deltakelse i studien var frivillig, og de kunne trekke seg når som helst.

Det faktum at jeg som forsker var ansatt ved den institusjonen hvor informantene ble rekruttert, innebar flere forskningsmessige og etiske utfordringer (Malterud, 2003). Et viktig prinsipp var at jeg verken skulle hatt et nært teamsamarbeid med (gruppe 2), eller terapeutisk relasjon til deltakerne (gruppe 1), og deltakerne i sistnevnte gruppe skulle være utskrevet på intervjutidspunktet.

Siden informasjon ble samlet fra et lite rehabiliteringsmiljø over en kort tidsperiode (circa seks måneder), krevdes ekstra aktsomhet for å ivareta deltakernes anonymitet. Ved all publisering har jeg vært svært tilbakeholden med demografiske data. Gjenkjennbare opplysninger i sitater utelatt eller omskrevet, alle sitater blir gjengitt i bokmål, og samtlige

informanter omtales i hankjønns form.

REFLEKSJON RUNDT METODEVALG

Intervju som metode har gitt rikholdige data omkring temaet brukermedvirkning. Informantene i gruppe 1 (tidligere pasienter) delte gjennom samtalen personlige opplevelser som ikke ville kommet fram i en fokusgruppe eller via spørreskjema. Flere fagpersoner (gruppe 2) tilbagemeldte etter fokusintervjuene at de syntes det var faglig inspirerende å reflektere i gruppe. På grunn av min kollegiale nærhet til deltakerne ville trolig ikke individuell samtale ført til like fyldig informasjon (Malterud, 2003).

Siden studien ble utført av én person innen en begrenset tidsramme, har man hatt et pragmatisk forhold til utvalget ut fra hvem som var tilgjengelig. Begge informantgrupper representerer likevel en viss bredde med hensyn til kjønn, alder og erfaringsbakgrunn. Jeg anser antallet som tilstrekkelig ut fra formålet om å beskrive noen *erfaringer med brukermedvirkning*.

Det at samme person har gjennomført både intervju og transkribering, betrakter jeg som en styrke, ved at jeg har hatt god oversikt over materialet (Malterud, 2003). Veileder har gjennom tilgang til rådata bidratt til å løfte fram ulike perspektiver, selv om tolkningen av data ideelt sett burde blitt drøftet i en større forskergruppe.

Resultat og diskusjon

Denne studien er gjennomført i en institusjon for rehabilitering av personer med ervervet hjerneska-
de. Analysen baserer seg på en

forståelse av brukermedvirkning *der deltakelse i meningsfulle livssituasjoner* i vid forstand er lagt til grunn – ikke bare «innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud» (St.meld. nr. 34 (1996-97))

Rehabilitering er en tverrfaglig disiplin, hvor tjenester ytes over tid, og mange aktører skal samarbeide og finne sine ulike roller. Rehabilitering handler blant annet om å fremme pasientens egne ressurser til å mestre nye utfordringer, dette innebærer at pasienten selv deltar aktivt (Bredland, et al., 2002). Forutsetningen for å lykkes med arbeidet er at partene klarer å bygge opp en relasjon for samhandling. Mange av mine informanter, både i pasientgruppen og blant personalet, beskriver erfaringer som handler om veien til den gode relasjon, her illustrert gjennom en fagperson: «Vår jobb er å bli kjent med dem... hva det er som er viktig for denne personen». Relasjonens betydning samsvarer med funn i andre studier om brukermedvirkning (Borg & Kristiansen, 2004; Cahill, 1996; Hjelle, 2001; Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona, & Plos, 2007; Rise, 2012).

Ut fra det empiriske materialet kom jeg fram til fem faktorer som påvirker relasjonen og pasientenes mulighet til å medvirke gjennom rehabiliteringsforløpet: Faglighet, fellesskap, forståelse, forutsigbarhet og fleksibilitet. Jeg vil videre utdype hva som ligger til grunn for denne tolkningen og knytte funnene til annen teori.

FAGLIGHET

Mennesker blir lagt inn på sykehus fordi de trenger faglig bistand. Personalet har kunnskap og ferdigheter som pasienten er av-

hengig av; tilgang til informasjon regnes som en forutsetning for at brukeren skal kunne medvirke (Pasientrettighetsloven, 1999). Flere informanter i pasientgruppen er tydelige på at de trenger fagpersoner med fagkunnskap som kan veilede dem i en fremmed og ukjent situasjon:

«Når du er pasient, så er du faktisk prisgitt kompetansen til andre folk. Når du kjøper en vaskemaskin, er kompetansen innebygd i produktet - du trenger ikke forholde deg til det, du tenker at den skal virke. Men når det gjelder en lege eller en ergoterapeut... så forholder du deg til kompetansen... alle sammen har faktisk noe kunnskap som pasienten ikke har.»
(Tidligere pasient)

Dette funnet understøttes av andre studier (Cahill, 1996; Proot, Meulen, Saad, & Crebolder, 2007; Sumsion & Law, 2006). Når pasienten er svekket av skaden og befinner seg i en krisesituasjon, har fagpersoner ansvar for å ta vare på og delvis ta avgjørelser på vegne av ham (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004). En informant i pasientgruppen forteller at han følte seg umyndiggjort da legen avslø å innvilge permisjon en av de første helgene han var innlagt, men i ettertid mente han at det hadde vært en riktig avgjørelse. Forskning tyder på at både fagpersoner og brukere anser det nødvendig og ønskelig at fagpersoner har hovedansvaret når pasienten er svært syk (Proot, et al., 2007; Solbjør, Rise, Westerland, & Steinsbekk, 2011). Proot og kollegaer (2007) indikerer imidlertid at fagpersoner kan ha vansker med å slippe kontrollen i takt med pasientens bedring

som gjør at han kan ta ansvar og delta mer aktivt selv.

Rehabilitering er, som nevnt, en virksomhet med mange aktører. I begge mine informantgrupper reflekteres det over betydningen som personalets ulike roller har for relasjonen med pasienten. En bevissthet rundt dette kan ha betydning for hvordan man faktisk utnytter ressursene i det tverrfaglige teamet. I det empiriske materialet fant jeg fire forskjellige roller: Informanter, budbringere, omsorgsgivere, og utfordrere. Enkelte yrkesgrupper har ansvar for å informere om juridiske og økonomiske rettigheter, mens andre gir beskjed om forløp og prognose; budskap som ikke alltid er like hyggelige, men like fullt nødvendige i en nyorienteringsfase. Pleiere bidrar med omsorg og fortrolighet i intime settinger, mens terapeutene utfordrer pasientene i trenings-situasjoner på en slik måte at de mestrer mer enn de tror, noe som får positive ringvirkninger for videre engasjement. Informanter i begge grupper mener at et tett samarbeid fører til bedre informasjonsflyt innen personalgruppen, noe som igjen gir pasienten trygge rammer for å medvirke. Dette samsvarer med funn fra andre forskere (Bruset, 2007; Larsson, et al., 2007).

FELLESSKAP

Flere fagpersoner beskriver nødvendigheten av å bruke tid sammen med pasienten for å lære ham å kjenne. Tid er gjerne en begrenset ressurs i helsevesenet, likevel reflekterer de over at det handler om å ta seg tid i den travle hverdagen. Det å legge til rette for og prioritere samvær i uformelle sosiale settinger kan være like viktig som å ivareta de

mer rutinemessige oppgavene. Turer og sosiale aktiviteter innbyr til en annen type prat; pasienter og personalet blir kjent på en annen måte. En representant for pasientgruppen hadde erfart dette:

«Og de turene om torsdagene var utrolig viktige for det sosiale samholdet – mellom pasientene og mellom pasientene og behandlerne. Det blir en friere setting, det blir litt fritid, og da kan du prate om andre ting...» (Tidligere pasient)

Sosiologen Dag Album (1994) har skrevet om betydningen av *«Innholdslost meningsfullt tomprat»*: Spontan uformell kontakt, der pasient og fagperson snakker om «løst og fast», bidrar til at man blir kjent på et mer personlig plan og gjør det lettere for pasienten å åpne seg. Slike betraktninger går igjen i flere studier om bruker-medvirkning (Borg & Kristiansen, 2004; Hjelle, 2001; Larsson, et al., 2007).

Formelle situasjoner knyttet til strukturen i et rehabiliteringsforløp danner også rom for fellesskap; for eksempel mål- og planarbeid, møtevirkosomhet, trening og medisinsk behandling. Det er gjerne personalet som her setter dagsorden. Tilbakemeldinger fra informanter i begge grupper tyder på at pasientene i varierende grad blir inkludert i mål- og planarbeidet. Planene skrives i elektronisk journal og er kategorisert etter ICF (WHO, 2003). Fagpersoner er inne på at de begrepene og vektøyene man tradisjonelt benytter i dette arbeidet virker fremmedgjørende for pasientene, noe som en informant i pasientgruppen her illustrerer:

«...for hvilke mål har du? Åh,

den syns jeg var strevsom i starten, for jeg visste ikke hva som egentlig var forventet. ... Å definere mål når du nettopp har fått vite at du har en hjerneblødning og er funksjonshemmet og... Den er tøff å ta innover seg, altså... å forstå hvor lang tid det tar, og hva du er stand til å gjøre!» (Tidligere pasient)

Fagpersoner mener at det er viktig å legge til rette for at pasientene kan delta i forbindelse med mål- og planarbeid, men at det generelt krever tid og ferdigheter, og spesielt når de har språklige og kognitive funksjonsvansker. Disse utfordringene rapporteres også i andre rehabiliteringsmiljøer (Conneeley, 2004; Levack, Dean, McPherson, & Siegert, 2006a; Playford, Siegert, Levack, & Freeman, 2009).

Med intensjon om å fremme en mer brukervennlig praksis har man i den aktuelle rehabiliteringsavdelingen åpnet teamets tverrfaglige møter for pasient og pårørende. Fagpersonene har erfart at teammøter med pasienten tilstede gir et annet utgangspunkt for medvirkning enn tidligere. Beskrivelser fra tidligere pasienter tyder likevel på at møtene fortsatt er fagfolkenes arena, der de orienterer om status, forløp og prognose. Ofte er mange personer tilstede, og det blir mye snakk:

«Når vi har hatt disse tverrfaglige møtene, så blir det veldig mye informasjon, og en slag-pasient har litt vanskelig for å ta inn alt... sortere og fordøye... det er litt heftig altså... Det blir litt mye... og så er det mange personer...» (tidligere pasient)

Fagpersoner forteller at de ikke bruker nok tid i fellesskap til å diskutere hvordan de kan tilpasse

møtene til hver enkelt pasient. I tillegg savner de anledning til å diskutere diagnostiske og prognostiske spørsmål uten at pasienten er der.

Flere forskere har studert lignende problemstillinger. Cahill (1996) er inne på at økt brukermedvirkning ofte fører til at fagpersoner mister sin kliniske uavhengighet, nettopp fordi man må ta mer hensyn til pasienten. Det at pasienten får innpass som partner i fagteamet, legger ifølge Eldh (2006) til rette for brukermedvirkning. Men hvordan reflekteres pasientens status i forhold til det tverrfaglige teamet? Tradisjonelt henviser begrepet «team» til fagpersonene, og møtene på institusjonen hvor studien ble gjennomført, blir fortsatt omtalt som tverrfaglige møter. I et relasjonelt samarbeid, der pasienten egentlig bør være hovedperson, er han altså formelt ikke inkludert i «teamet». I boken «Det handler om verdighet» omtaler Bredland, Linge og Vik (2002) pasienten som «medarbeider»: «Denne medarbeideren er premissleverandør og bør langt på vei ha hovedansvaret i prosessen ut fra sine forutsetninger» (s. 34). De mener at brukermedvirkning i liten grad avhenger av om pasienten deltar i tverrfaglige møter, men at det først og fremst handler om hvordan den enkelte fagperson legger til rette for selvbestemmelse og innflytelse ansikt til ansikt med vedkommende.

Rise (2012) fremhever i sin doktoravhandling vedrørende brukermedvirkning innen psykisk helse, at respekt og kommunikasjon er viktigere enn hvem som tar de endelige beslutninger. Alm Andreassen (2005) hevder at fagpersonenes utfordring består i å endre sin rolle fra å være

eksperter til å bli samarbeidspartnere, som i større grad møter sine pasienter som mennesker lik dem selv. Kort oppsummert er det mye som tyder på at strukturelle tiltak ikke vil være tilstrekkelig for å skape brukervennlige samarbeidsarenaer og økt deltakelse, uten at man også har fokus på relasjonsmessige forhold.

FORSTÅELSE

Forståelse handler om at fagpersoner evner å sette seg inn i pasientens situasjon – hvordan det oppleves å bli innlagt i sykehus med en alvorlig funksjonssvikt. Informanter i pasientgruppen forteller at de følte seg krenket av å måtte motta hjelp i intime situasjoner eller til elementære daglige oppgaver, der enkelte fagpersoner i større grad enn andre evnet å avdramatisere det ubehagelige ved situasjonen:

«Jeg rotet med å få på meg skjorta... og jeg ble mer og mer nervøs for dette... det føles ganske ille ikke å mestre... Men så kom hun pleieren, og hun bare trakk skjorta på meg... på et eller annet vis avdramatiserte hele greia, og etter det punktet, så greide jeg å ta på meg skjorta.» (Tidligere pasient)

Brit Lillestø (1998) mener at når pasienten opplever omsorgen som krenkende, så handler det ofte om ubetenksom eller ubevisst adferd fra helsepersonellet, fordi man går i sine vante rutiner. Det som er hverdagslig og rutinepreget for personalet, er som regel en førstegangsopplevelse for pasienten. Skau (1996) argumenterer for at fagpersoner bør ha et kontinuerlig refleksivt forhold til hvordan tjenestemottakeren opplever å ta imot hjelpen.

Den tradisjonelle ekspertmodellen i helsevesenet (Andreassen, 2005) innebærer at fagfolk kartlegger, måler, tolker og klassifiserer pasientens problem som utgangspunkt for en faglig intervensjon. En informant i pasientgruppen forteller om erfaringer fra testsituasjoner som han opplevde ydmykende og vanskelige å verge seg mot. Noen tester var så banale at selv om han svarte riktig, følte han seg krenket i situasjonen. Han er opptatt av at fagpersoner må være bevisst hvilke rammer som gjelder under testing og sjekke pasientens personlige stil, før man tolker aparte måter å gjøre ting på som symptom på kognitiv svikt.

«... Når det gjaldt mitt funksjonsnivå... Jeg har aldri vært lett å instruere motorisk, så det kan umulig ha noe med hjerne-skade å gjøre... Men det hjalp ikke å si det, for er man snekker, så sier man hammer og spiker. Så fagfolkene er part i saken... Men jeg er også part i saken, for jeg vil skjønnmale situasjonen...» (Tidligere pasient)

I helsetjenesten har man de siste årene hatt et sterkt fokus på å utvikle standardiserte pasientforløp, der blant annet evidensbaserte kartleggingsredskaper benyttes for å samle mest mulig «objektiv» informasjon om pasienten. Andreassen (2005) hevder at det først og fremst er fagfolkene som definerer problemet i den tidlige fasen; fortolkningen kan skje med eller uten dialog med pasienten. Hvis det oppstår divergens mellom fagfolkenes og pasientens forståelse av funksjonssvikten, vil det som regel være fagfolkenes syn som gjelder (Andreassen, 2005).

Ekman og kollegaer (2011) fant at pasientens opplevelser og synspunkter blir lagt mindre vekt på enn biomedisinske fakta. Flere forskere mener det kan være grunn til å diskutere om hensynet til brukermedvirkning noen ganger ofres fremfor krav til dokumentasjon og vitenskapelighet (Ekeland, 2007; Krohne, Slettebø, & Bergland, 2011; Sørheim, 2008). Andre argumenter for at dokumentasjon av rehabiliteringseffekt forutsetter bruk av kartleggingsmetoder som ivaretar brukerens mål og behov, og hvor brukeren er en aktiv part i evalueringen (Dalton et al., 2012; Kjekken, Kvien, & Dagfinrud, 2007; Wressle, 2002).

FORUTSIGBARHET

Informasjon ansees som et viktig premiss for brukermedvirkning for at pasienten skal kunne være med og ta valg angående egen behandling. I likhet med tidligere studier (Larsson, et al., 2007) fremgår det tydelig av det empiriske materialet i studien min at informasjon er viktig for å skape forutsigbarhet og dermed trygghet. Informanter i pasientgruppen forteller om situasjoner hvor de måtte besvare spørreskjema uten at de fikk anledning til å forbedre seg, om timeplaner som stadig ble endret uten at det ble gitt beskjed, og om møter man følte seg forpliktet til å delta på uten at man hadde oversikt over agendaen:

«Jeg kontrollerte tavla kvelden før... hva jeg skulle starte med dagen etterpå. Og når jeg sto opp, var det noen som hadde endra... Det syns jeg var fælt! For jeg er en person som liker å ha oversikten: Timeplanen bør være ferdig kvelden før, vi må

vite hva vi har å forholde oss til, når vi må stå opp, og...» (Tidligere pasient)

Tittelen til masteroppgaven min er hentet fra en episode der noen av personalet mente det var på tide at en pasient dusjet, hvorpå pasienten repliserer til den som kommer inn for å hjelpe ham: «Dere skal ikke lage avtaler om meg, men *med* meg!» Heldigvis klarte denne pasienten å si fra om hva som var viktig for ham.

Det kan være vanskelig å vite hvor mye informasjon pasient og pårørende trenger i ulike faser av rehabiliteringen. En av informantene i gruppe 1 ønsket ikke å vite for mye om hva som feilte ham i starten. Vedkommende regulerte dette selv ved å sende ektefellen på møter, slik at han kunne spørre etter behov. Andre ville derimot vite mest mulig om medisinske undersøkelser, trening og prognose. Tilbakemeldinger tyder på at ønsker og forutsetninger for å få med seg informasjon er forskjellige. Fagpersoner må differensiere informasjonstilbudet etter pasient og pårørendes behov. Ønske om å skjerme seg mot informasjon er også legitimt.

Thornquist (2009) reflekterer over at helsepersonells plikt til å gi informasjon og pasienters rett til å motta informasjon lett kan redusere samhandlingen mellom fagperson og pasient til enveis kommunikasjon. Flere forskere etterspør den felles dialogen, hvor partene utveksler informasjon og bygger på hverandres kunnskaps- og erfaringsverden. (Ekman, et al., 2011; Eldh, Ekman, & Ehnfors, 2006; Sahlsten, Larsson, Sjöström, & Plos, 2009). Ekeland (2007) er inne på noe av det samme, når han hevder at «*problemet i dagens helsevesen*

er ikke for lite informasjon, men for dårlig kommunikasjon» (s. 30).

FLEKSIBILITET

Brukermedvirkning er en dynamisk prosess som varierer gjennom et behandlingsforløp. Den vil variere etter både alvorlighetsgrad av pasientens sykdom og hans ønske om å delta, og innebærer mange ulike grader av medvirkning (Cahill, 1996; Hjelle, 2001; Humerfelt, 2005; Lund, Tamm, & Branholm, 2001). Brukermedvirkning handler også om pasientens mulighet til å reservere seg, fra for eksempel treningstimer, tester, møter og sosiale aktiviteter. Fagpersoner beskriver at det av og til kan være vanskelig å akseptere at pasienten vil noe annet enn det de mener er faglig best. I slike situasjoner kan pasientens egen oppfatning bli overprøvd med henvisning til hans kognitive svikt. Tilbakemeldinger fra mine informanter blant fagpersonene tyder på at de bør være mer lydhøre og fleksible overfor pasientens ønsker, og legge til rette slik at den enkelte får anledning til å delta ut fra sine ressurser. Lignende konklusjoner støttes av andre forskere (Larsson, et al., 2007; Lund, et al., 2001; Sahlsten, et al., 2009; Tambuyzer, et al., 2011; L. J. Vik, 2007). Aadnanes (2007) problematiserer dette i forbindelse med empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid; økt autonomi og brukermedvirkning forutsetter også ansvarliggjøring av pasienten/brukeren. De fleste har potensial til å delta noe, utfordringen for fagpersonene består i å avgjøre hva pasienten kan gjøre uten at det medfører helsefare. Jeg nevnte innlednings-

vis Bollingmo og medarbeidere (2005) som stiller seg kritiske til at fagpersoner påberoper seg mandat til å myndiggjøre sine pasienter; det at pasientens deltakelse og selvbestemmelse reguleres av fagpersonene, kan innebære at brukermedvirkningen kun blir «til låns» når det passer. Fagpersoner representerer en institusjonell makt som enten kan hemme eller fremme brukernes aktive deltakelse.

KONSEKVENSER FOR PRAKSIS

Resultatet fra denne og andre studier indikerer at relasjonelle forhold legger premissene for brukermedvirkning; en relasjon som fremmer brukermedvirkning forutsetter jevnbyrdighet, tillit og respekt (Ekman, et al., 2011; Rise, 2012; Sahlsten, et al., 2009). Samhandling mellom fagpersoner og pasienter foregår på ulike arenaer. Formelle møtepunkter man tradisjonelt finner i rehabilitering - som kartlegging og trening, målsettings- og planarbeid - er utviklet og satt i system av fagpersoner. Med økt krav til brukermedvirkning forsøker man å inkludere pasientene i en eksisterende mal. Erfaring fra både fagpersoner og pasienter tilsier at man bør gå gjennom rutiner og verktøy for å gjøre disse mer brukervennlige. Kanskje kan man starte med å reflektere over hvem det skal være for - hvem sin plan, hvem sitt møte osv. Svaret vil legge føringer for struktur, innhold og anvendelse.

Studien diskuterer brukermedvirkning ut fra en forståelse av medvirkning som deltakelse i aktiviteter og livssituasjoner. Med dette som utgangspunkt viser studien at samhandling mellom fagperson og pasient i uformelle settinger, der man gjør aktivite-

ter sammen eller bare prater om «løst og fast», bidrar positivt til relasjonsbygging. Det kom fram at fagpersoners forskjellige roller i det tverrfaglige teamet dekker varierte behov hos pasienten, og på den måten legger grunnlag for ulike måter å delta på. Ergoterapeuter jobber ofte aktivitetsrettet og har et godt repertoar av klientsentrerte tilnærminger. Men i hvilken grad bruker vi dette i teamsamarbeidet for å bidra til at pasienten fremstår som et menneske med et eget liv, fremfor et «kasus» med svikt? Andre studier indikerer at ergoterapeuter kan ha vansker med å utøve en klientsentrert praksis i et biomedisinsk miljø, der teamets fokus ofte er på kroppsfunksjon fremfor aktivitet og deltakelse (Duggan, 2005; Holmqvist, Kamwendo, & Ivarsson, 2009; Mortenson & Dyck, 2006). En måte å utvikle oss selv og tjenesten er å sette temaet på dagsorden for diskusjon (Duggan, 2005; Falardeau & Durand, 2002).

Et kjennetegn med brukermedvirkning i rehabilitering etter ervervet hjerneskade er at graden av medvirkning er relativ i tid. I tidlig fase vil mange pasienter verken ha forutsetninger for eller ønske om å delta på samme måte som senere i forløpet. Pasientene er forskjellige og fordrer *fleksibel* tilnærming, men for alle handler det om å ha kontroll - vite hva som skal skje, bli hørt og kunne påvirke. Ledelse og fagpersoner har ansvar for å utvikle systemer og arenaer for god praksis, det vil si *fellesskap* som gir rom for brukermedvirkning og er *forutsigbare*. Fagpersoners evne til å utvise *forståelse* og *faglighet* i samhandling med den enkelte kan likevel aldri erstattes av rutiner og prosedyrer. For å

ivareta brukermedvirkning kreves kontinuerlig refleksjon over hva dette innebærer i møte med den enkelte pasient (Bredland, 1998; Bredland, et al., 2002; Johansen, 2005; Sahlsten, et al., 2009; Sigstad, 2004; Sørheim, 2008; Willumsen, 2005). I helseorganisasjoner vil det, foruten en strukturell tilnærming, være viktig å fremme relasjonskompetanse hos fagpersoner: Det vil si kommunikasjonsferdigheter, evne til klinisk skjønn og refleksiv praksis. Målet må være å skape en kultur hvor alle har et forhold til brukermedvirkning og erkjenner at brukermedvirkning er noe som skjer i samhandling med pasienten hver dag.

Helsevesenet har fortsatt en vei å gå for å utvikle en brukervennlig tjeneste, og vi vet ikke nok om hvilke faktorer som vil være virksomme for å oppnå det. Vi trenger mer kunnskap om hva som faktisk skjer i møter mellom pasienter og fagpersoner - deriblant ergoterapeuter - på ulike arenaer gjennom rehabiliteringsforløp.

Referanser

- Aadnanes, P. M. (2007). Den uavhengige avhengige: Empowerment-idealet som profesjonsetisk grunnverdi i helse- og sosialsektoren : Eit kulturanalytisk perspektiv. I T.-J. Ekland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* (s. 224-245). Oslo: Gyldendal.
- Album, D. (1994). Innholdsløs meningsfull prat. *Sosiologisk tidsskrift*, 2, 89-108.
- Andreassen, T. A. (2005). Brukermedvirkning, behovssituasjon og behandlerrolle IK. Fossetøl (Red.), *Nytt*

- arbeidsliv - nye former for kunnskapsproduksjon. (s. 163-185). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment: Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal.
- Bollingmo, L., Ellingsen, K. E., & Selboe, A. (2005). Perspektiver på selvbestemmelse. I A. Selboe, L. Bollingmo & K. E. Ellingsen (Red.), *Selvbestemmelse for tjenestenytere* (s. 17-37). Oslo: Gyldendal.
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health* 13(5), 493-505.
- Bredland, E. L. (1998). *Når mennesker møtes. Individuell brukermidvirkning i helsesektoren*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2002). *Det handler om verdighet: ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Bruset, E. B. (2007). «Jeg liker å ikke være ekspert, samtidig som jeg er det også» - ekspertkunnskap uten ekspertposisjon. Hovedoppgave i sosiologi, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Cahill, J. (1996). Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 561-571.
- Conneeley, A. L. (2004). Interdisciplinary collaborative goal planning in a post-acute neurological setting: A qualitative study. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(6), 248-255.
- Dalton, C., Farrell, R., De Souza, A., Wujanto, E., McKenna-Slade, A., Thompson, S., . . . Greenwood, R. (2012). Patient inclusion in goal setting during early inpatient rehabilitation after acquired brain injury. *Clinical Rehabilitation*, 26(2), 165-173.
- Duggan, R. (2005). Reflection as a means to foster client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(2), 103-112.
- Ekeland, T.-J. (2007). *Kommunikasjon som helseressurs*. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* (s. 29-52). Oslo: Gyldendal.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centred care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 10(4), 248-251.
- Eldh, A. C. (2006). *Patient participation - what it is and what it is not*. Doctoral thesis, Örebro Universitet, Örebro.
- Eldh, A. C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*, 13(5), 503-514.
- Eldh, A. C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2010). A comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to healthcare definitions. *Int J Nurs Terminol Classif*, 21(1), 21-32.
- Falardeau, M., & Durand, M. J. (2002). Negotiation-centred versus client-centred: which approach should be used? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(3), 135-142.
- Hammell, J., Magasi, S., Heinemann, A., Whiteneck, G., Bogner, J., & Rodriguez, E. (2008). What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 30(19), 1445-1460.
- Hemmingsson, H., & Jonsson, H. (2005). An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Function, Disability and Health - some critical remarks. *The American Journal of Occupational Therapy*, 59, 569-576.
- Hjelle, K. M. (2001). *Brukermedvirkning som samhandling. En studie av hva som fremmer eller hemmer brukermedvirkning i rehabiliteringsarbeid*. Hovedoppgave i helsefag, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Holmqvist, K., Kamwendo, K., & Ivarsson, A. B. (2009). Occupational therapists' descriptions of their work with persons suffering from cognitive impairment following acquired brain injury. *Scand J Occup Ther*, 16(1), 13-24.
- Holmström, I., & Roing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 167-172.
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermidvirkning og brukerperspektiv - honnrørord med lavt presisjonsnivå. I E. Willumsen (Red.), *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (s. 15-33). Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansen, H. (2005). Brukermedvirkning på individnivå. Hva fagpersoner sier de gjør når de legger til rette for at brukerne kan medvirke. *Ergoterapeuten*, 6, 14-18.
- Kjeken, I., Kvien, T. K., & Dagfinrud, H. (2007). Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 127(5), 598-599.
- Krohne, K., Slettebø, A., & Bergland, A. (2011). Cognitive screening tests as experienced by older hospitalised patients: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 679-687.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied research* (3. utg.). California: Sage Publications.
- Larsson, I. E., Sahlsten, M. J. M., Sjöström, B., Lindencrona, C. S. C., & Plos, K. A. E. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 313-320.
- Law, M., Baptiste, S., & Mills, J. (1995). Clientcentered practice: What does it mean and does it make a difference? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 250-257.
- Levack, W. M., Dean, S. G., McPherson, K. M., & Siegert, R. J. (2006a). How clinicians talk about the application of goal planning to rehabilitation for people with brain injury-variable interpretations of value and purpose. *Brain Injury*, 20(13-14), 1439-1449.
- Lillestø, B. (1998). Når omsorgen oppleves krenkende : en studie av hvordan mennesker med fysiske funksjonshemninger opplever sitt forhold til helsetjenesten. NF-rapport nr. 22/98. Nordlandsforskning, Bodø.
- Lund, M. L., Tamm, M., & Branholm, I. B. (2001). Patients' perceptions of their participation in rehabilitation planning and professionals' view of their strategies to encourage it. *Occupational Therapy International*, 8(3), 151-167.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mortenson, W. B., & Dyck, I. (2006). Power and client-centred practice:

- an insider exploration of occupational therapists' experiences. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(5), 261-271.
- NOU 2001: 22. (2001). Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Hentet 16.11. 2010 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/2001/nou-2001-22.html?id=143931>
- Pasientrettighetsloven. (1999). Lov om pasientrettigheter. Hentet 16.11. 2010 fra <http://lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>
- Playford, E. D., Siegert, R., Levack, W., & Freeman, J. (2009). Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 334-344.
- Proot, I. M., Meulen, R. H. J. t., Saad, H. H. A., & Crebolder, H. F. J. M. (2007). Supporting Stroke Patients' Autonomy During Rehabilitation. *Nursing Ethics*, 14(2), 229.
- Rise, M. B. (2012). *Lifting the veil from user participation in clinical work - what is it and does it work?* Doctoral Thesis, NTNU, Faculty of Medicine, Trondheim.
- Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Sjöström, B., & Plos, K. A. E. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 490-497.
- Sigstad, H. M. (2004). Brukermedvirkning - alibi eller realitet? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 124(1), 63-64.
- Skau, G. M. (1996). *Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper* (2. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Solbjør, M., Rise, M. B., Westerlund, H., & Steinsbekk, A. (2011). Patient participation in mental healthcare: When is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2004). Lov om pasientrettigheter. Rundskriv IS-12/2004. Hentet 23.03. 2011 fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-12_2004_2307a.pdf
- St.meld. nr. 21 (1998-99). Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037>
- St.meld. nr. 26 (1999-2000). Om verdier for den norske helsetesta. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850>
- St.meld. nr. 34 (1996-97). Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre. Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-34_1996-97.html?id=191142
- Steinsbekk, A., & Solbjør, M. (2008). Brukermedvirkning i sykehusavdelinger? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 128(17), 1944-1945.
- Store norske leksikon. (2012). Hentet 02.10. 2012 fra http://www.snl.no/sml_artikkel/klientsentrert_praksis
- Sumsion, T. (2000). A revised occupational therapy definition of client-centered practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(7), 304-309.
- Sumsion, T., & Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 153-162.
- Sørheim, K. A. (2008). Brukermedvirkning - rehabilitering - slagpasienter: fysioterapeuters erfaringer fra samhandling med eldre slagpasienter. Masteroppgave i helsefag, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Tambuyzer, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. (2011). Patient involvement in mental health care: one size does not fit all. *Health Expectations*, no-no.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Vik, K. (2008). *Older adults' participation in occupation in the context of home-based rehabilitation*. Doctoral thesis, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Vik, L. J. (2007). Makt og myndiggjering - utfordringer for helse- og sosialarbeidarar. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* (s. 83-101). Oslo: Gyldendal.
- WHO. (1994). A declaration on the promotion of patients' rights in Europe. Hentet 01.04. 2011 fra http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf
- WHO. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Hentet 01.04. 2011 fra <http://www.who.int/classifications/icf/wha-en.pdf>
- WHO. (2003). *ICF: Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Willumsen, E. (2005). *Brukernes medvirkning. Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wressle, E. (2002). *Client participation in the rehabilitation process*. Doctoral Thesis, Linköpings Universitet, Linköping.

Unge voksne med funksjonsnedsettelse på utsiden av arbeidslivet

Sigrid Elise Wik er stipendiat i helsevitenskap. Hun er ansatt ved NTNU Samfunnsforskning AS på avdeling for mangfold og inkludering.



SIGRID ELISE WIK
STIPENDIAT

Av Else Merete Thyness

– Hva forsker du på?

– Jeg forsker på unge voksne med funksjonsnedsettelse på utsiden av arbeidslivet.

– Hva er dine hovedfunn?

– I min forskning dokumenter jeg en sterk motivasjon for arbeid blant de unge med funksjonsnedsettelse som i dag befinner seg på utsiden av arbeidslivet. Nesten 60 prosent av de mellom 20 - 39 år som i dag mottar stønader, ønsker seg i stedet å få jobbe. Videre har jeg studert hvordan unge med funksjonsnedsettelse, som har problemer med å etablere seg på arbeidsmarkedet, erfarer å møte NAV-systemet. Jeg har også studert hvordan de NAV-ansatte selv håndterer de unges saker, hvordan de tar i bruk arbeidsavklaring, og hvilken bistand de unge tilbys. Her avdekkes det at det er forskjeller i hvilken bistand de unge mottar, hvor involverte de er i sine egne saker, og hvor gode resultater de oppnår. Dette ser ut å henge sammen med

veilederes arbeidsmetoder (blant annet en svært overflatisk bruk av kartleggingsredskapet Arbeidsevnevurdering), men også personlig engasjement fra så vel veileder som bruker med mer. De unge med minst ressurser, sosialt og økonomisk, opplever i større grad et forløp hos NAV preget av lite brukervedvirkning og lite resultater i form av å komme seg nærmere arbeidslivet. Hjelpen som NAV tilbyr, treffer bedre det mer ressurssterke segmentet av gruppen. Studiene er utført sammen med Jan Tøssebro og Eva Magnus.

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

– Janikke Solstad Vedelers artikkel «When benefits become barriers. The significance of welfare services on transition into employment in Norway» publisert i ALTER, European Journal of Disability Research i 2009 er en svært god artikkel. Ved å ta i bruk et strukturelt perspektiv avdekker

den hvordan dagens velferdssystem, som jo er ment for å hjelpe, i seg selv kan skape barrierer for nettopp unge med funksjonsnedsettelse og deres inklusjon i arbeidsmarkedet.

– Hva trenger ergoterapeuter mer forskning om?

– Det er en stund siden jeg selv utdannet meg, og jeg har siden det ikke praktisert ergoterapi, hvilket gjør det litt vanskelig for meg å svare. Mitt generelle inntrykk er likevel at inkludering av personer med nedsatt funksjonsevne på ulike arenaer er et fagfelt ergoterapeuter har god kompetanse på. Mye forskning har pekt på at overgangen mellom skole og arbeidsliv kan være en avgjørende periode for unge med funksjonsnedsettelse for å oppnå inkludering i arbeidslivet, men samtidig finnes det få tiltak som tilbyr bistand i denne fasen – kanskje kan dette være et felt som ergoterapeuter kan gå mer inn i.

Tur retur til arbeidslivet

Å balansere på skøyter på arbeidslivets glattis. Denne metaforen kan illustrere problemene brukere med psykiske lidelser har med å balansere og navigere arbeidslivets krav og forventninger.

Av Liv Grethe Kinn



Liv Grethe Kinn er førsteamanuensis ved Høgskolen i Bergen. Hun disputerte 3. april 2014 for Phd-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen «Round Trips to Work. Qualitative studies of how persons with severe mental illness experience work integration».

INTRODUKSJON

Mens gårsdagens psykiske helsetjenester vektla samtaler, miljøterapi og stegvis bo- og arbeidstrening i skjermede omgivelser, anbefaler arbeidslinja i dag at psykiske helsearbeidere og jobbspesialister i NAV samarbeider og skaffer brukere rask tilgang til ordinært arbeid – inklusiv jobbstøtte og terapi (1-3). Likevel, selv om majoriteten av de med alvorlige psykiske lidelser vil jobbe, innvilges stadig flere uførepensjon (4). Risikoen for å falle ut av arbeidslivet er seks til syv ganger større for de som har fått diagnosen schizofreni, bipolar lidelse eller alvorlig depresjon (5, 6).

Arbeidsrettet rehabilitering innen det psykiske helsefeltet hevdes å være preget av til dels motsetningsfylte diskurser om brukers arbeidsevne (7-9). Gjennomsnittlig rapporterer kun

halvparten av brukerne av psykiske helsetjenester å ha mottatt oppmuntring og faglig hjelp i forhold til å komme seg i arbeid (10, 11).

Forskning har dokumentert at noen tiltak virker bedre enn andre, og hvem som lar seg syssette. Det er kjent at metodikken individuell jobbstøtte (IPS) representerer «beste praksis» (12, 13), og at brukers arbeidsevne påvirkes særlig av arbeidserfaring, motivasjon og tillit til egen mestring («self-efficacy») (2). Når brukere har blitt spurt om hva som har hjulpet dem til å komme seg i arbeid, har de fremhevet: hjelpere som formidler håp om bedring, informasjon om jobbmuligheter, «riktig» jobbstøtte, selvhjelpsstrategier for å overvinne psykiske helseplager og mestre arbeidslivets stress, og følelsen av å høre til, være ønsket og respektert på jobben (14-17).

MÅLET

Målet med dette doktorgradsprosjektet er å forstå hva personer med alvorlige psykiske helseproblemer opplever som hjelpsomt og hemmende for arbeidsintegrering, og å utforske hvordan denne formen for kunnskap kan konstrueres.

AVHANDLINGENS TRE ARTIKLER

Den første (18) artikkelen er en kunnskapsoppsummering (meta-etnografi) av 16 kvalitative studier, der målet var å utforske hva forskning sier om brukererfaringer av faktorer som fremmer og hemmer arbeidsdeltakelse. De inkluderte artiklene var gjennomført i USA, Canada, Australia, New Zealand og Sør-Afrika, og totalt 602 informanter med alvorlige psykiske lidelser var intervjuet.

En syntese av artiklene avdekket ti temaer og følgende metafor: «Balancing on Skates on the Icy Surface of Work». Denne metaforen kan illustrere brukeres problemer med å navigere og balansere i arbeidslivet. «Ustøe ankler, dårlige skøyter» (ustabil selvtillit og negative jobberfaringer) og «glattisens» ujevnheter (stress, kritikk, stigma, ekskludering, mangel på ros og uinteressante jobber) anskueliggjør hvorfor mange brukere tar «feilskjær» og «faller» på jobb. Denne artikkelen konkluderer med at brukere trenger hjelp og støtte til å lære seg nye ferdigheter og kompetanse på jobb av empatiske og kunnskapsrike hjelpere.

Den andre artikkelen (19) rapporterer en kvalitativ intervjuundersøkelse av fem brukere, som deltok i et 17-ukers arbeidsavklaringstiltak i NAV (ni ukers teori- og åtte ukers praksis i

ulønnet arbeid). Målet med denne studien var å utforske informantenes aktivitetshistorie og erfaringer som deltaker på NAV-kurset. Fire temaer ble avdekket:

- «all it takes to have a life»,
- «being on the right track»,
- «asking for feedback», and
- «candidates – for what?»

Funnene indikerer at informantens fritidsinteresser påvirket deres arbeidsevne, og at kurset bidro til at de «vokste inn i» arbeidstakerrollen. Informantene opplevde imidlertid deler av kursets filosofi og metoder uhensiktsmessige, og at de ikke fikk tilstrekkelig tilstrekkelig og relevant jobbstøtte.

Den tredje artikkelen (20) er en teoretisk analyse av kunnskapsteoretiske utfordringer ved re-fortolkning og sammensmeltning av funn fra kvalitative studier. Artikkelen fremhever at begrepene «bricolage, metaphor, playfulness and abduction», parallelt med en refleksiv holdning, kan øke forståelsen for hvordan forskere kombinerer vitenskapelige og kreative tilnærmingsmåter når de lager «en collage av mening» av ulike kvalitative studier.

Avhandlingen avdekket følgende hovedfunn:

- Metaforen «å balansere på skøyter på arbeidslivets glattis», som illustrerer brukernes vansker med å balansere og navigere innenfor arbeidslivets krav og forventninger.
- Hjelpeapparatets «push & pull»-mekanismer, som at jobboppfølging saboteres og re-etableres på en uforutsigbar måte, noe som hindrer arbeidsintegrering.
- Å «ha et liv» utenfor jobben identifiseres som sentralt for å klare seg i arbeidslivet.

- Det er viktig å ta metaforer seriøst når det skapes en collage-lignende forståelse av et fenomen i kvalitative kunnskapsoppsummeringer.

KONKLUSJON

Dette doktorgradsarbeidet kan gi økt forståelse for brukeres arbeidserfaringer, og i de kunstneriske elementene i kvalitativ forskning. Hovedfunnene kan hjelpe involverte parter til en dypere forståelse av sosiale prosesser i arbeidsrettet rehabilitering, slik at kvaliteten på jobbstøtten forbedres og tiltakene rettes inn mot den enkelte brukeres støttebehov.

Referanser

1. Inkluderingsdepartementet, A.-o. *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse*. 2007 – 2012 2007 [cited 2012 9 Nov]; Available from: [http://www.startsiden.no/sok/index.html?lr=&q=nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse](http://www.startsiden.no/sok/index.html?lr=&q=nasjonal+strategiplan+for+arbeid+og+psykisk+helse).
2. Rinaldi, M., et al., *Individual placement and support: from research to practice*. Advances in Psychiatric Treatment, 2008. 13: p. 50 - 60.
3. Schafft, A., *Om å komme seg i arbeid, in Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*, R. Norvoll, Editor. 2013, Gyldendal Akademisk: Oslo. p. 188 - 212.
4. Knudsen, A.K., et al., *Lost working years due to mental disorders: An analysis of the Norwegian disability pension registry*. PLoS ONE, 2012. 7: p. e42567.
5. Marwaha, S., et al., Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *The British Journal of Psychiatry*, 2007. 191: p. 30-7.
6. OECD, *Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work*, 2012, OECD Publishing: Paris. p. 206
7. Kirsh, B., et al., A Canadian model of

- work integration for persons with mental illnesses. *Disability and rehabilitation*, 2010. 32: p. 1833-46.
8. Kinn, L.G., T.J. Ekeland, and H. Byrkjeflot. Psykisk helsearbeid: konfeksjon eller skreddersøm? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 2012. 15, 23-36.
 9. Hillborg, H., T. Svensson, and B. Danermark. Towards a working life? Experiences in a rehabilitation process for people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2010. 17(2): p. 149-161.
 10. Boardman, J. and M. Rinaldi. Difficulties in implementing supported employment for people with severe mental health problems. *The British Journal of Psychiatry*, 2013. 203: p. 247-9.
 11. Marwaha, S., S. Balachandra, and S. Johnson. Clinicians' attitudes to the employment of people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2009. 44(5): p. 349-60.
 12. Bond, G.R., R. Drake, and D. Becker, Implementation of IPS supported employment around the world: Planned vs. unplanned dissemination. A commentary on Menear et al. *Social Science & Medicine*, 2011. 72: p. 1036-1038.
 13. Drake, R.E. and G.R. Bond, IPS support employment: A 20-year update. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2011. 14: p. 155-164.
 14. Boyce, M., et al., Mental health service users' experiences of returning to paid employment. *Disability & Society*, 2008. 23(1): p. 77-88.
 15. Fossey, E. and C. Harvey, Finding and sustaining employment: a qualitative meta-synthesis of mental health consumer views. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 2010. 77: p. 303-314.
 16. Johnson, R.L., et al., Service users' perceptions of the effective ingredients in supported employment. 2009.
 17. Woodside, H., L. Schell, and J. Allison-Hedges, Listening for recovery: the vocational success of people living with mental illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 2006. 73(1): p. 36-43.
 18. Kinn, L.G., et al. «Balancing on Skates on the Icy Surface of Work»: A Metasynthesis of Work Participation for Persons with Psychiatric Disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2013. DOI: 10.1007/s10926-013-9445-x.
 19. Kinn, L.G., et al., Being candidates in a transitional vocational course: experiences of self, everyday life and work potentials. *Disability & Society*, 2011. 26(4): p. 433-448.
 20. Kinn, L.G., et al., Meta-synthesis and Bricolage: An Artistic Exercise of Creating a Collage of Meaning. *Qualitative Health Research*, 2013. 23(9): p. 1285-1292.

HELSE OG TRANSPORT

Hensikten med rapporten «Helse og transport» er å vise hvordan Statens vegvesen, med sin utbygging av veger, kan påvirke folkehelsen.

Når vi planlegger veg i sentrumsområder med tett befolkning, er det ofte ikke plass til god fremkommelighet både for bil og myke trafikanter. Det er et mål å få flere til å gå og bruke kollektivtransport (buss/bane) og sykkel. Det skal være lett å velge løsninger som gir god helseeffekt, og som kan konkurrere i tidsbruk og pris.

Helseforebyggende arbeid er å:

- › Redusere antall trafikkulykker

- › Redusere forurensning med klimagasser
- › Bedre lokal luftkvalitet
- › Redusere støy

Helsefremmende arbeid er å:

- › Stimulere til økt aktivitet i trygge og gode omgivelser
- › Få flere grupper til å gå
- › Få flere marginale grupper til å bruke vegsystemet/kollektivtransport (ved hjelp av universell utforming)

Av Randi K. Øverland





REHABILITATION INTERNATIONAL NORGE

– RI Norge er det eneste nettverket for habilitering og rehabilitering hvor alle aktørene på feltet deltar, forteller Knut Magne Ellingsen.

Av Else Merete Thyness

Han er styreleder i RI Norge. Nettverket har 22 medlemmer som representerer brukere, brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner, rehabiliteringsinstitusjoner og offentlige organer som for eksempel NAV.

– Det finnes ingen andre slike nettverk innenfor rehabiliteringsfeltet i Norge, sier han.

– Er det behov for et eget nettverk innen rehabilitering?

– Ja, til daglig jobber hver enkelt av disse gruppene for sine særinteresser. I RI Norge diskutere vi felles interesseområder. Målet er vi enige om: Å få et så godt rehabiliteringstilbud som

– Det er en stor styrke å ha et nettverk hvor alle grupper som jobber med rehabilitering er representert. Da kan vi stille felles krav til myndighetene, sier Knut Magne Ellingsen, leder i RI Norge.

mulig til de som trenger det – når de trenger det.

MANGE AKTIVITETER

RI Norge ble etablert i 1962 for å fremme utvikling innen fagområdet habilitering og rehabilitering. To ganger i året arrangerer de konferanser med aktuelle temaer innen fagfeltet.

– Den siste konferansen handlet om hverdagsrehabilitering, forteller Ellingsen.

De er også opptatt av interessepolitisk arbeid.

– Vi kommer med faglige innspill til myndighetene og driver aktivt påvirknings- og informa-

«RI Norge skal ha en hånd på rattet og en fot på gassen for et inkluderende samfunn»

RI Norge

sjonsarbeid. For eksempel stiller vi krav til statsbudsjettet hvert år, på samme måte som de enkelte medlemmene våre gjør. Vi har også møter med den politiske ledelsen i departementene når vi har saker som vi ønsker å ta opp.

For noen år siden åpnet de en egen nasjonal nettportal om rehabilitering: www.ri-norge.no. Den fungerer som et oppslagsverk for alt som skjer innenfor rehabilitering både nasjonalt og internasjonalt. Men Ellingsen er ikke helt fornøyd.

– Vi fikk bevilget penger til å utvikle hjemmesiden, men vi mangler fremdeles finansiering til driften. Nå håper vi at den nye regjeringen ser behovet for å kunne oppdatere siden.

HELHETLIG REHABILITERING

En viktig sak for RI Norge er at rehabiliteringstilbudet skal bli mer helhetlig.

– Rehabiliteringsfeltet er fragmentert. For eksempel har NAV mange virkemidler for å få folk raskere tilbake i arbeid. Men hvis arbeidstreningstilbudet, ikke er tilpasset folks livssituasjon, kommer man seg aldri tilbake til jobb. Folk som har behov for arbeidsrettet rehabilitering, har gjerne sammensatte problemer. De trenger en helhetlig utredning og kontinuitet i rehabiliteringsprosessen.

Et annet hjertebarn er at den kommunale rehabiliteringstjenesten blir styrket både faglig og resursmessig.

– Rehabilitering bør i stor grad foregå der man lever og bor.

RI GLOBAL

RI Norge er del av det internasjonale nettverket RI Global, som har circa 1000 medlemmer i nærmere 100 nasjoner i alle regioner av verden. Nettverket har et velfungerende partnerskap med FN og andre internasjonale og regionale organisasjoner.

– RI Global var blant annet med i utarbeidelsen av FN-konvensjonen om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne. Den ble ratifisert i Norge i fjor og er et viktig redskap i vårt politiske arbeid.

– RI Global er også en viktig inspirasjon for arbeidet her til lands, med mange gode eksempler på hvordan man kan arbeide politisk i forhold til rehabilitering.

For tiden er norske Jan Monsbakken president i RI Global.

– Mye av Monsbakkens tid vil gå med til arbeid opp mot FN-institusjonene i Genève, blant annet har Verdens helseorganisasjon og FNs menneskerettighetskomisjon kontorer der, sier Ellingsen.

METTE KOLSRUD NESTLEDER

Ergoterapeutenes forbundsleder Mette Kolsrud er nestleder i RI Norge.

– Dette er det eneste nettverket som samler rehabiliteringsfeltet i Norge. Her finner vi viktige samarbeidspartnere for å styrke rehabiliteringsfeltet, sier hun.

MEDLEMMER I RI NORGE

- › Arbeids- og velferdsdirektoratet
- › Beitostølen Helsesportsenter
- › Bransjeforeningen Attførringsbedriftene
- › Conrad Svendsen Senter
- › Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
- › Glittreklinikken
- › Godthaab Helse- og Rehabilitering
- › Hørselshemmedes Landsforbund
- › Kreftforeningen
- › Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke
- › N.K.S Kløverinstitusjoner
- › NAV Spesialenheter
- › Norges Astma- og Allergiforbund
- › Norges Blindforbund
- › Norsk Ergoterapeutforbund
- › Norsk Fysioterapeutforbund
- › Norsk Psoriasisforbund
- › Norges Handikapforbund
- › Norsk Revmatikerforbund
- › Norsk Sykepleierforbund
- › Rehabiliteringssenteret AiR
- › Ringen Rehabiliteringssenter
- › Sunnaas Sykehus
- › Valnesfjord Helsesportsenter



Mette Kolsrud er nestleder i RI Norge.

ANNONSEANSVARLIG: 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

Arbeidsdeltakelse

HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE STRATEGIER MED FOKUS PÅ ERGONOMISKE FORHOLD VED ARBEIDSMILJØET

Arbeidsdeltakelse henvender seg til ergoterapeuter som har interesse innenfor området arbeidshelse, arbeidsplassstilpasning, arbeidsmiljø, ergonomi, helsefremmende og forebyggende arbeid i virksomheter og tilfredsstiller NAVs krav til kompetanse for å foreta arbeidsplassvurdering.

Arrangør Norsk Ergoterapeutforbund i samarbeid med ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Kurssted: Høgskolen i Oslo og Akershus

Dato: 29. september – 3. oktober 2014

Påmelding: i Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org

Påmeldingsfrist 29. august 2014



Ergoterapi ved kognitiv svikt og demens

Kurset vektlegger ergoterapeuters innsats for å vedlikeholde mestring og aktivitetsutføring i hverdagslivet, inkludert arbeid med pårørende. Hovedforeleser er ergoterapeut og forsker Ritchard Ledgerd fra National Health Service Foundation Thrust, London. Ledgerd har bred erfaring som praktiker og forsker med en rekke ulike tilnærminger for personer med demens. Ledgerd foreleser på engelsk.

Norske ergoterapeuter som forsker på demens har bekreftet deltakelse og innlegg på kurset; bl.a. Anne Lund (HiOA), Torhild Holthe (Aldring og Helse), Kjersti Vik (HiST), Linda Stigen (HiG). Kurset er for ergoterapeuter, både medlemmer og ikke-medlemmer, og vektlegger praktiske metoder.

Faglig ansvarlig: Nils Erik Ness, nestleder i Ergoterapeutene

Dato: 6. og 7. oktober 2014

Pris: Medlemmer kr 1800, ikke-medlemmer kr. 3600

Sted: Oslo

Kurset er meritterende for ergoterapispesialister.

Kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og COPM

Norsk Ergoterapeutforbund arrangerer i samarbeid med Ergoterapeututdanningen i Oslo og Akershus kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og bruk av instrumentet COPM. Formålet med COPM er å avdekke aktivitetsproblemer, få informasjon om betydning av ulike aktiviteter, og få brukerens vurdering av utførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse. Dette kan danne grunnlag for videre rehabilitering eller å evaluere effekt av tiltak. Dette er et klientsentrert standardisert undersøkelsesredskap, der det er utført en rekke studier i forhold til validitet, reliabilitet, sensitivitet og anvendelighet. COPM er særlig aktualisert i forbindelse med hverdagsrehabilitering, der en starter rehabiliteringsforløpet med COPM.

Faglig ansvarlig: Ergoterapeut/PhD Ingvild Kjekken, Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (NRRK), revmatologisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus

Kurssted: Høgskolen i Oslo og Akershus

Dato: 4. og 5. september 2014
kl. 09.00 – 16.00

Oppfølgingsdag: 7. november 2014 kl. 09.00 – 12.00

Pris: Medlemmer kr. 2700, ikke-medlemmer og andre faggrupper kr. 5400, studentmedlemmer kr. 1350



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

- KURS, KONFERANSER OG LEDIGE STILLINGER -

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

1. BEHANDLING/TRENING

0330

HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler
CYPROMED AS
Vikaveien 17, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 44 33, fax: 62 57 44 34
wes@cypromed.no
www.cypromed.no
Elektriske varmhjelpemidler 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 varmhjelpemidler til barn og voksne

0333

ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKK- FOREBYGGENDE HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

BARDUM AS

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

BERGEN MEDIKAL AS

Gyldenprisvn. 16, 5056 Bergen
Tlf.: 55 94 77 00, fax: 55 94 77 01
post@bergen-medikal.no
www.bergen-medikal.no
Meds Nodex S madrass. Dynamisk nulltrykk
terapisystem til forebygging i alle risikogrup-
per og behandling i alle stadier av trykksår.
Den mest optimale løsningen på markedet i
dag. Eneste nulltrykksystem godkjent av RTV.

MEDEMA NORGE AS

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

TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar
Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11
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 TRENINGSTUTSTYR

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
veronica@bardum.no
www.bardum.no
HML HJELPEMIDDEL-LEVERANDØREN AS
Branderudvn. 90, 2015 Leirsund
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81
firmapost@hml.no www.hml.no
HML Ståstativ

0606/0612/0618

ORTOSER

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler
OTTO BOCH AS
P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo
Tlf.: 23 14 26 00, fax: 23 14 26 56
info@ottobock.se www.ottobock.no
Ortoser blir bra!

0630

PROTESER

NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

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

3. PERSONLIG STELL OG KLÆR

0903

KLÆR OG SKO

ØYTEX AS

6917 Batalden
Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77
post@oytex.no www.oytex.no
Uteklær for rullestolbrukere

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

0909

HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING

ADL PRODUKTER AS

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

REHATEKNIKK AS

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

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0912

HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK

ADL PRODUKTER AS

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

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Svan Bidette, Svan Remote, Svan Balance,
Svan Lift, Svan Støttearmen, Chameleon
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamveien 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

firmapost@medema.no

www.medema.no

AT RONDA

Fjordtunvn. 1, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

912 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK

HEPRO AS

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

MEDEMA NORGE AS

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

www.medema.no

AT RONDA

Fjordtunvn. 1, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0933

HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING

ADL PRODUKTER AS

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

ASTEC AS

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

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no

PRODUKTREGISTER

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler
ERGOGRIIP

www.ergogrip.no

Tlf. 92 20 93 99 faks 56 30 66 99

Støttebøyle for vask

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Kaskad dusjkabin

ML HJELPEMIDDEL-LEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81

firmapost@hml.no www.hml.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10

Fax: +47 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

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

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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

HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

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

ACCESS MOBILITY 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

Rollatorer

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

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 Ås

Tlf: 64 94 21 65

www.follo-futura.no

Gåbord

HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

1212

BILTILPASNINGER

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

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

mail@handpro.no www.handpro.no

Totallev. i biltilpasninger og utstyr

1218

SYKLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23

4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

Sykler - man. og el.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

1221

RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE
ACCESS MOBILITY 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

Elektriske scootere. El. rullestoler.

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23

4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

Rullestoler - man. og el.

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

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

mail@handpro.no www.handpro.no

Balder el. rullestoler

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1221 B

RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

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

mail@handpro.no www.handpro.no

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com,

PRODUKTREGISTER

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1224 TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no www.bardum.no

HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81

firmapost@hml.no www.hml.no

E-mobil hjelpemotor/ drivaggregat

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1227 ØVRIGE KJØRETØYER

HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

Tlf.: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41

post@handinor.no www.handinor.no

Ispigge-/skipigge-/hockeykjelke/pulk/mo-noski

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

1227 A

ØVRIGE KJØRETØYER. SKILATOR/ RULLATOR M/SKI

HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

Tlf: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81

firmapost@hml.no www.hml.no

Skilator

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

EPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Gripo støttegang

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Overflyttingshjelpemidler, Dreilett ,

Jøhl Stolløfter

1233

VENDEHJELPEMIDLER

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Eliglide

1236

LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

Tlf: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17

post@hcn.no www.hcn.no

Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten
gjennomgående skinne

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGINGEN

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

hovedkontor@etac.no www.etac.no

MEDINOR CARE

Divisjon i Medinor ASA

Postboks 94 Bryn, 0611 Oslo

Tlf.: 22 07 65 00, fax: 22 07 65 05

medinor@medinor.no www.medinor.no

Brannforebyggende prod. for eldre/funksj.h.

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad

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

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Dynamiske armstøtter og spise-

hjelpemidler Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1512

RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

1803

BORD

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Arbeidsbord/spesialbord, skolepult

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

Tlf: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81

firmapost@hml.no www.hml.no

Nora og Ina underarnstøttebord

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

PRODUKTREGISTER

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no www.bardum.no

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal

Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01

HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

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

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1812

SENGER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81

firmapost@hml.no www.hml.no

Reiseseng

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE

TILSATSER TIL MØBLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

E-post: post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad – hev/senk

GRANBERG INTERIØR AS

P.b. 3938 Ullevål stadion, 0806 Oslo

Tlf.: 22 69 16 90, fax: 22 69 63 10

even.olsen@granberg-interior.no

www.granberg-interior.no

Kjøkken og bad – hev/senk – garderobe

1818

STØTTEANORDNINGER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Dynamiske armstøtter og

spisehjelpemidler.

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1821

DØR-, VINDUS- OG GARDIN-

ÅPNERE/-STENGERE

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

1830

HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEISER OG RAMPER

ACCESS TRAPPEHEISER 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

Seteheiser. Plattformheiser.

Løfteplattformer.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

S 1

UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81

firmapost@hml.no www.hml.no

NORINA utvikling og individuell tilpasning

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra

individuelle behov

1833

SIKKERHETSUTSTYR TIL BOLIGER OG ANDRE LOKALER

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

1836

OPPBEVARINGSMØBLER

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad – hev/senk

GRANBERG INTERIØR AS

P.b. 3938 Ullevål stadion, 0806 Oslo

Tlf.: 22 69 16 90, fax: 22 69 63 10

even.olsen@granberg-interior.no

www.granberg-interior.no

Kjøkken og bad – hev/senk

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

K 1

KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/VARSLING

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

2103

OPTISKE HJELPEMIDLER

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Optiske hj.midler

2109

TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Tilbehør til datamaskiner.

2110

KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

PRODUKTREGISTER

info@abilia.no www.abilia.no

COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo

Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30

info@cognita.no www.cognita.no

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

MYLIFEPRODUCTS AS

Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo

Tlf: 92631425

post@mylifeproducts.no

www.mylifeproducts.no

2127

IKKE-OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Telefon og telefoner og telefoneringshj.

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

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

2142

SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo

Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30

info@cognita.no www.cognita.no

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

Bolig, kommunikasjon, installasjon

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

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

2148

VARSLINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo

Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30

info@cognita.no www.cognita.no

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Varslingshj. midler

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no www.picomed.no

Varslingshjelpemidler.

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2151

ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Alarmsystemer

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Epi-alarm, Sengealarm, Døralarm,

Varslingsmatte, Stolalarm

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01

access@access-gruppen.no www.accessgrup-
pen.no

Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Hjelpemidler for omg

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

PRODUKTREGISTER

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

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no

PICOMED AS

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

REHATEKNIKK AS

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

2436

TRANSPORTHJELPEMIDLER

MEDEMA NORGE AS

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

3003

LEKER

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no

AMAJO AS

Hellinga 16 D 1481 Hagan
Tlf.: 67 07 43 40, fax: 67 07 43 41
amajo-as@nokab.no www.amajo.no

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes
Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68
www.hana-holmens.no
Leire for modellering, formingsartikler.

BARDUM AS

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

KLUBBEN AS

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

Se: http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo
Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53
www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

3006 SPILL

KLUBBEN AS

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

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

AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo
Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53
www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

3009

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

BAMSE PRODUKTER AS

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

BARDUM AS

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

HANDINOR AS

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

KLUBBEN AS

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

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

AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo
Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53
www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.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

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.

KRABAT AS

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

Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel, Krabatskjerf, sikleskjerf

AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo
Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53
www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

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.LØF

LØFTEHJELPEMIDLER FOR BARN

MEDEMA NORGE AS

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

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no -

GEWA AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: <http://www.klubben.no/asp/asp/info>.

PRODUKTREGISTER

[aspx?info_id=11&txt=Gratis](#)

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

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrlia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Posisjonering og trening for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

B.ROL

ROLLATORER

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

HJELPEMIDDELSPELISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

Tlf.: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41

post@handinor.no www.handinor.no

HJELPEMIDDELSPELISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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

Tyrlia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og

store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10

Fax: +47 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

[aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog](#)

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

AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo

Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53

www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

HJELPEMIDDELSPELISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykkel

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no

ABLOY

Picomed tlf: 37 11 99 50
Action trykkavlastende

ALVEMA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ARDO MEDICAL AG

togemo Med.Supply
tlf: 62 52 62 72

ARRO CONTROL

Hepro tlf: 75 69 47 00

ATENA NORDIC AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

ATO FORM

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BALDER EL. RULLESTOLER

Hand-Pro tlf: 32 18 16 00

BARRY EMONS

AMAJO tlf: 67 07 43 40

BC-LIFT

Access AS tlf: 62 51 85 00

BERNAFON

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

BEKA HOSPITEC

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BERROLKA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BEST MOBILITY

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BO EDIN AB

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

BORRINGIA AS

Hepro tlf: 75 69 47 00

BOS MEDICAL

togemo MedSupply
tlf: 62 52 62 72

CABICARES

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

CAREZIA AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

CERTEC KLOKKA,TRIACON
CHESTNUT COMPANY APS

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50
COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

CIRRUS

Handicare tlf: 69 24 44 00

CLEAN LINE
HYGIENEPRODUKTER
COBI REHAB

Hepro tlf: 75 69 47 00

COMFORTA AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

CONSTELLA

Astec tlf: 22 72 23 55

CONTUR TRYKKAVLASTNING CURA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DAYS (DMA)

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DORMA

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

DRAISIN GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DYNAMO STOL APS

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DYNAVOX

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

EASYLIFE GRIPESTANG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

ECN SENGELØFTER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

EDU-PLAY

Riktige Leker,tlf: 22 01 78 50/52

EDWARD SENGEN

Eurocontact Norge

ELICARE AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

E-MOBIL HJELPEMOTOR FOR
RULLESTOLER

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

EUROFLEX

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FAAC

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

FITFORM

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FLIPSTICK. HØYDEREGULERBAR
SITTESTOKK

At ronda tlf: 51 58 87 81

GRANBERG INTERIOR AB

Astec tlf: 22 72 23 55

G. S. SMIRTHWAITE-(PETØ)

Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

HABO VÅTDUKPRESSER

At ronda tlf: 51 58 87 81

HAMATIC SENGEUNNER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

H. BOCK

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00
Highrizer

HIRO-LIFT GMBH
HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

tlf: 66 81 60 70
Access AS tlf: 62 51 85 00

HML REISESENG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STOKK- OG KRYKKEHOLDER

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STASTATIV

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HUMANTECHNIK

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

HUNTLEIGH HEALTHCARE

Medinor care, tlf: 22 07 65 00

HØRAT

Oticon tlf: 23 35 59 00

IDC LIFESTAND STARULLE -
STOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ILLER BELTEKJØRETØYER
IMAGETALK

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

JAMES

Picomed tlf: 37 11 99 50

JAZZY EL. RULLESTOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

JØHL HUMAN CARE

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

KNOP

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

KOMBIKLOSSEN

Enteron tlf: 22 64 78 70

KOM - I - KAPP

AMAJO tlf: 67 07 43 40

KOMFYRVAKT

Medinor care tlf: 22 07 65 00

LAVASET SENGEDUSJ
HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN

tlf: 63 87 05 80

LIKO

Handicare tlf: 69 24 44 00

LOPITAL

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

LUNOLETT

Øy-tex tlf: 57 74 55 20

MEDICA GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINI CROSSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINITECH-VARMEHJ.M. FOR
BARN OG VOKSNE

Minitex AS tlf: 62 57 78 00

MINOS

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVING PEOPLE

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVITA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NILBILD AB

Gewa tlf: 66 99 60 00

NORDIC AID

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NORINA PRODUKTER

HML Hjelpemiddelleverandøren tlf:
63 87 05 80

NOTTINGHAM REHAB

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

NTD-HISS AB

Access AS tlf: 62 51 85 00

AGENTURREGISTER

NYPRO AS

togemo Med. Supply
tlf: 62 52 62 72

OTTO BOCK

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

PEGASUS LTD. ENGLAND

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

PERMOBIL EL. RULLESTOLER

Permobil AS, tlf: 815 30 077

PHRASE-IT, C-INNOVATION AB

cOGNiTA AS tlf: 22 43 05 00

PIKOTECH

Picomed AS tlf: 37 11 99 50

PROTAC

AMAJO AS, tlf: 67 07 43 40

QORPUS VITA AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

QUALIWORLD, QUALILIFE

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

REBEX TOADUSJ AB

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REHATEC GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REINECKER

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

ROBER LTD.

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

RONDA.OSTEHØVEL

M/KERAMBELEGG

At ronda tlf: 51 58 87 81

ROOMER TAKHEIS

Human care A/S, tlf: 63 87 78 13

SAFE PUTER OG MADRASSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SARO STØTABSORBERENDE

SALER

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

SAVI BARNESENGER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SCHUCHMANN GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SCOOTER-LINE TILBEHØRS - PROGRAM

SENSE-MATIC AS

Access AS tlf: 62 51 85 00

SHOPRIDER

STEENS INDUSTRIER

Medinor care tlf: 22 07 65 00

STEMMEFORSTERKER, HEARING PROD LTD

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

STOLETEC

Hepro tlf: 75 69 47 00

STORM EL. RULLESTOLER

INVACARE AS, tlf: 22 57 95 00

STRATUS ELEKTRISKE

SCOOTERE

SUNGIFT SCOOTER

Arna Medikal, tlf: 55 24 18 70

SYKLER FOR BARN

Alu rehab AS, tlf: 51 68 18 89

SVAN CARE AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

SWERECO AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

TERGEO AS

tlf: 22 35 47 07

Bidet elektronisk bidet

THE GRID, SENSORY SOFTWARE

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

TIMEX DATALINK

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

TOLARM AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

TOYS FOR THE HANDICAPPED AS

Riktige Leker,
tlf: 22 01 78 50/52

TRULIFE PUTER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

Bidet elektronisk bidet

TT MED

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

UNIK PRODUKTER

Hepro tlf: 75 69 47 00

VASTIA DUSJROM

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

VESTURE CORPORATION

(MICROCORE)

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

V. GULDMANN A/B

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

VILFRED-PUTEN

At ronda tlf: 51 58 87 81

VILGO

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

WIMA-GRIPEN

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WIMA -LABBEN

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WIMA -UNDERLAGET

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WINSLOW PRESS OG

SPEECHMARK

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

WI-VIK, PRENTKE ROMIC INT

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

ØVREBØ REHABILITERING

Øvrebø rehab. AS, tlf: 32 24 42 50w

BESTILLING AV KURS- OG STILLINGS- ANNONSER

For bestilling og nærmere
opplysninger:
Erik Sigurdssøn
Mobil: 90 03 09 43, e-post:
erik@addmedia.no

Priser:
1/8 side kr 4.500, - 25%
1/4 side kr 6.000, - 25%
1/2 side kr 8.500, - 25%
1/1 side kr 12.500, - 25%

Ved annonse i papirutgaven
kan annonsen legges ut på nett
www.ergoterapeuten.no mot et
tillegg på kr 2.500,-
Nettannonse ordinært kr
3.500,-

