



**Bedre  
ressursbruk**

**ergoterapeutene**

**Økt  
mestring i  
hverdagen**

# **Ergoterapeuter – en investering i bærekraftige helse- og omsorgstjenester**

**Rapport - kost-nytte av proaktiv innsats  
og et utvalg av ergoterapeuters tiltak**

April 2026

**OPPDRAGSGIVER:** Norsk Ergoterapeutforbund  
**RAPPORT NR.:** 1023599  
**RAPPORTENS TITTEL:** Kost-nytte av proaktiv innsats og et utvalg av ergoterapeuters tiltak  
**ANSVARLIG KONSULENT:** Lisbet Kjørniksen og Einar Stephan  
**KVALITETSSIKRET AV:** Rune Holbæk  
**DATO:** 24.04.26

# Bakgrunn

---

Det er begrenset dokumentasjon på den samfunnsøkonomiske verdien av ergoterapi. Samtidig viser erfaringer fra praksis at ergoterapi bidrar til økt mestring, deltakelse og selvstendighet hos brukerne og til redusert behov for offentlige tjenester.

Agenda Kaupang har bistått med å utvikle en analyse som synliggjør kost–nytte av ergoterapi og proaktive innsatser i kommunene. Dokumentasjonen står for Agenda Kaupangs regning. Det gjør også eventuelle feil som ikke har blitt rettet opp.

Formålet med arbeidet har vært å:

- ▶ synliggjøre forholdet mellom innsats og ressursbruk
- ▶ vise potensialet for reduserte tjenestebehov
- ▶ gi et kunnskapsgrunnlag for interessepolitisk arbeid

# Mandat og formål

---

- ▶ Prosjektet har hatt i oppdrag å utarbeide en analyse som dokumenterer kost–nytte-effekten av ergoterapi og proaktive innsatser i helse- og velferdstjenestene. Analysen har hatt som formål å se kostnader til dags-/ukes- eller årsverk ergoterapi opp mot kostnader til alternative tjenester, unngåtte tjenester eller redusert behov for framtidige tjenester.
- ▶ Analysene skal benyttes til interessepolitisk arbeid for å synliggjøre samfunnsnyttene av ergoterapeuters arbeid, innsatser og tiltak.

# Prosjektorganisering

---

Prosjektet er gjennomført i perioden februar–april 2026 i samarbeid med Norsk Ergoterapeutforbund.

## **Norsk Ergoterapeutforbund har bidratt til:**

- ▶ utvikling av personhistorier og aktivitetsbeskrivelser
- ▶ faglige vurderinger av tiltak og praksis

## **Agenda Kaupang har vært ansvarlig for:**

- ▶ utvikling av analyseopplegg og analyser
- ▶ gjennomføring av kost–nytte-beregninger
- ▶ vurderinger og anbefalinger
- ▶ sammenstilling og formidling av resultater

Prosjektgruppen i Norsk Ergoterapeutforbund har bestått av fagsjef Kristin Jess-Bakken, seniorrådgiver i fagavdelingen, Vegard Horne og nestleder Tonje Hansen Guldhav. I tillegg har Norsk Ergoterapeutforbund stilt med en referansegruppe i utviklingen av personas. Arbeidet fra Agenda Kaupang sin side er utført av Lisbet Kjøniksen som ansvarlig konsulent og Einar Stephan som analyseansvarlig.

# Metode – utvikling av personhistoriene

---

Analysen er gjennomført som en scenario- og aktivitetsbasert kost–nytteanalyse. Formålet har vært å synliggjøre hvordan ulike typer innsats påvirker ressursbruk og effekter over tid. Som grunnlag for analysen er det utviklet et sett av personas og tilhørende personhistorier i samarbeid med Norsk Ergoterapeutforbund. For hver persona er det beskrevet tre alternative forløp:

- ▶ et **normalforløp**, som illustrerer et typisk tjenesteforløp
- ▶ et **reaktivt forløp**, der tiltak settes inn sent og hovedsakelig kompensere for funksjonstap
- ▶ et **proaktivt forløp**, der innsatsen er tidlig, målrettet og rettet mot å styrke mestring og redusere fremtidige behov

Forløpene er ikke ment å være eksakte beskrivelser av enkeltpersoner, men illustrasjoner av hvordan ulike valg av tidspunkt, tiltak og tjenestenivå kan påvirke utviklingen over tid. I tillegg til forløpsanalysene er det gjennomført beregninger knyttet til et utvalg daglige aktiviteter (ADL), som for eksempel personlig hygiene, påkledning og måltider. For hver aktivitet er det:

- ▶ identifisert typiske tiltak i et reaktivt og et proaktivt perspektiv
- ▶ beregnet ressursbruk knyttet til gjennomføring av tiltakene
- ▶ gjort anslag på effekt, målt som redusert eller utsatt behov for tjenester

**Ressursberegningene er gjennomført ved bruk av Agenda Kaupangs ressurskalkulator.**

# Metode - ressurskalkulator

---

Agenda Kaupang sin ressurskalkulator er et faglig og økonomisk verktøy som synliggjør ressursbruk knyttet til ulike tjenester, inkludert både direkte og indirekte tidsbruk, bemanning og kostnader. Verktøyet gjør det mulig å sammenligne alternative tiltak og vurdere forholdet mellom ressursinnsats og forventet nytte.

Beregningene bygger på standardiserte enhetspriser og forutsetninger om tidsbruk og bemanning, basert på erfaringstall fra kommunal sektor og en rekke enkeltkommuner. Det er gjort forenklete antagelser om effekt, blant annet i form av hvor lenge et tiltak kan utsette eller redusere behov for andre tjenester.

Analysen kombinerer dermed:

- ▶ kvalitative beskrivelser av forløp og tiltak
- ▶ kvantitative beregninger av ressursbruk
- ▶ skjønnsmessige vurderinger av effekt

Metoden gir ikke et eksakt svar på framtidig ressursbruk, men er ment som en beslutningsstøtte for hvordan ulike prioriteringer kan påvirke både kostnader og livskvalitet. Den er særlig egnet til å synliggjøre forskjeller mellom reaktiv og proaktiv innsats, og til å illustrere potensialet for mer bærekraftige tjenester.

# Metode - presiseringer

---

## Hva analysen ikke er

- ▶ Dette er ikke en effektstudie basert på empiriske data eller målt effekt
- ▶ Dette er ikke en statistisk analyse av faktiske brukerforløp

## Hva analysen er

- ▶ Eksemplene er illustrative scenarier, utviklet for å synliggjøre mulige sammenhenger
- ▶ En beslutningsstøtte for å vurdere prioriteringer i tjenestene
- ▶ En scenarioanalyse som sammenligner alternative forløp og tiltak
- ▶ En form for forløpsmodellering, der vi viser hvordan ulike valg påvirker utvikling over tid

## Usikkerhet og forutsetninger

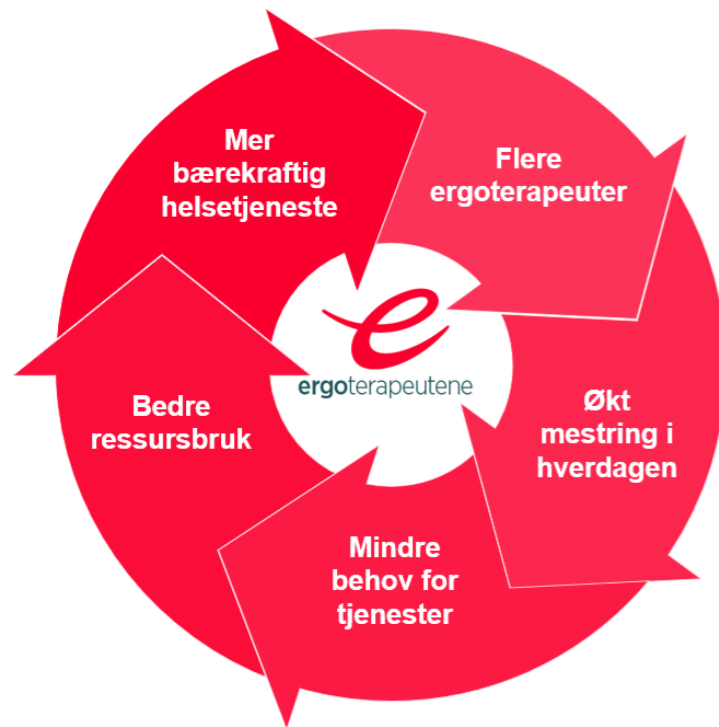
- ▶ Effekter bygger på faglige vurderinger og forenklete antakelser
- ▶ Resultater vil variere med lokale forhold og organisering i den enkelte kommune
- ▶ Analysene er følsomme for forutsetninger, særlig knyttet til effekt og varighet

# Ergoterapeuter er en del av løsningen

---

- ▶ Ergoterapeuter er en nøkkelressurs i møte med et samfunn preget av flere eldre, færre i yrkesaktiv alder og økende utenforskap. Ergoterapeuter bidrar til å fremme deltakelse, selvstendighet og mestring lengst mulig. Gjennom mobilisering av personens ressurser, målrettet og individuell tilrettelegging, rehabilitering og bruk av hjelpemidler, bidrar ergoterapeuter til at den enkelte kan fungere best mulig i utdanning, arbeid, hjem og fritid. Slik forebygger de utenforskap og styrker inkludering, samtidig som behovet for omfattende helse- og omsorgstjenester og behovet for personstøtte reduseres.
- ▶ Ergoterapeuter samarbeider tett med brukere, pårørende og andre fagpersoner, og deres helhetlige perspektiv gjør dem sentrale i å finne praktiske og bærekraftige løsninger. Ergoterapi er derfor ikke bare en individuell støtte, men en strategisk, konkret og kostnadseffektiv del av løsningen på bærekraftsutfordringene og økende utenforskap.

# Ergoterapeuters bidrag til bærekraftige tjenester



Ergoterapeuter hjelper mennesker med å mestre daglige aktiviteter ved å trene på aktiviteten, tilpasse omgivelser og lære innbyggeren å bruke hensiktsmessige hjelpemidler. Når personer klarer mer selv, reduseres behovet for omfattende helse- og omsorgstjenester. Dette gjør at ressursene i helsetjenesten kan brukes mer effektivt og kostnadene reduseres. For innbyggeren bidrar ergoterapeutenes innsats til livskvalitet og styrket helse.

Dette bidrar til bærekraft fordi:

- ▶ mennesker kan **klare mer selv** i hverdagen
- ▶ behovet for **omfattende tjenester reduseres**
- ▶ **personellbehov og kostnader reduseres**
- ▶ **livskvalitet og helse styrkes.**

# Ergoterapeuter jobber ofte med:

---

- ▶ **Tidlig innsats og forebygging.** Ergoterapeuter jobber tidlig med personer som har risiko for funksjonsfall eller aktivitetsproblemer. Tidlig tiltak kan hindre at utfordringer utvikler seg til større helseproblemer.
- ▶ **Trening i daglige aktiviteter etter sykdom.** Ergoterapeuter trener personer i aktiviteter som påkledning, matlaging og personlig hygiene. Når personer mestrer disse aktivitetene selv, reduseres behovet for hjemmetjenester.
- ▶ **Hensiktsmessig bruk av hjelpemidler.** Ergoterapeuter vurderer behov for, formidler og tilpasser hjelpemidler, og gir opplæring i hvordan de brukes. Hjelpemidler gjør det mulig for personer å utføre aktiviteter selv og reduserer behovet for praktisk og personlig bistand.
- ▶ **Boligtilpasning som forebygging.** Ergoterapeuter vurderer hjemmet og gir veiledning om både forebyggende boligtilpasninger og mer omfattende boligtilrettelegging eller ombygging. Dette gjør at innbyggere kan bo trygt og selvstendig hjemme og reduserer behovet for kostnadskrevenende tjenester.
- ▶ **At flere kan bo hjemme lenger.** Gjennom tilrettelegging, trening og hjelpemidler kan flere klare seg i eget hjem. Dette reduserer behovet for kostbare institusjonsplasser og gir mer bærekraftig bruk av helse- og omsorgsressurser.

# Ergoterapeuters bidrag til bærekraftige tjenester

---

**Små investeringer i ergoterapi kan forhindre langt mer kostbare tjenester. Dette gjør ergoterapi til et viktig tiltak for bærekraftige helsetjenester.**

- ▶ Små investeringer i ergoterapi kan være tidlig innsats, forebygging, trening, tilpasning og hjelpemidler. Ofte kan slike investeringer være kjennetegnet av å være tidsavgrensede og målrettede innsatser.
- ▶ De kostbare tjenestene er blant annet sykehusopphold, institusjonsplass eller omfattende hjemmetjenester.

# Hva skjer vanligvis i hjemmetjenesten?

---

- ▶ I mange tilfeller mottar hjemmetjenesten en «bestilling» fra tildelingskontoret, korttidsavdelingen, sykehus eller andre instanser om at en person trenger bistand til aktiviteter i dagliglivet. Bestillingen bygger ofte på en vurdering om at personen ikke mestrer aktiviteten selv og derfor trenger hjelp i form av personstøtte.
- ▶ Ofte iverksettes hjelpetiltak uten en systematisk vurdering av om personen kan utføre aktiviteten selv, eventuelt med trening, tilrettelegging, veiledning eller bruk av hjelpemidler. I enkelte tilfeller vurderes ett konkret hjelpemiddel som løsning, men dersom dette tiltaket ikke fungerer, tas det ikke alltid i bruk alternative tilnærminger som kan støtte brukerens mestring.
- ▶ Hjemmetjenesten gir ofte bistand til flere aktiviteter og mer hjelp enn det som er nødvendig. Tidspress kan være en medvirkende årsak, siden oppgavene på kort sikt ofte løses raskere dersom personalet utfører dem for brukeren. Samtidig ser vi at tiltak ikke alltid avsluttes når behovet reduseres eller opphører. Vi omtaler dette ofte som reaktiv innsats. Dette står i kontrast til proaktiv innsats, der tjenestene kommer tidligere inn og gjerne for en kortere periode, med et tydelig mål om å styrke mestringsevnen og redusere behovet for hjelp.

# Proaktiv innsats og proaktive tjenester

---

Proaktive tjenester og innsatser kjennetegnes av at de er **tidlige, målrettede og forebyggende**, med fokus på å redusere fremtidige behov fremfor å håndtere allerede oppståtte problemer. De viktigste kjennetegnene er:

- ▶ **Tidlig identifisering av behov:** Tjenestene settes inn før funksjonsfall eller utfordringer utvikler seg til mer alvorlige og ressurskrevende tilstander.
- ▶ **Forebygging fremfor reparasjon:** Målet er å opprettholde funksjon, helse og selvstendighet, heller enn å kompensere for tap som allerede har skjedd.
- ▶ **Tverrfaglig og helhetlig tilnærming:** Innsatsen ser hele mennesket i sammenheng – fysisk, psykisk og sosial funksjon – og involverer ofte flere faggrupper.
- ▶ **Brukerstyring og mestring:** Tjenestene legger vekt på å styrke den enkeltes egne ressurser og evne til å klare seg selv i hverdagen.
- ▶ **Lav terskel og fleksibilitet:** Tiltakene er enkle å få tilgang til og kan justeres raskt etter behov.
- ▶ **Kortvarige og målrettede tiltak med langsiktig effekt:** Relativt små investeringer i tidlig fase gir redusert behov for omfattende tjenester senere.
- ▶ **Systematisk oppfølging og justering:** Effekten av tiltakene følges opp, slik at man kan justere kursen før behovene eskalerer.

Samlet sett handler proaktive tjenester om å ligge i forkant – både faglig og økonomisk – ved å investere tidlig for å unngå større belastninger for både bruker og kommune senere i forløpet.

# Ergoterapi representerer ofte en proaktiv tilnærming

---

Ergoterapi er et tydelig eksempel på en proaktiv tilnærming, der tiltak som blant annet tilrettelegging i hjemmet, trening i daglige aktiviteter og veiledning bidrar til å opprettholde selvstendighet og mestring. Økonomisk sett er dette lønnsomt fordi tidlig innsats kan redusere behovet for mer omfattende tjenester som hjemmetjenester, institusjonsplass eller spesialisthelsetjenester. Ved å investere i forebyggende og helsefremmende tiltak kan kommunen utsette eller forhindre kostnadskrevenende forløp, samtidig som livskvaliteten for den enkelte øker. Proaktive tjenester bidrar dermed til en mer bærekraftig ressursbruk, der midler i større grad brukes på å bevare funksjon fremfor å kompensere for tap av funksjon.

Erfaring og forskning viser at selv små, tidlige tiltak kan gi betydelige besparelser ved å redusere tjenestebehov over tid. For kommunen betyr en slik proaktiv tilnærming lavere kostnader per bruker og bedre kapasitetsutnyttelse, mens for innbyggeren gir det økt selvstendighet og livskvalitet.

Ergoterapi konkretiserer dermed hva proaktiv innsats betyr i praksis: små, tidlige og målrettede tiltak som gir varig effekt både for den enkelte og for kommunens ressursbruk.

# Nytte, ressursbruk og alvorlighet – prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene

---

- ▶ Effekter av proaktive tjenester og ergoterapi bør ses i lys av prioriteringskriteriene for helse- og omsorgstjenestene. Eksemplene i denne rapporten er særlig koblet til kriteriet for nytte og ressurs, og hvordan proaktive tjenester i form av blant annet ergoterapi gir positive effekter på nytte og ressurskriteriet, og bidragene til bærekraftige helse- og omsorgstjenester.
- ▶ Stortingsmeldingen om prioritering i helse- og omsorgstjenesten legger til grunn at beslutninger skal bygge på tre overordnede kriterier: nytte, ressursbruk og alvorlighet. Målet er å sikre en rettferdig og bærekraftig fordeling av begrensede ressurser, der tiltak som gir størst helsegevinst og bidrar til økt mestring og livskvalitet prioriteres. Samtidig understrekes betydningen av tidlig innsats og forebygging, særlig i de kommunale tjenestene, for å redusere behovet for mer ressurskrevende behandling senere.
- ▶ I denne konteksten blir vurderinger av kost-nytte særlig relevante. Ergoterapi i kommunene retter seg mot å fremme funksjon, selvstendighet og deltakelse i dagliglivet, og kan dermed bidra til å oppfylle prioriteringskriteriene ved å gi dokumenterbar nytte for brukerne og samtidig potensielt redusere samlet ressursbruk. En analyse av kost-nytte av ergoterapi vil derfor kunne belyse hvordan slike tjenester kan inngå som effektive og bærekraftige tiltak innenfor rammene av prioriteringspolitikken.

# Nytte, ressurs og alvorlighet – prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene

1	<b>Nytte</b> Hvilke tiltak/innsatser virker?	<p>Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket øker sannsynligheten for:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ overlevelse eller redusert funksjonstap</li><li>▶ fysisk eller psykisk funksjonsforbedring</li><li>▶ reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag</li><li>▶ økt fysisk, psykisk og sosial mestring</li></ul>
2	<b>Ressurs</b> Hvilke tiltak/innsatser krever minst, men er fortsatt effektive	<p>Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.</p> <p>Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen med de to andre hovedkriteriene for prioritering.</p>
3	<b>Alvorlighet</b> Hvor mye haster det?	<p>Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ risiko for død eller funksjonstap</li><li>▶ graden av fysisk eller psykisk funksjonstap</li><li>▶ smerter, fysisk eller psykisk ubehag</li><li>▶ graden av fysisk, psykisk og sosial mestring</li></ul> <p>Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige gode leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket</p>



## Et utvalg daglige aktiviteter

Økonomiske beregninger basert på ulike innsatser og tjenestevalg

# Behov for dusjhjelp



## Reaktiv innsats (ofte dagens praksis)

- ▶ En innbygger ønsker hjelp til å dusje. Det bestilles dusjstol og bistand til dusj. Hjemmetjenesten iverksetter dusjhjelp én gang per uke. Omfanget er typisk rundt 30 minutter til selve dusjen, i tillegg kommer tid til kjøring og dokumentasjon.

## Proaktiv innsats (innsats vi ønsker mer av)

Ergoterapeut kartlegger situasjonen og avdekker at personen er redd etter et fall, men har motivasjon til fortsatt å dusje selv.

Tiltak kan være:

- ▶ Kartlegging og samtale med bruker, eventuelt også med pårørende.
- ▶ Identifisere mestringsstrategier for å håndtere utrygghet, for eksempel kontakt med pårørende før og etter dusj.
- ▶ Trening i trygg forflytning, bruk av hjelpemidler, gradvis eksponering og planlegging av aktiviteten.
- ▶ Tilpasning av omgivelser, som ommøblering, støttehåndtak og eventuelt dusjstol.

I kartleggingen kan det også avdekkes andre forhold, som lavt aktivitetsnivå, sosial isolasjon eller redusert balanse. Dette kan følges opp med:

- ▶ Fallforebyggende trening, generell styrke- og balansetrening, for eksempel i trimgruppe for eldre
- ▶ Sosialisering og aktivitetstilbud
- ▶ Henvisning til fysioterapi eller hverdagsrehabilitering ved mer omfattende behov

# Behov for dusjhjelp – beregning av ressursbruk



## Reaktiv innsats (ofte dagens praksis)

- ▶ Dusjhjelp én gang per uke. Omfanget er typisk rundt 30 minutter til selve dusjen som innebærer en ressursbruk på ca. 38.000 kroner eller 58 arbeidstimer per år (forutsatt 45 prosent andel med høyskoleutdanning)
- ▶ I en kommune på 5.000 innbyggere vil normalt 50 – 100 tjenestemottakere ha hjelp til dusjing. Ressursbruken vil da være om lag 2,8 millioner kroner og kommunen benytter 2,6 årsverk knyttet til dusjhjelp

## Proaktiv innsats (innsats vi ønsker mer av)

- ▶ Hjemmebesøk, kartlegging og dynamisk aktivitetsanalyse av dusjsituasjon (2 x 1 time), hjelpemiddelformidling med søknad og dokumentasjon (1 time), oppfølging av tjenestemottaker inkludert ett hjemmebesøk og en telefonsamtale (1 time og 30 minutter), gir en samlet ressursbruk på ca. 3.000 kroner eller 5,5 timer

## Hva innebærer dette?

- ▶ Hvis den proaktive innsatsen utsetter behovet for dusjhjelp med 2 år vil kommunen kunne spare ca. 73.000 kroner eller 110 arbeidstimer på de to årene.
- ▶ For en kommune med 5.000 innbyggere innebærer dette 0,7 millioner kroner eller 0,6 årsverk spart årlig hvis 20 tjenestemottakere får et slikt tilbud årlig og vi lykkes i halvparten av tilfellene.
- ▶ Risikovurdering: Hvis den proaktive innsatsen gir effekt i 8 av 100 tilfeller, er den lønnsom.

# Behov for hjelp til støttestrømper



## Reaktiv innsats (ofte dagens praksis)

- ▶ Person strever med å ta på støttestrømper på grunn av redusert håndkraft og vansker med å bøye seg. Hjemmetjenesten bistår med å ta på og av støttestrømper to ganger daglig med et besøk på 15 minutter.

## Proaktiv innsats (innsats vi ønsker mer av)

Ergoterapeut kartlegger årsaken til utfordringen og vurderer tiltak som kan gjøre personen mer selvstendig.

Tiltak kan være:

- ▶ kartlegging av funksjon og aktivitetsanalyse
- ▶ trening i teknikk for påkledning og bruk av hjelpemidler
- ▶ vurdering og formidling av aktuelle hjelpemidler for å ta på støttestrømper

I kartleggingen kan det også avdekkes andre forhold, som lavt aktivitetsnivå, sosial isolasjon eller redusert balanse. Dette kan følges opp med:

- ▶ fallforebyggende trening, generell styrke- og balansetrening, for eksempel i trimgruppe for eldre
- ▶ sosialisering og aktivitetstilbud
- ▶ henvisning til fysioterapi ved mer omfattende behov

# Behov for hjelp til støttestrømper – beregning av ressursbruk



## Reaktiv innsats (ofte dagens praksis)

- ▶ 15 minutter to ganger hver dag innebærer en ressursbruk på ca. 263.000 kroner eller 400 arbeidstimer/0,2 årsverk per år (forutsatt 45 prosent andel med høyskoleutdanning)
- ▶ I en kommune på 5.000 innbyggere vil det erfaringsmessig være 10 – 25 tjenestemottakere som vil ha hjelp til støttestrømper. Ressursbruken vil da være om lag 4,6 millioner kroner og kommunen benytter 4,3 årsverk knyttet til støttestrømper.

## Proaktiv innsats (innsats vi ønsker mer av)

- ▶ Kartlegging, trening, eventuelt hjelpemiddelformidling 2 ganger av 1 time med ergoterapeut. Tilsvarende en ressursbruk på ca 1.000 kroner eller 2 timer

## Hva innebærer dette?

- ▶ Hvis den proaktive innsatsen utsetter behovet for hjelp med støttestrømper med 2 år, vil kommunen kunne spare 525.000 kroner eller 800 arbeidstimer/0,4 årsverk på de to årene.
- ▶ For en kommune med 5.000 innbyggere innebærer dette ca. 2,0 millioner kroner eller 1,8 årsverk spart årlig hvis fem tjenestemottakere får et slikt tilbud årlig og vi lykkes i tre av fire tilfeller.
- ▶ Hvis den proaktive innsatsen gir effekt i 1 av 250 tilfeller, er den lønnsom

# Behov for hjelp til toalettbesøk



## Reaktiv innsats (ofte dagens praksis)

- ▶ Tjenestemottaker har nylig kommet hjem fra korttidsplass og trenger hjelp til toalettbesøk. Det benyttes inkontinenshjelpemidler og hjemmesykepleie bistår fire ganger i døgnet av 15 minutter alle dager i uken.

## Proaktiv innsats (innsats vi ønsker mer av)

- ▶ Ergoterapeut kartlegger utfordringsnivået (45 minutter), hjelpemiddelformidling (60 minutter), veiledning av pleiepersonell og hjemmetrener (60 minutter fordelt over fem uker). Hjemmetrener tre ganger i uken av 45 minutter i 5 uker. Ergoterapeut trening i aktivitet 60 minutter hver uke i fem uker. Evaluering og avslutning av tiltaket 60 minutter.

Tiltak kan være:

- ▶ I en slik observasjon kan vi spørre ut mer og oppdage lavt aktivitetsnivå, isolasjon, dårlig balanse, og iverksette;
  - ▶ trening i aktivitetsutførelse
  - ▶ fallforebyggende trening, generell styrke og balansetrening - for eksempel i trimgruppe for eldre
  - ▶ fysioterapi hvis omfattende
  - ▶ vurdering og formidling av nødvendige hjelpemidler, herunder toalett med spyl-/tørkfunksjon

# Behov for hjelp til toalettbesøk – beregning av ressursbruk



## Reaktiv innsats (ofte dagens praksis)

- ▶ 15 minutter fire ganger hver dag innebærer en ressursbruk på 526.000 kroner eller 810 arbeidstimer/0,5 årsverk (45 prosent med høyskoleutdanning) per år. (Ansikt-til-ansikt-tid/ATA-tid beregnet til 45 prosent)
- ▶ I en kommune på 5.000 innbyggere vil normalt 30 – 60 tjenestemottakere ha hjelp til støttestrømper. Ressursbruken vil da være om lag 17,8 millioner kroner og kommunen benytter 16,5 årsverk knyttet til bistand til toalettbesøk. (Forventer at 2 av 3 tjenestemottakere bor i bemannet bolig. Vi benytter derfor en forventning om en ATA-tid 60 prosent ATA-tid for hele kommunen)

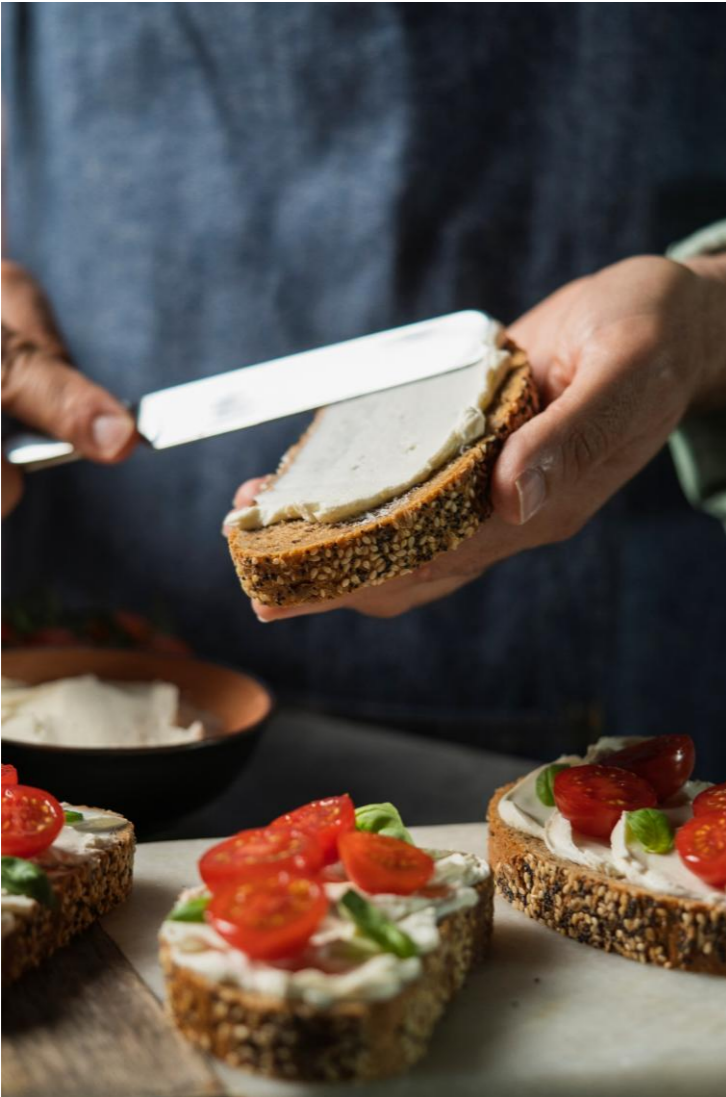
## Proaktiv innsats (innsats vi ønsker mer av)

- ▶ Kartlegging, trening, eventuelt hjelpemiddelformidling. Ergoterapeut 8,5 timer og hjemmetrener 11 timer og 15 minutter, vil innebære en ressursbruk på 19.700 kroner eller 38 timer

## Hva innebærer dette?

- ▶ Hvis den proaktive innsatsen utsetter behovet for hjelp til toalettbesøk med 3 måneder vil kommunen spare 106.000 kroner eller 155 arbeidstimer/0,1 årsverk. (45 prosent ATA-tid benyttet)
- ▶ For en kommune med 5.000 innbyggere innebærer dette 1,0 millioner kroner eller 0,8 årsverk spart årlig hvis halvparten får et slikt tilbud og 1 av 3 tjenestemottakere kan utsette behovet for støtte med 3 måneder. (60 prosent ATA-tid benyttet)
- ▶ Hvis den proaktive innsatsen gir effekt i 1 av 6 tilfeller er den lønnsom for hjemmeboende

# Behov for hjelp til å smøre og varme mat



## Reaktiv innsats (ofte dagens praksis)

- ▶ Person strever med å tilberede mat og spiser lite som et resultat av dette. Hjemmesykepleie bistår i å smøre og varme mat. (10 minutter tre ganger daglig)

## Proaktiv innsats (innsats vi ønsker mer av)

Ergoterapeut kartlegger årsaken til utfordringen og vurderer tiltak som kan gjøre personen mer selvstendig.

Tiltak kan være:

- ▶ kartlegging av funksjon og aktivitetsanalyse (1 time)
- ▶ trening i teknikk for tilberedelse av mat. (45 minutter 3 ganger i uken i fire uker).
- ▶ veiledning av pleiepersonell og hjemmetrener til ikke å gå i «hjelpefeller» («jobbe med hendene på ryggen») (1 time)
- ▶ vurdering og formidling av aktuelle hjelpemidler (1 time)
- ▶ trening med ergoterapeut 1 time i uken i fire uker
- ▶ evaluering og avslutning av tiltak (1 time)

# Behov for hjelp til å smøre og varme mat – beregning av ressursbruk



## Reaktiv innsats (ofte dagens praksis)

- ▶ 10 minutter tre ganger hver dag innebærer en ressursbruk på ca. 263.000 kroner eller 400 arbeidstimer/0,2 årsverk per år (45 prosent andel med høyskoleutdanning)
- ▶ I en kommune på 5.000 innbyggere vil normalt 50 – 100 tjenestemottakere ha hjelp til å smøre og varme mat. Ressursbruken vil da være om lag 19,7 millioner kroner og kommunen benytter 18,4 årsverk knyttet til å smøre og varme mat.

## Proaktiv innsats (innsats vi ønsker mer av)

- ▶ Kartlegging, trening, eventuelt hjelpemiddelformidling med 8 timer ergoterapeut og hjemmetrener 9 timer vil innebære en ressursbruk på 20.000 kroner eller 33 timer

## Hva innebærer dette?

- ▶ Hvis den proaktive innsatsen utsetter behovet for hjelp med å smøre og varme mat med 6 måneder vil kommunen kunne spare 243.000 kroner eller 370 arbeidstimer/0,1 årsverk.
- ▶ For en kommune med 5.000 innbyggere innebærer dette 1,0 millioner kroner eller 0,9 årsverk spart årlig hvis 40 personer får et slikt tilbud og vi lykkes i å utsette behovet med et halvt år i en av tre tilfeller.
- ▶ Hvis den proaktive innsatsen gir effekt i 1 av 12 tilfeller, er den lønnsom

# Behov for hjelp til å dryppe øyedråper

---



## Reaktiv innsats (ofte dagens praksis)

- ▶ Person er henvist til hjemmesykepleien for hjelp til å starte drypping av øyne, Hjemmesykepleien iverksetter bistand til å dryppe øyedråper. (10 minutter to ganger daglig syv dager i uken)

## Proaktiv innsats (innsats vi ønsker mer av)

Ergoterapeut kartlegger årsaken til utfordringen og vurderer tiltak som kan gjøre personen mer selvstendig.

Tiltak kan være:

- ▶ Kartlegging og vurdering
- ▶ Kjøpe inn hjelpemiddel for øyedrypping
- ▶ Veiledning, øving og oppfølging i bruk av hjelpemiddel

# Bistand til å dryppe øyedråper – beregning av ressursbruk



## Reaktiv innsats (ofte dagens praksis)

- ▶ 10 minutter to ganger hver dag innebærer en ressursbruk på 175.000 kroner eller 270 arbeidstimer/0,2 årsverk per år (45 prosent andel med høyskoleutdanning)
- ▶ I en kommune på 5.000 innbyggere vil normalt 10 tjenestemottakere ha hjelp til å dryppe øyedråper. Ressursbruken vil da være om lag 1,8 millioner kroner og kommunen benytter ca 1,6 årsverk knyttet til å dryppe øyedråper.

## Proaktiv innsats (innsats vi ønsker mer av)

- ▶ To ganger 45 minutter kartlegging og oppfølging av ergoterapeut koster kommunen 1300 kroner og legger beslag på 3 timer. Kjøp av hjelpemiddel (150 kroner) dekkes av tjenestemottaker.

## Hva innebærer dette?

- ▶ Hvis den proaktive innsatsen utsetter behovet for hjelp med å dryppe øyne i ett år vil kommunen spare 174.000 kroner eller 270 arbeidstimer/0,2 årsverk.
- ▶ For en kommune med 5.000 innbyggere innebærer dette 1,4 millioner kroner eller 1,3 årsverk spart årlig hvis alle tjenestemottakere får slikt tilbud og vi lykkes i å utsette behovet med ett år i åtte av ti tilfeller.
- ▶ Hvis den proaktive innsatsen gir effekt i 1 av 150 tilfeller, er den lønnsom

# Bistand til morgenstell/kveldsstell



## Reaktiv innsats (ofte dagens praksis)

Person har behov for bistand til morgen- og kveldsstell. Dette innebærer ofte flere aktiviteter samtidig, som forflytning inn og ut av seng, til bad, toalettbesøk, stell, tannpuss, gre håret, påkledning, forflytning til stue, smøre mat, sette frem mat og gi medisiner.

## Proaktiv innsats (innsats vi ønsker mer av)

Ergoterapeut kartlegger årsaken til utfordringen, personens ressurser og vurderer tiltak som kan gjøre personen mer selvstendig.

Tiltak kan være:

- ▶ kartlegging av funksjon og aktivitetsanalyse (2 timer)
- ▶ trening i teknikk for tilberedelse av mat. (45 minutter 3 ganger i uken i fire uker).
- ▶ veiledning av pleiepersonell og hjemmetrener til ikke å gå i «hjelpefeller» («Jobbe med hendene på ryggen») (1 time)
- ▶ formidling av aktuelle hjelpemidler (1 time)
- ▶ trening med ergoterapeut 1 time i uken i fire uker
- ▶ evaluering og avslutning av tiltak (1 time)

# Bistand til morgenstell/kveldsstell – beregning av ressursbruk



## Reaktiv innsats (ofte dagens praksis)

- ▶ 30 minutter hver dag til morgenstell. Kveldsstell 15 minutter innebærer en ressursbruk på 395.000 kroner eller 600 arbeidstimer/0,4 årsverk (45 prosent med høyskoleutdanning) per år.
- ▶ I en kommune på 5.000 innbyggere vil normalt 50 – 100 tjenestemottakere ha hjelp til morgen- og kveldsstell. Ressursbruken vil da være om lag 29,6 millioner og kommunen benytter 27,8 årsverk knyttet til morgen- og kveldsstell.

## Proaktiv innsats (innsats vi ønsker mer av)

- ▶ Kartlegging, trening, eventuelt hjelpemiddelformidling med 9 timer ergoterapeut og hjemmetrener 9 timer vil innebære en ressursbruk på ca. 21.000 kroner eller 35 timer

## Hva innebærer dette?

- ▶ Hvis den proaktive innsatsen utsetter behovet for hjelp til morgen- og kveldsstell med 6 måneder vil kommunen spare 177.000 kroner eller 270 arbeidstimer/0,2 årsverk.
- ▶ For en kommune med 5.000 innbyggere innebærer dette 4,4 millioner kroner eller 4,2 årsverk spart årlig hvis 40 personer får slikt tilbud og vi lykkes i å utsette behovet med et halvt år i en av tre tilfeller.
- ▶ Hvis den proaktive innsatsen gir effekt i 1 av 20 tilfeller, er den lønnsom



# Anders

En personhistorie utviklet av Agenda Kaupang, for og i samarbeid med Norsk Ergoterapeutforbund

# Anders – en gutt med cerebral parese



- ▶ I dette eksemplet vil vi presentere Anders  
Anders har cerebral parese GMFCS-nivå 3, av spastisk hemiplegisk type, som betyr at han har moderate motoriske vansker med høy muskelspenning og behov for hjelpemidler for å gå. Han kan bruke hendene med mye strevsomhet og tidsbruk. Skaden ble oppdaget tidlig, og han kom tidlig i kontakt med habiliteringstjenesten (spesialisthelsetjenesten).
- ▶ Han må ha tilrettelegging i mange aktiviteter for å kunne utføre dem. Anders bruker mye energi for å kunne bevege seg, noe som gjør han veldig sliten i løpet av dagen – og krever at han må hvile flere ganger i løpet av dagen. Anders er veldig var for lyder, og kan skvette ved selv den minste forhøyede lyd som kommer overraskende på han. Han er også sensitiv for ulike sanseinntrykk og bruker mange krefter på å komme seg gjennom dagen. Han mister lett konsentrasjonen, noen som utfordres ytterligere hvis det er støy rundt ham, for eksempel i undervisningssammenhenger, men også på fritiden. Dette trigger også hans muskelspenninger – som gjør han ytterligere sliten.
- ▶ Anders har interesse for data og gaming, en interesse som følger ham gjennom hele livet, men det er vanskelig å bruke PC og brett på grunn av muskelspenninger, stivhet og begrenset håndfunksjon. Hans største ønske er å kunne jobbe med IT en dag. Han vokser opp med mor og far som begge er yrkesaktive. Foreldrenes engasjement og innsats har også betydning for utfallet av disse forløpene, men vi beskriver ikke dette inngående. Kommunen kan i noen grad påvirke dette, men hovedfortellingen her handler om kommunal innsats og tjenesteytelse.
- ▶ Vi viser i eksemplet et normalforløp, et alternativt reaktivt forløp og et alternativt proaktivt forløp med forskjellene mellom disse som en konsekvens av kommunens tilrettelegging og tiltak. Det er også ulik inngripen i Anders og hans families liv. Vi følger Anders gjennom oppveksten til han er ung voksen.
- ▶ Vi vil vise kommunens innsats i de ulike forløpene og tjenestene som Anders får
- ▶ Vi har delt opp historien til Anders i følgende faser for hvert av forløpene:
  - ▶ 0-5 år
  - ▶ 6-15 år
  - ▶ 16-20 år
  - ▶ 20-22 år

# Anders – normalforløp (1 av 2)



- ▶ **0-5 år:** Når Anders er spedbarn opplever foreldrene forsinket utvikling, og gjennom **helsekontrollene på helsestasjonen**, henvises han til spesialisthelsetjenesten som følger han opp fra rundt seks måneders alder med utredning og medisinsk hjelp. Kommunal helsetjeneste blir koblet på i form av **fysioterapi når han er åtte måneder**. Det er lite søvn og mye nattevåk for de foresatte og hverdagen er krevende. Etter endt foreldrepermisjon **søker mor om pleiepenger** og får innvilget dette. Hun reduserer stillingen sin til 20 %. Anders **starter i barnehage når han er 2 år**. Habiliteringstjenesten ved sykehuset følger opp med halvårlige kontakter og har utarbeidet en plan som barnehagen jobber etter. Han har forsinket utvikling og går først når han er to og et halvt år. Han har i denne perioden **fysioterapi en gang i uken. Foreldrene har fått veiledning om stimulering, øvelser og aktiviteter som fremmer utviklingen**. Når Anders er tre år blir det i barnehagen meldt bekymringer om hans fysiske funksjon. Han har vansker med å henge med i lek både når han skal forflytte seg rundt og å bruke hendene. Han har problemer med samtlige aktiviteter som barn på samme alder mestrer. **Kommunen tilbyr etter hvert en ergoterapeut som vurderer behov for tilrettelegging** i barnehagen og gir anbefalinger om sittestilling, deltakelse og lek. Denne innsatsen var **begrenset til 4 timer** grunnet kapasitetsutfordringer i tjenesten. Det ble anbefalt å få legen til å henvise til spesialisthelsetjenesten. Han ble derfor på nytt henvist til habiliteringstjenesten, der **foreldrene og barnehagen fikk to timer generell veiledning. Fysioterapeut** følger i denne perioden opp med trening med **35 konsultasjoner i løpet av året**. Når han blir fem år strever han fortsatt med de fleste grunnleggende aktiviteter i hverdagen som på og avkledning, ta på og av sko, spise eller mestre dobesøk. Dette vil ikke skolen kunne følge opp uten ekstra ressurser.
- ▶ **6-15 år:** Mens Anders fortsatt var i barnehagen ble han **henvist til pedagogisk-psykologisk tjeneste** for vurdering og det ble **vedtatt assistentressurs 7 timer per dag han er på skolen og SFO**. Assistenten bistår Anders med å gjennomføre hans hverdagslige aktiviteter. Assistenten får generell veiledning om hva det er viktig å ha fokus på fra Anders sin pedagog, som har vært i kontakt med habiliteringstjenesten. Anders beholder assistentressursen gjennom barne- og ungdomsskolen. Han har fortsatt forsinket utvikling og har vansker med de fleste aktiviteter som barn på samme alder mestrer.

# Anders – normalforløp (2 av 2)



- ▶ **6-15 år forts:** Assistenten og foreldrene hjelper betydelig med daglige aktiviteter, både på skolen og hjemme, for at Anders skal unngå å bli frustrert og oppgitt. Dette har resultert i at det er mange aktiviteter i dagliglivet Anders ikke mestrer – og har lært seg at han må ha hjelp til. **De rundt ham er veldig raske med å utføre eller «lette» aktiviteter** for ham, noe som resulterer i at han har blitt lite utfordret til å mestre svært mange aktiviteter – selv de som han enklere kunne mestret. **Ergoterapeuten er innom noen ganger** for å vurdere sittestilling, PC-bruk og behov for hjelpemidler, men uten faste oppfølgingsplaner (totalt 20 timer). **Fysioterapeuten følger opp trening** på forflytning (40 timer i året), men fremgangen er dårlig fordi treningen ikke blir fulgt opp.
- ▶ **16-20 år:** Når Anders begynner på videregående som 16-åring, og flytter for seg selv, får han **bistand fra hjemmetjenesten tre ganger om dagen på til sammen 2 timer, 7 dager i uken, 38 uker, i fire år**. Han får hjelp til påkledning, dusjing, klesvask, matlaging og annen praktisk bistand. Han klarer å bo alene på hybel med bistand fra hjemmetjenesten, men Anders kjenner allikevel generelt på liten grad av mestring i hverdagen. Han har lite nettverk, er ensom og mistrives. Foreldrene bistår Anders når de kan, men det er ikke ofte de er på besøk på grunn av de lange avstandene. **På den videregående skolen har han assistentressurser på 7 timer om dagen 190 dager i året**, som bistår med å mestre ulike, nødvendige aktiviteter. Anders **gjennomfører den videregående opplæringen i løpet av fire år**.
- ▶ **20 år – 24 år:** Idet han er fylt 20 år bor han på den samme hybelen og har bistand fra **hjemmetjenesten tre ganger om dagen på til sammen 2 timer, 7 dager i uken**. Han har søkt på mange stillinger innen IT, og fikk etterhvert tilbud om en stilling i en bedrift som tilbyr IT-tjenester. Både han og arbeidsgiver oppdager raskt at han ikke mestrer arbeidspresset og arbeidsoppgavene, selv om det er forsøkt å tilrettelegge på ulike måter. Anders sier etterhvert opp, og prøver de neste månedene en annen jobb, men med samme resultat.
- ▶ Idet han er fylt **24 år er han uføretrygdet**, og har flyttet tilbake til foreldrene.

# Anders - reaktivt forløp (1 av 2)



- ▶ **0-5 år:** Anders får tidlig diagnose og habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten gjør raskt kartlegging og overføring til kommunen. Allikevel blir oppfølgingen i kommunen mangelfull **fordi det ikke er ergoterapeut tilgjengelig. Fysioterapeuten er privatpraktiserende, og han har 20 timer i året. Anders starter i barnehage i 50% når han er 2 år. Han beholder 50% til han er 4, resten av tiden har mor pleiepenger.** Barnehagen melder behov for hjelp fordi Anders strever med forflytning, energi, sittestilling og lav toleranse for lyder, men kommunen har ikke ergoterapeut og setter ikke inn målrettet tverrfaglig støtte. Det blir i stedet løst praktisk fra dag til dag: voksne løfter, triller, avlaster og skjerner Anders uten at det trenes systematisk på selvstendighet. Barnehagen protesterer fordi dette krever for mye ressurser. De henviser derfor til **PPT som gjør en vurdering (15 timer) og han innvilges 17 timer assistentressurs i uken** fra han er 2-4 år. Han får hjelpemidler av fysioterapeuten med driftsavtale, men ingen lærer ham å bruke dem godt i lek og aktivitet. Lyd og støy gjør ham urolig, og barnehagen håndterer dette ved å skjerm ham hyppig – som igjen gjør at han går glipp av lek og fellesskap. Anders bruker opp energien tidlig på dagen, blir utslitt, og hviler mer og mer alene. Foreldrene signaliserer at de er utslitte av nattevåk og koordinering av hans behov., **men får avslag på søknad om avlastning.**
- ▶ **6-15 år:** På skolen øker utfordringene. Anders bruker enormt med krefter bare på å komme seg gjennom dagen. Han mister konsentrasjonen raskt, trigges av støy og får økte muskelspenninger og stivhet når han blir stresset. Skolen ber om mer støtte, men oppfølgingen blir mest ad hoc-tiltak. Han **får assistent fullt gjennom hele skolehverdagen 35 timer i uken.** Han får sitte nær en voksen, blir fulgt mellom rom og skjermes ofte fra fag og aktiviteter for å «skåne ham». Uten ergoterapi er det ingen som jobber med hvordan han best kan disponere kreftene gjennom dagen, arbeidsstillinger, hjelpemiddeltilpasning, håndfunksjon, mestringsstrategier eller deltakelsesfremmende tiltak. **Fysioterapeuten tar han imot hver 14 dag på instituttet.** Dette gjør at han mister mange skoletimer. **PPT vurderer ham etter lang ventetid** og anbefaler noe tilrettelegging, men tiltakene blir praktiske, ikke ferdighetsbyggende. Assistentene gjør mesteparten for ham, fordi han strever, blir sliten eller frustrert. Dette fører til at han ikke utvikler selvhjelpsferdigheter, og **assistenten kompensere i stedet stadig mer.**

# Anders - reaktivt forløp (2 av 2)



- ▶ **6-15 år forts:** Faglig **faller** han **bak i alle fag**. Selv om han interesserer seg for PC finnes det ingen ergoterapeut til å tilrettelegge digitale verktøy for han. Dette gjør at han ikke får utviklet disse ferdighetene og **klarer dermed ikke å bruke PC** på en funksjonell måte. Når han er **mye utenfor ordinær undervisning**, og assistenter tett på når han er i vanlig undervisning og friminutt, får han ikke mulighet til å danne vennskap. Han **klarer ikke følge undervisningen** og hjelpemiddelbehov og tilpasninger blir dårlig fulgt opp. Anders er **lite motivert for skolen** og er vanskelig å få på skolen. Han **har mye fravær**. Skolen forsøker å kompensere ved å kutte ned timeplanen, skjermes ham mer og gi mer praktisk hjelp. Dette løser akutte problemer, men bygger ingen ferdigheter. Fordi han ikke har hatt noen vennskap frem mot ungdomsskolealder, har han **ikke lært å etablere vennskap** eller beholde disse. Ungdom på hans egen alder skygger banen når han prøver å ta kontakt, han **blir derfor stengt ute**. Anders ønsker ikke at mor eller far skal hjelpe med personlig hygiene lenger. Derfor får Anders **innvilget hjemmesykepleie morgen og kveld hver dag fra han er 15 år**
- ▶ **16-20 år:** I ungdomsskolen ble Anders sine **problemer forsterket**. Til slutt vurderte skolen at Anders hverken hadde tilstedeværelse eller ferdigheter til å fullføre ungdomsskolen på ordinært vis og han **fikk ikke vitnemål**. Anders kan derfor ikke gå på informasjonsteknologi og medieproduksjon. Han får tilbud om **en alternativ opplæringsarena, men Anders passer ikke inn her** fordi han er for frisk til å ha et godt utbytte av denne arenaen både pedagogisk og sosialt. De andre på denne gruppen har en psykisk utviklingshemming, hvilket Anders ikke har. På grunn av betydelig fysisk funksjonsnedsettelse, manglende skoleløp, lavt funksjonsnivå i hverdagsferdigheter får han **innvilget 10 timer i uken brukerstyrt personlig assistanse i en alder av 17 år**. Han vurderes å ha varig nedsatt arbeidsevne, og NAV vurderer at han fyller vilkårene for **uføretrygd allerede ved 18-årsalder. Da får han også en kommunal bolig**.

# Anders – proaktivt forløp (1 av 2)



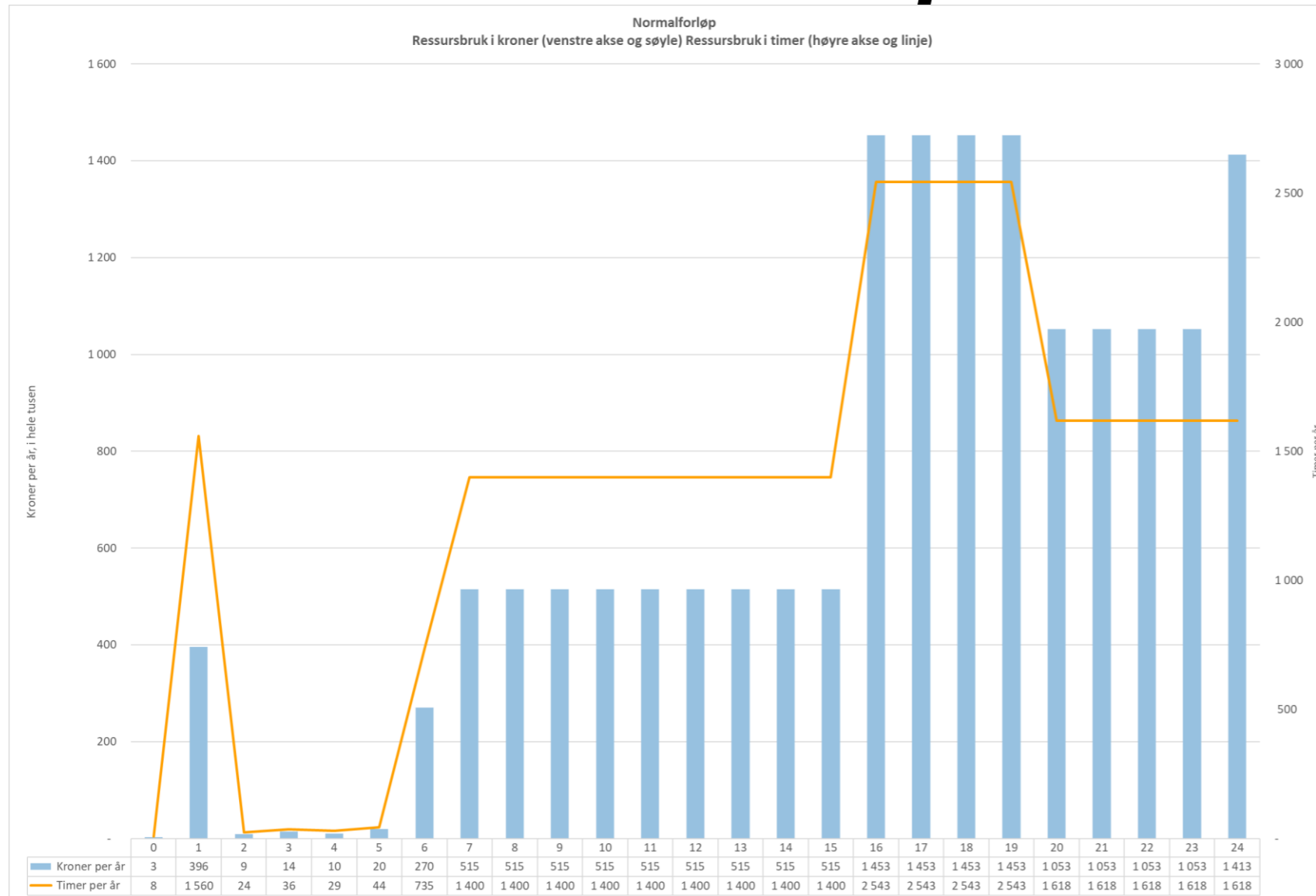
- ▶ **0-5 år:** Da Anders er fire måneder, henvises han til kommunal ergoterapeut av habiliteringstjenesten fordi tidlig innsats er viktig. Det etableres tidlig et godt samarbeid mellom kommunal ergoterapeut, sykehus, barnehage, fysioterapeut og foreldre. Når Anders begynner i barnehagen som 2-åring, bruker ergoterapeuten omtrent 15 timer på å veilede personalet om hvordan motorisk trening, bruk av begge hender, gode sittestillinger og hvile kan integreres i hverdagsaktiviteter. Han får også fysioterapi hver 14. dag og deltar på bassengtrening med foreldrene. Ved 3-årsalder blir Anders fort sliten, vegrer seg for å bruke begge hender og strever med gangfunksjon og sittestilling. Ergoterapeuten kartlegger, gir råd og følger ham ukentlig i barnehagen og periodevis hjemme. Han får også bedre stoler og fortsetter med bassengtrening og fysioterapi. Når Anders er 4 år, har han vansker med å gå lengre avstander. Ergoterapeuten søker derfor både manuell og elektrisk rullestol. Som 5-åring nærmer han seg skolestart, men strever med påkledning og toalettbesøk. Han har også utfordringer med å takle sanseinntrykk, ved at alle inntrykk blir forsterket og setter han helt ut, han mister raskt fokus og tråden i det han egentlig skal gjøre. Ergoterapeuten gjør en ny kartlegging, besøker skolen og sikrer tilrettelegging av undervisningsarealer og trening på å bedre hans opplevelse av alle inntrykk. Det settes mål for skolestart, og Anders får trening to ganger i uken i seks uker før skolestart. Det blir gitt råd til hvordan foreldre og fagpersoner best forholder seg til hans utfordringer med å tolke sanseinntrykk som påvirker utholdenheten og aktivitetsutførelsen hans i hverdagen.
- ▶ **6-15 år:** Når Anders er 6 år, følger ergoterapeuten han opp ukentlig i 12 uker i forbindelse med skolestart. Dette for at han ikke skal ha vansker med å klare oppgavene som kreves gjennom skolehverdagen. Deretter følger ergoterapeuten opp en gang i måneden gjennom hele barneskolen. Når det oppstår aktivitetsvansker intensiveres trening og oppfølging. Det bistås også jevnlig med hjelpemiddelformidling når det er behov for det. Han blir på denne tiden veldig interessert i data og dataspilling, men han strever med finmotorikken for å kunne spille. Han får derfor tilpasset utstyr slik at han enklere kan mestre dataspill. Han går en gang i uken hos fysioterapeut for grovmotorikk trening, samt deltar i bassengtrening. Evaluering viser at Anders mestrer de fleste aktiviteter i skolehverdagen selvstendig, så lenge han får tid på seg. Når han står fast kan han be medelever eller pedagogen om hjelp, men vanskene krever ikke ekstra assistent. Anders er 10 år og ønsker å løsrive seg fra foreldrene i fritidsaktiviteter. Det søkes derfor om fritidskontakt som innvilges med tre timer i uken.

# Anders – proaktivt forløp (2 av 2)



- ▶ **6-15 år forts:** Anders er 13 år og skal begynne på ungdomsskolen. Han ønsker å være selvstendig, henge med venner og være mest mulig som alle andre. **Oppfølging av ergoterapeut intensiveres i overgangen mellom barne-, og ungdomsskole.** Det gjennomføres en befaring på skolen med tanke på at undervisningsarealene skulle være tilrettelagt og tilgjengelige for Anders. Det blir også gitt råd om sittestilling og sansemessige utfordringer, samt veiledning av personalet som skal ta imot Anders. Det utarbeides tydelige mål for skolestart og **ergoterapeut trener med Anders i en overgangsfase inn mot skolestart med en time to ganger i uken i 6 uker før skolestart.**
- ▶ **16-20 år:** I ungdomsskolen får Anders ukentlig ergoterapi de første 12 ukene, deretter månedlig videre. Oppfølgingen omfatter trening, tilrettelegging, koordinering, veiledning av ansatte og støtte hjemme og i fritid ved behov. Han **fortsetter i treningsgruppe og får fysioterapi hver 14. dag.** Som 16-åring begynner Anders på IKT-servicefag én time unna hjemmet. For å redusere energibruk flytter han på internat. **Ergoterapeuten gjør en ny kartlegging, tilrettelegger bolig og veileder personalet.** Foreldrene hjelper til med større innkjøp. Anders får **månedlig oppfølging gjennom hele videregående** og har etablert gode mestringsstrategier. Han **trener fast både med fysioterapeut og på treningssenter** med venner. Når han er 18 år, skal han ta førerkort. **Ergoterapeuten bistår med vurdering og søknad om biltilpasning** (automatgir, rattkule m.m.).
- ▶ **20-24 år:** Ved 20 år har Anders **fullført lærlingetid og påbygg, og begynner på bachelor i IT-ingeniørfag.** **Ergoterapeuten bistår i overgangen til studentlivet og hjelper ham ved boligbytte.** Tre år senere får han jobb innen IT. **Ergoterapeuten gir råd i overgangen til arbeid,** særlig knyttet til tilrettelegging for hvordan han best disponerer kreftene, møterutiner, bruk av digitale løsninger og behovet for stillerom og hvilestol. **Ergoterapeuten sikrer bistand til arbeidsgiver** for å finne muligheter for tilrettelegging samtidig som at det etableres en god og åpen dialog mellom Anders og hans arbeidsgiver. **Ved boligkjøp gir ergoterapeuten råd** om Husbankens virkemidler og hva en bolig bør inneholde for god hverdagsmestring. **Når nødvendige tilpasninger gjøres, bistår ergoterapeut med hjelpemidler (6 timer).** **Ved 24 år bor Anders fortsatt godt i samme tilrettelagte bolig og har vært i samme jobb i ett år.** Han trives og **klarer seg selvstendig uten bistand.**

# Anders - normalforløp



## Alder 0-5 år

**Spesialisthelsetjeneste:** Oppfølging ved sykehuset, medisinsk hjelp og tilsyn

**Kommunal helsetjeneste:** Fysioterapi fra åtte måneder, to ganger i uken, fra tre år 35 konsultasjoner frem til skolealder

**Foreldrestøtte:** innvilges pleiepenger, veiledning i aktiviteter, trening og stimulering

**Barnehage:** Får veiledning fra habiliteringstjenesten

## Alder 6-15-år:

**Skole:** utredet av PPT før skolestart, assistentressurs 7 timer på skole og SFO til og med 10.klasse

**Spesialisthelsetjeneste:** Oppfølging og veiledning fra habiliteringstjenesten

## Alder 16-20 år

**Hybel:** Hjemmetjenester tre ganger daglig

**Videregående skole:** Assistentressurs 7 timer på skole hele skoleåret i fire år

## Alder 20-24 år

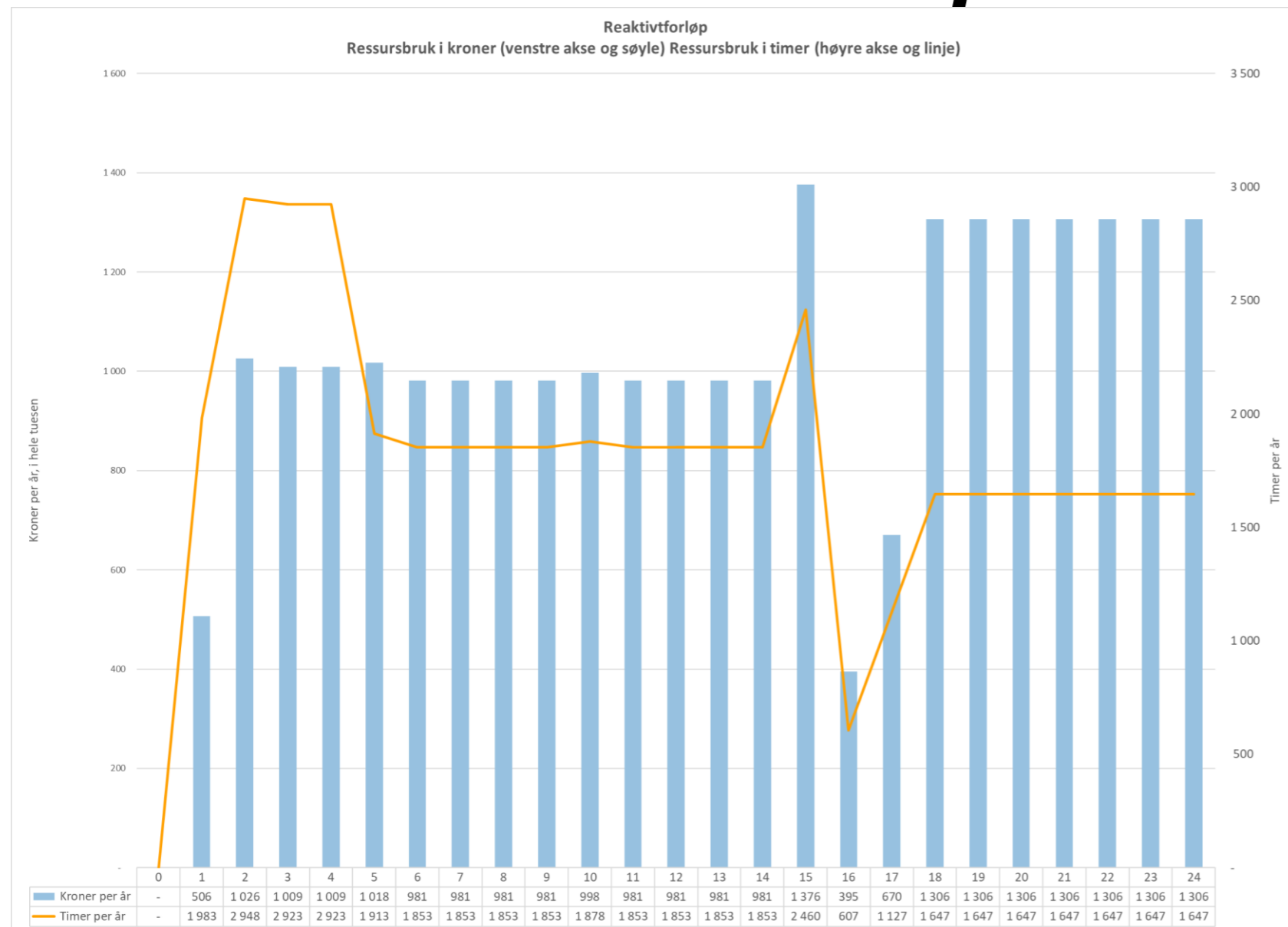
**Hybel:** Hjemmetjenester tre ganger daglig

**Arbeid:** Søker stillinger, får arbeid, men fungerer ikke og slutter.

**Uføretrygd fra 24 år**

Samlet ressursbruk; 16,8 millioner eller 20,8 årsverk

# Anders - reaktivt forløp



## 0-5 år

**Spesialisthelsetjeneste:** Kartlegging og diagnose

**Fysioterapi:** Privat klinikk

**Barnehage:** Assistent i barnehagen, vurdering

**PPT Omsorgsstønad:** 100% i starten, senere 50%

## Alder 6-15 år

**Fysioterapi:** Privat klinikk

**Skole:** Assistent i skolen, ny vurdering PPT. Fullfører ikke.

**Hjemmesykepleie:** Fra 15 år

## Alder 16-20 år

**Hjemmesykepleie:** 1 timer hver dag

**Brukerstyrt personlig assistent:** 10 timer i uken som 17 år. 20 timer i uken fra 18 år

## Ung voksen

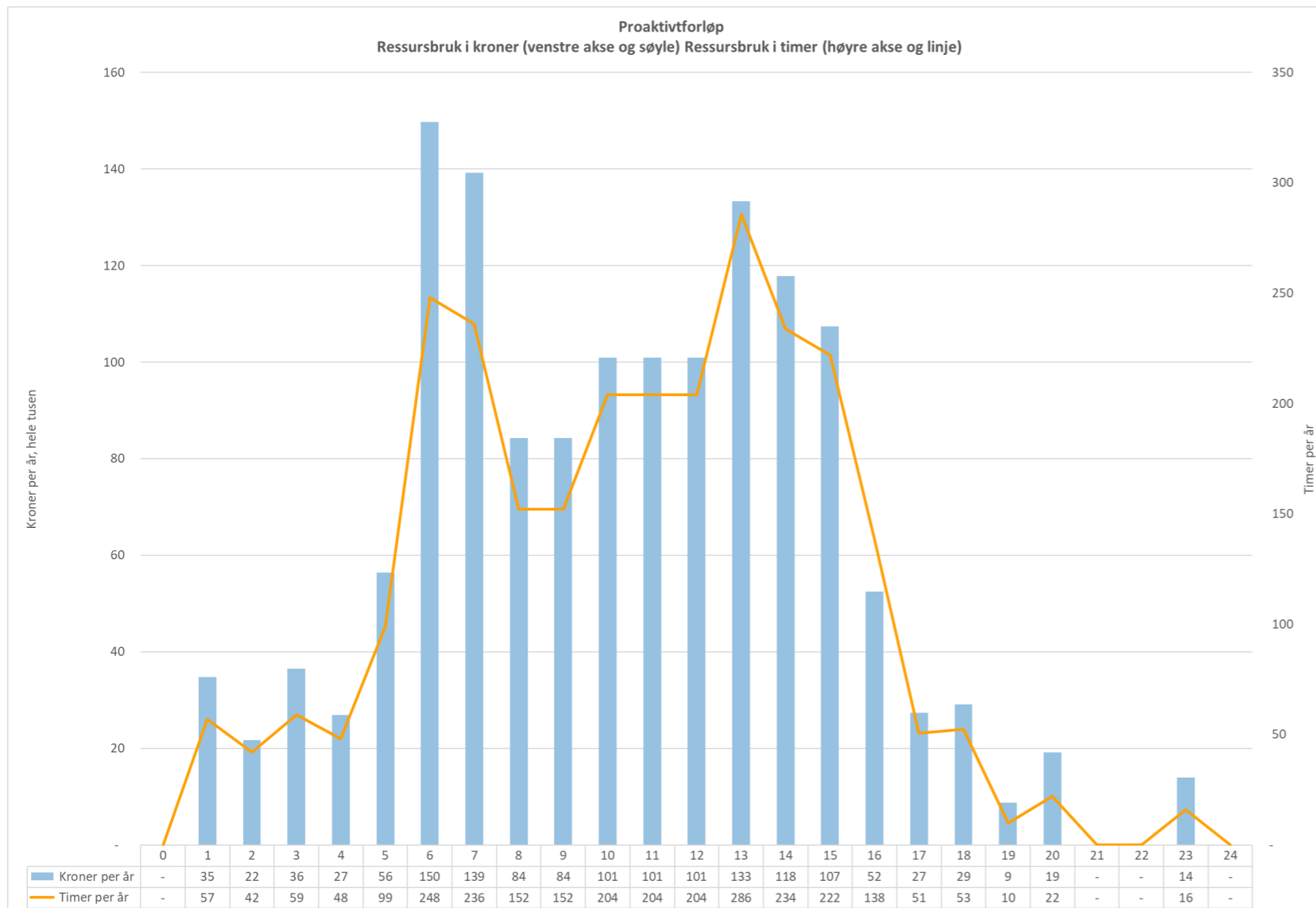
**Uføretrygdet**

**Kommunal bolig**

Samlet ressursbruk; 25,0 millioner eller 28,2 årsverk

Reaktivt forløp

# Anders - proaktivt forløp



Samlet ressursbruk; 1,5 millioner eller 1,7 årsverk

## Alder 0-5 år

**Spesialisthelsetjeneste:** Oppfølging ved sykehuset, medisinsk hjelp og tilsyn

**Kommunal helsetjeneste:** Fysioterapi og ergoterapi fra åtte måneder. Bassentrening og veiledning familie og i barnehagen. Tilpasninger i bolig og bruk av hjelpemidler.

**Foreldrestøtte:** Tett samarbeid med fysio- og ergoterapi

**Barnehage:** Får veiledning fra habiliteringstjenesten

## Alder 6-15-år:

**Kommunale helsetjenester:** Ekstra støtte i skolestart. 2 timer i uken støtte fra miljøterapeut og 1 time i måneden fra ergoterapeut. Tjeneste ekstra inne ved skoleovergangene med tilrettelegging. Ukentlig fysioterapi som utvides med gruppetilbud på ungdomskolen. Støttekontakt fra 10 årsalderen til 16 år.

**Spesialisthelsetjeneste:** Oppfølging og veiledning fra habiliteringstjenesten

## Alder 16-20 år

**Videregående skole:** Internatskole

**Kommunale helsetjenester:** Ekstra støtte i skolestart. Bistand til tilpassing, egen bil, bolig og arbeidshverdag. Fysioterapi.

## Alder 20-24 år

**Bolig:** Bor i tilrettelagt bolig.

**Kommunale helsetjenester:** Ingen

**Normalforløp**

# Forskjeller mellom proaktivt-, normal- eller reaktivt forløp



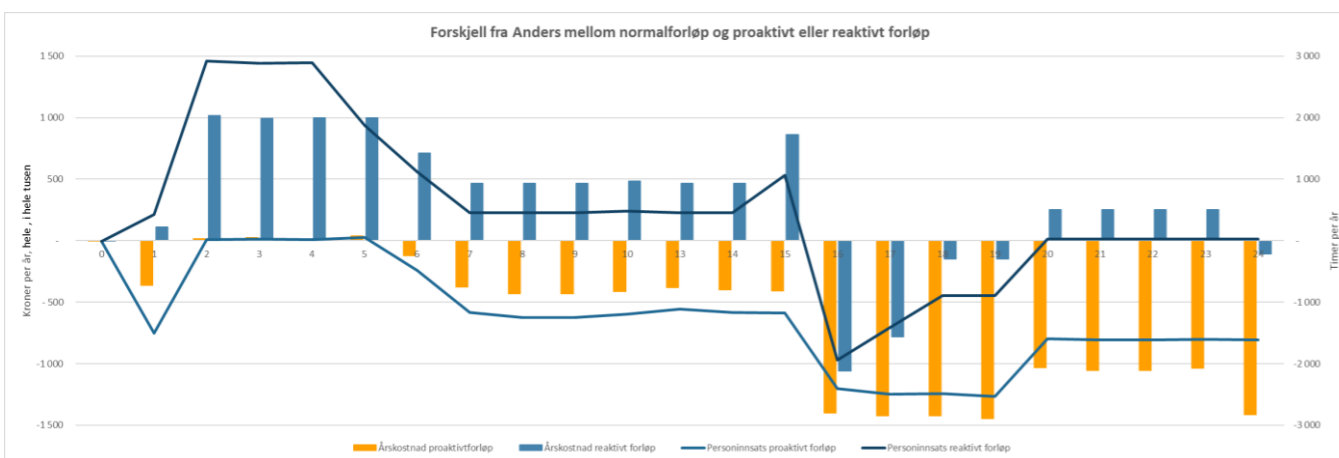
Alder	Årskostnad normalforløp	Årskostnad proaktivforløp	Årskostnad reaktivt forløp	Timer/årsverk normalforløp	Timer/årsverk proaktivt forløp	Timer/årsverk reaktivt forløp
	kroner	kroner	kroner			
Totalt	16 794	1 446	25 000	33 298	2 735	45 117
				20,8	1,7	28,2
0	3	-	-	8	-	-
1	396	35	506	1 560	57	1 983
2	9	22	1 026	24	42	2 948
3	14	36	1 009	36	59	2 923
4	10	27	1 009	29	48	2 923
5	20	56	1 018	44	99	1 913
6	270	150	981	735	248	1 853
7	515	139	981	1 400	236	1 853
8	515	84	981	1 400	152	1 853
9	515	84	981	1 400	152	1 853
10	515	101	998	1 400	204	1 878
11	515	101	981	1 400	204	1 853
12	515	101	981	1 400	204	1 853
13	515	133	981	1 400	286	1 853
14	515	118	981	1 400	234	1 853
15	515	107	1 376	1 400	222	2 460
16	1 453	52	395	2 543	138	607
17	1 453	27	670	2 543	51	1 127
18	1 453	29	1 306	2 543	53	1 647
19	1 453	9	1 306	2 543	10	1 647
20	1 053	19	1 306	1 618	22	1 647
21	1 053	-	1 306	1 618	-	1 647
22	1 053	-	1 306	1 618	-	1 647
23	1 053	14	1 306	1 618	16	1 647
24	1 413	-	1 306	1 618	-	1 647

Forskjellen mellom et proaktivt, normal- og reaktivt forløp ligger i hvordan kommunen bruker de tidlige trinnene i den helhetlige innsatstrappen. **I det reaktive forløpet settes tiltak inn sent og ofte som svar på oppståtte problemer.** Innsatsen blir fragmentert og praktisk orientert, med lite fokus på ferdighetsbygging, noe som fører til økende behov for omfattende tjenester tidlig i livsløpet.

I normalforløpet gis det tjenester gjennom hele oppveksten, men innsatsen er i begrenset grad koordinert, systematisk og målrettet. Tiltakene bidrar i noen grad, men prioriteres ikke tydelig nok i tid, omfang og innhold til å bygge tilstrekkelig selvstendighet og mestring. Dette gjør at behovet for omfattende tjenester likevel oppstår over tid.

**I det proaktive forløpet prioriteres tidlig innsats høyt, både i omfang, kvalitet og koordinering.** Tjenestene settes inn systematisk på lavere trinn i innsatstrappen, med tydelig mål om å utvikle ferdigheter, selvstendighet og mestring i hverdagen. Denne målrettede innsatsen bidrar til å utsette eller redusere behovet for mer omfattende tjenester senere, og gir bedre forutsetninger for deltakelse i utdanning, arbeid og samfunnsniv. Forløpene er illustrative og ikke absolutte sannheter.

**Et proaktivt løp reduserer ressursbruken med 15,3 millioner eller 0,6 mill. kroner årlig (19,1 årsverk eller 0,8 årsverk årlig) i forhold til et normalforløp. Et reaktivt øker ressursbruken med 8,2 mill. kroner eller 0,3 mill. kroner årlig (7,4 årsverk eller 0,3 årsverk årlig) i forhold til normalforløpet. En kommune med 5000 innbyggere kan forvente å ha 2 til 4 innbyggere under 24 år med cerebral parese.**





## Jan

En personhistorie utviklet av Agenda Kaupang,  
for og i samarbeid med Norsk Ergoterapeutforbund

# Jan – en eldre mann med kognitiv svikt

---



- ▶ Jan er 70 år og bor med kona Anne i en enebolig et lite stykke utenfor sentrum og rett ved et lokalt idrettslag.
- ▶ Boligen har inngang og soverom i 1. etasje, mens stue, kjøkken og bad er i 2. etasje, med en smal og bratt trapp mellom etasjene.
- ▶ Jan har vært svært aktiv i idrettslaget, særlig i en pensjonistgruppe som utfører stirydding og merking av turstier, men den siste tiden har han sluttet å møte.
- ▶ Anne opplever at Jan enten hører dårlig eller er mer glemsk/distré, og at han ofte ikke får gjort avtalte oppgaver.

# Jan – normalforløp (1 av 2)



- ▶ **Jan er 75 år:** Jan har blitt **ustø og dårlig** til bens fordi han ikke er så aktiv som før. Han **faller i** trappen når Anne er på butikken, og blir funnet med brukket lårhals. **På sykehuset påvises drypp** (TIA) som mulig utløsende årsak. Etter operasjon er han betydelig redusert og forflytter seg i rullestol, men er blitt mobilisert med prekestol under sykehusoppholdet. **Han legges inn på korttidsavdelingen** i 10 dager før hjemreise grunnet medisinsk tilstand, funksjonsnivå og uegnet bolig. Ergoterapeut og fysioterapeut er til stede i korttidsavdelingen maksimalt 2 dager i uken. I kartlegging under morgenstell ser ergoterapeuten at Jan har **nedsatt evne til å komme i gang med aktiviteter og vansker med å ha oversikt over hva han skal gjøre**. Når toalettmappe, håndkle og klut gjøres synlige, finner han fram og gjennomfører oppgaver normalt. **Ergoterapeut utarbeider tiltaksplan med rehabiliteringsfokus** og tydelig tilrettelegging slik at Jan kan gjøre mest mulig selv. Han vurderes til å kunne gå med underarmsrullator til frokostbordet ved støtte fra to ansatte (én ved rullator, én bak med rullestol). Gangtrening settes opp to ganger per vakt med pleiepersonell i tillegg til, en gang til og fra måltider. Det er utover denne kartleggingen ikke mulighet for ergoterapeut å følge opp ADL trening på grunn av **begrensede ressurser**.
- ▶ **Pleiepersonell** opplever pleieplanen som tids- og ressurskrevende og **overtar derfor oppgaver Jan i utgangspunktet klarer** (forflytning inn/ut av seng, toalettbesøk, morgenstell). Av hensyn til fallrisiko trilles han ofte i rullestol i stedet for å gå. Manglende mengdetrening gir **liten framgang**. **Korttidsoppholdet må forlenges** fra 10 dager til 20 dager.
- ▶ **Hjemmet er ikke egnet** fordi Jan klarer ikke trappen, og avstand mellom bad og soverom er risikabel og av betydelig avstand. Det vurderes å flytte seng til 1. etasje hvis han skal bo hjemme, alternativt omsorgsbolig. Anne ønsker ikke dette, men går til slutt med på en midlertidig løsning i påvente av bolig.
- ▶ Etter korttidsoppholdet er ikke Jan selvstendig i morgenstell eller dusjing. Kommunens **ergoterapeut har ikke ressurser til å gjennomføre ADL trening**, men har **kun fått bistått med hjelpemidler**. Han får derfor **hjemmesykepleie morgen og kveld** samt bistand til dusj. Jan **klarar ikke å ta medisiner**, derfor får han **medisindispenser**. Men denne skjønner han ikke noe av. Anne må derfor ofte hjelpe han. Han får **fysioterapi på institutt** for å kunne klare å gå trappen hjemme igjen.

# Jan – normalforløp (2 av 2)



- ▶ **Jan er 76 år** og er blitt mer og mer **inaktiv og passiv**. Han sitter mye i stuen og ser på TV og blir derfor mer og mer **ustø og dårlig til bens**. Anne opplever trappen som farlig, særlig på natt. De må derfor **flytte til en omsorgsbolig**. På tross av medisindispenser er det helt **tilfeldig hvorvidt Jan klarer å ta medisinene** korrekt. Jan kan miste tabletter eller legge dosen i fra seg. Han fremstår ustelt, og skifter ikke klær. **Han lager seg ikke mat selv** og matlysten er dårlig. **Anne begynner å bli utslitt** av å konstant måtte passe på han. **Hjemmesykepleie økes** til tre ganger daglig og besøket utvides med 10 minutter fordi Jan **er urolig og forvirret** og fordi det er behov for observasjoner, samt å avlaste Anne med ulike ting som oppstår i løpet av dagen. På grunn av inaktivitet og lite stabilt medisininntak blir Jan **skrøpelig**. Han må derfor ha et **nytt korttidsopphold åtte måneder etter første opphold**. Dette **gjentar seg seks ganger** til han er 78 år.
- ▶ **Jan er 78 år**. Han **sover dårlig om natten** og kan begynne enten å rope eller å vandre. Dette gir **Anne lite nattesøvn** fordi hun hele tiden må trygge han, eller hjelpe for å unngå at han faller. All belastningen natt og dag gjør henne utslitt. **Fastlegen** hennes blir så bekymret for Anne at han **varsler kommunen om behov for avlastning**. Det settes inn **dagsenterplass 2 dager i uken** tilrettelagt for personer med demens og **avlastning** med rullerende korttidsplass 14 dager hver 6. uke. Etter disse oppholdene oppleves Jan **forvirret, mer hjelpetrengende og sint**. Anne spør seg selv stadig om avlastningen er verdt det.
- ▶ **Jan er 79 år**. Nå er **Anne så sliten at hun ikke klarer mer**. Hun har vondt alle steder, men mest i rygg og armer etter å hjelpe Jan rundt og særlig til og fra toalett. Fastlegen er bekymret for Anne, varsler kommunen og ber om korttidsplass for Anne. Det viser seg nå at Jan nesten ikke klarer å forflytte seg og har så store vansker med å forstå hva han skal gjøre, at han er **fullstendig pleietrengende**. Det vurderes at det ikke er forsvarlig at han bor hjemme lenger. Det er ikke sykehjemsplasser i kommunen, men han får **bo på korttidsplass i påvente av langtidsplass**. Han bor på langtidsplass i to år.

# Jan – reaktivt forløp



- ▶ **Jan er 75 år:** Jan har blitt **ustø og dårlig til bens** fordi han ikke er så aktiv som før. Han **faller i trappen** når Anne er på butikken, og blir funnet med **brukket lårhals**. På sykehuset påvises drypp (TIA) som mulig utløsende årsak. Etter operasjon er han **betydelig redusert og forflytter seg i rullestol**, men er blitt mobilisert med prekestol under sykehusoppholdet.. På grunn av **uegnet bolig og dårlig funksjon**, kan han ikke skrives ut til hjemmet. Flere av plassene på korttidsavdelingen er benyttet til langtidsopphold. Det er derfor **ingen tilgjengelige korttidsplasser**, og han må bli liggende som **utskrivningsklar på sykehus** i sju dager. I den perioden blir han **ikke mobilisert og blir økende forvirret**. Han er derfor **i dårlig forfatning når han endelig får plass på dobbeltrom på korttidsavdelingen** i kommunen. **Kommunen har ikke ergoterapeut**, kun fysioterapeut to dager på korttidsavdeling. Han blir i fire uker uten andre tiltak enn pleie og tilsyn av sykehjemslege og fysioterapeut to dager i uken før han skrives ut til hjemmet. Han **blir i stand til å gå igjen, men han klarer ikke utføre daglige aktiviteter som stell, påkledning og toalettbesøk selvstendig**. Det settes derfor inn **hjemmesykepleie** morgen, kveld og midt på dagen og ettermiddag, samt hjelp til dusj hver uke og bistand til å ta medisiner.
- ▶ **Jan er 76;** Jan har lite tiltak og **blir mye sittende passiv**. Han er **tiltagende glemsk** og finner ikke alltid ord. **Anne må ofte hjelpe** Jan i alt som skjer mellom hjemmetjenestens besøk. Tilbereding av mat gjør han ikke lenger og **spisingen er vanskelig**. Han sitter mye i stuen og ser på TV, og han blir derfor mer og mer dårlig til bens og stadig mer ustø. En dag **faller han på nytt i trappen**. Dette er fordi han ikke påkaller Anne for å hjelpe han en kveld han vil gå og legge seg. Han skader seg betydelig og må **igjen på sykehus**. Etter tre dager skal han skrives ut. Flere av plassene på korttidsavdelingen er benyttet til langtidsopphold. Det er derfor **ingen tilgjengelige korttidsplasser**, og han blir liggende **utskrivningsklar i to dager** på sykehuset i påvente av korttidsplass i kommunen. På nytt må han være på dobbeltrom på korttidsplassen i kommunen. Jan kan ikke forflyttes uten hjelp av **rullestol og heis**. Pleierne anser nå at Jan er så dårlig fungerende at det **ikke er potensial for opptrening**. Det søkes derfor sykehjemsplass. Han bor på korttid frem til han får sykehjemsplass.
- ▶ **Jan er 77 år og får sykehjemsplass** på somatisk avdeling og **blir der frem til han dør som 81 åring**.

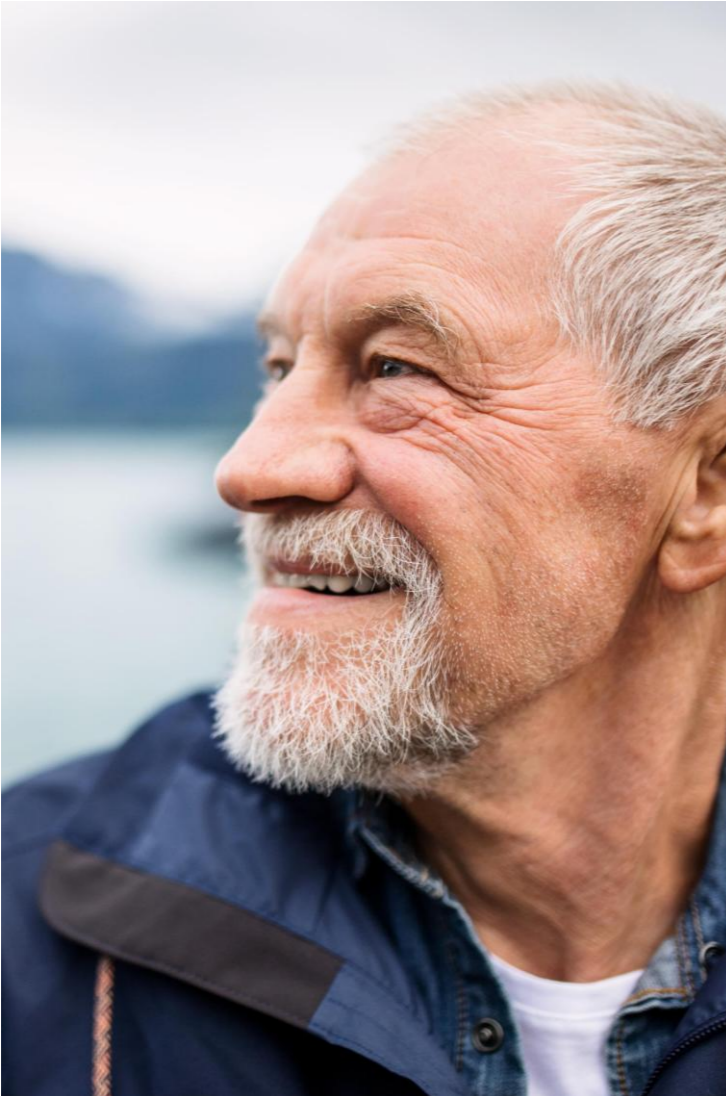
# Jan – proaktivt forløp (1 av 2)



- ▶ **Jan er 73 år.** Han er **vervet som medlem i stigruppa** i idrettslaget. Han hjelper til med å merke turstier i kommunen. Stigruppa og idrettslaget samarbeider tett med kommunens frisklivssentral om tilbud om turgrupper og arrangerer organiserte turer i lokalmiljøet. I gruppa deltar 20 personer.
- ▶ **Jan er 75 år.** En dag når kona er på butikken **faller Jan i trappen**. Det tar en stund før Jan blir funnet med **brukket lårhals**. På sykehuset får han påvist at årsaken til fallet var et drypp (TIA-anfall). Han er kraftig redusert etter operasjon. Han forflytter seg ved hjelp av **rullestol, men er mobilisert** og har brukt prekestol på sykehuset.  
Kommunen har en **egen rehabiliteringsavdeling**. Rehabiliteringsavdelingen er tverrfaglig sammensatt av ergoterapeut, fysioterapeut alle hverdager og pleiepersonell med kompetanse på rehabilitering. Jan kommer dit på grunn av hans medisinske tilstand, funksjonsnivå og en uegnet bolig. **Ergoterapeuten ser igangsettingsvansker og utfordringer med oversikt under morgenstell**. Kognitive strategier identifiseres og trenes systematisk. **Ergoterapeut trener med Jan tre morgener i to uker**, mens pleiepersonell følger samme prosedyre daglig (ADL-trening hver dag). Jan vurderes til å kunne gå med underarmsrollator til frokostbordet ved støtte av to ansatte, og det gjennomføres **gangtrening** to ganger per vakt. Han får også fysioterapi. Framskritt kommer raskt når planen følges.
- ▶ Ergoterapeuten gjennomfører **hjemmebesøk**. Tidlig hjemmebesøk viser at Jan ikke mestrer trappen. Sengen må flyttes til 2. etasje ved hjemreise. Etter 2 uker på rehabilitering er funksjonen slik at Jan kan reise hjem. **Hverdagsrehabilitering** iverksettes (ergoterapeut, fysioterapeut og hjemmetrener) med mål om å gå i trapp og delta i faste treningsaktiviteter med venner. Etter seks uker **mestrer han trapp, gjenopptar aktivitet i idrettslaget og starter i treningsgruppe** for eldre to ganger i uken på seniorsenteret (med middags- og aktivitetstilbud).
- ▶ **Ergoterapeut gjennomfører en boligsamtale for oppfølging** med Jan og Anne. Ingen ønsker å flytte, men de erkjenner behovet for fremtiden. Ergoterapeut kobler på pårørende, megler og gir råd om boligvalg med utgangspunkt i aktiviteter som er viktige for Jan. I tillegg oppdager ergoterapeuten at Jan har nedsatt hørsel og henviser til utredning. Samtaleforsterker og varslingshjelpemidler tas i bruk. Jan og Anne **flytter til leilighet i sentrum**. Ergoterapeuten blir hans koordinator. Dette gjør at han og Anne har en kontakt inn til alle instanser i kommunen. Koordinatoren skal samordne alle tjenester og følge opp Jan og Anne, og innebærer at **ergoterapeuten har regelmessig kontakt** med Jan og Anne.

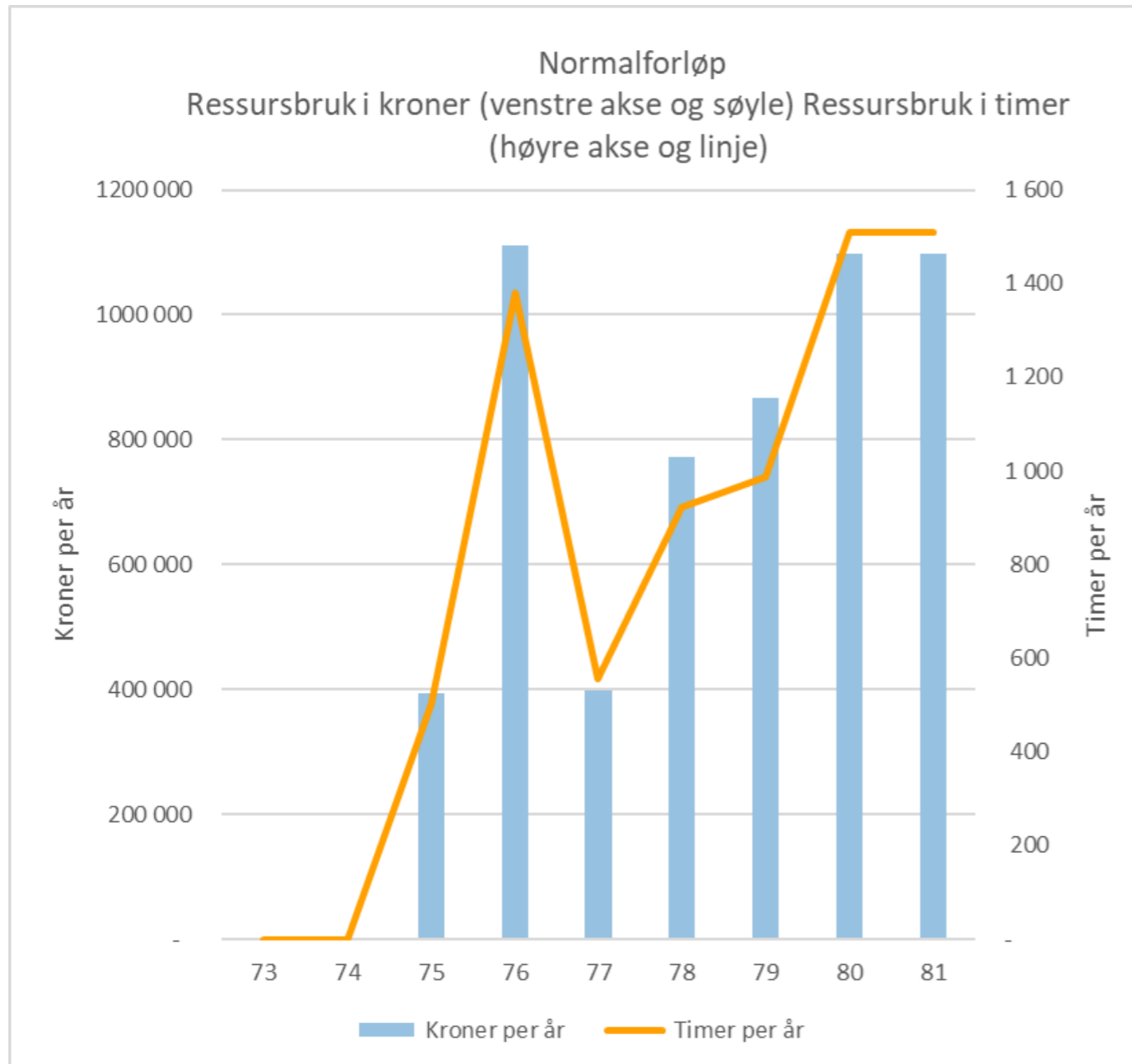
# Jan – proaktivt forløp (2 av 2)

---



- ▶ **Jan er 77 år.** Jan slurver med medisiner og avtaler, og kan virke ustelt. Å finne veien er enkelte dager vanskelig. Fastlegen kontakter hukommelsesteamet. **Ergoterapeut i hukommelsesteam kartlegger ADL** og iverksetter **tiltak: trening i morgenstell, tilrettelegging** av omgivelser, bruk av elektronisk kalender, individuelt tilpasset **medisindispenser og GPS** for trygg ferdsel til seniorsenteret. Det opprettes samarbeid med **hverdagsrehabilitering** for opplæring og innøving av rutiner. **Digitalt tilsyn** etableres, samtidig kommer en **aktivitetsvenn** på plass og avlastning fra hjemmesykepleie ved behov.
- ▶ **Jan er 80 år.** Hjelpemidlene gir ikke lenger tilstrekkelig støtte, men er fortsatt til god hjelp. Jan får **hjemmesykepleie** morgen og kveld, samt **dagsenterplass** for personer med demens tre dager i uken. Ergoterapeut **justerer hjelpemidlene** slik at de er oppdatert til de nye rutinene. Dette gjør at Jan vet hva som skal skje og har en større **forutsigbarhet i hverdagen**. Mange av oppgavene klarer han å gjøre delvis selv. Dette gjør at Jan er et enkelt besøk for hjemmesykepleien og de følger med på hans helsetilstand.
- ▶ **Jan er 83 år:** Akutt forverring med **stort behov for helsehjelp** og somatisk oppfølging, han får **korttidsopphold og faller bort etter tre uker**

# Jan - normalforløp



## Alder 75 år

**Spesialisthelsetjeneste:** Innlagt med lårhalsbrudd, mobilisert

**Korttidsopphold:** 10 dager – forlenges med ytterligere 10 dager (totalt 20 dager).

**Fysioterapeut:** Tilstede i avdelingen 2-3 dager i uken. Kartlegging. Igangsetter gangtrening som pleiepersonalet skal følge opp to ganger per vakt.

**Ergoterapeut:** Tilstede i avdelingen 2-3 dager i uken. Kartlegging og tiltaksplan med rehabiliteringsfokus

**Uegnet bolig:** det gjennomføres enkle tilrettelegginger i boligen

**Hjemmesykepleie:** morgen og kveld, samt dusj en gang i uken

**Teknologi:** medisindispenser

**Privat fysioterapi:** trappetrening

## Alder 76 år:

**Omsorgsbolig:** flytter i omsorgsbolig som følge av ytterligere funksjonsfall og uegnet bolig

**Teknologi:** medisindispenser

**Hjemmesykepleie:** morgen, middag og kveld, samt dusj en gang i uken

**Korttidsopphold:** 14 dager – gjentas seks ganger frem til han blir 78 år

## Alder 78 år:

**Omsorgsbolig**

**Teknologi:** medisindispenser

**Hjemmesykepleie:** morgen, middag og kveld, samt dusj en gang i uken

**Dagsenter:** 2 dager i uken

**Korttidsopphold:** rullerende plass for avlastning 14 dager hver 6. uke

## Alder 79 år

**Teknologi:** medisindispenser

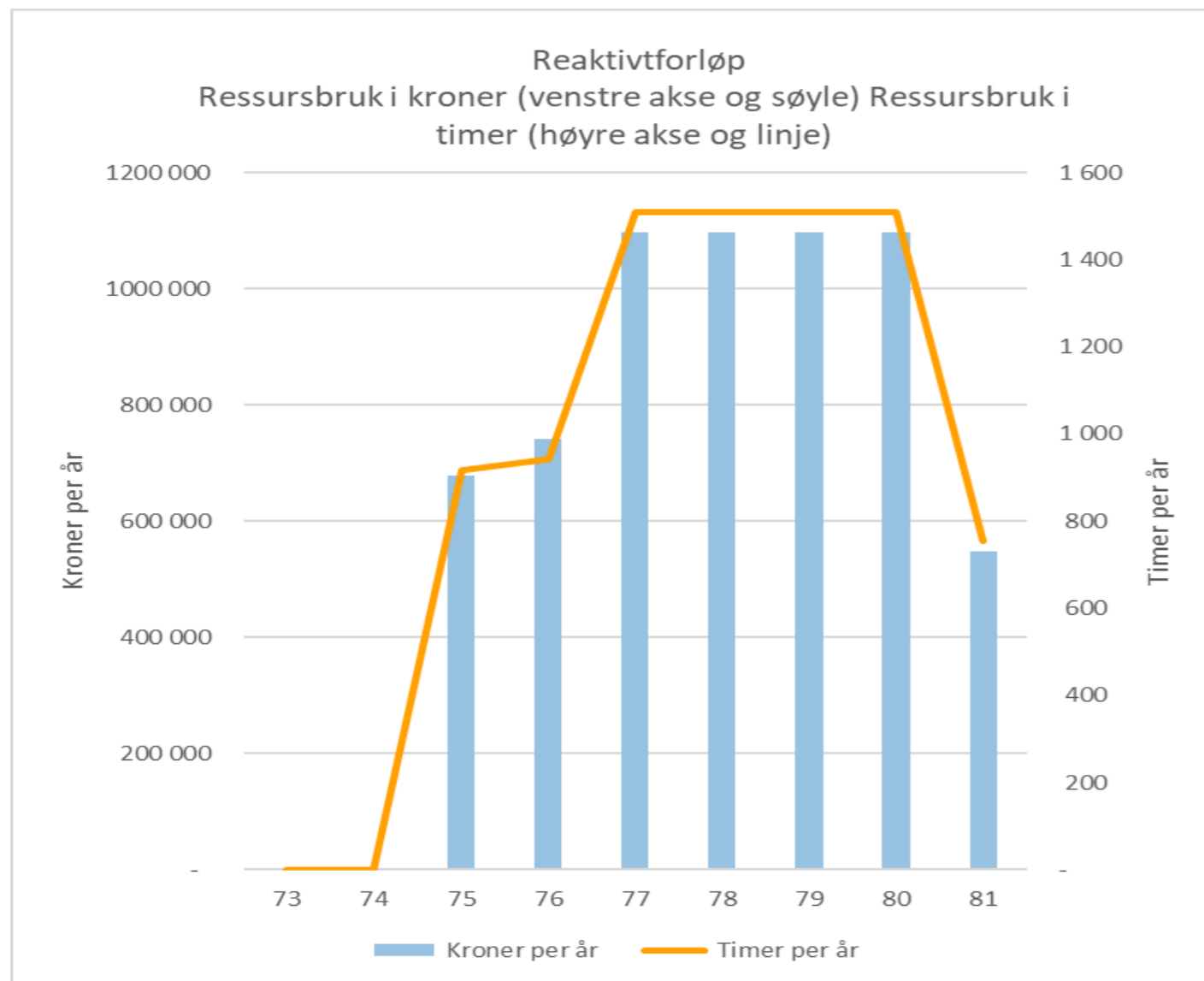
**Hjemmesykepleie:** morgen, middag og kveld, samt dusj en gang i uken

**Korttidsopphold:** i påvente av langtidsplass

**Langtidsopphold:** 2 år

Samlet ressursbruk; 5,7 millioner eller 4,6 årsverk

# Jan - reaktivt forløp



## Alder 75 år

**Spesialisthelsetjeneste:** Innlagt med lårhalsbrudd, utskrivningsklar syv dager over tiden uten å opprettholde mobilisering

**Korttidsopphold:** Fire uker på dobbeltrom

**Fysioterapeut:** Tilstede i avdelingen 2 dager i uken.

**Uegnet bolig:** Ingen særskilte tiltak gjennomføres

**Hjemmesykepleie:** 4 daglige besøk, morgen, formiddag, ettermiddag og kveld, samt dusj en gang i uken. Bistand til å administrere medisiner

**Teknologi:** medisindispenser

## Alder 76 år:

**Spesialisthelsetjeneste:** Utskrivningsklar to dager over tiden

**Korttidsopphold:** 2 måneder

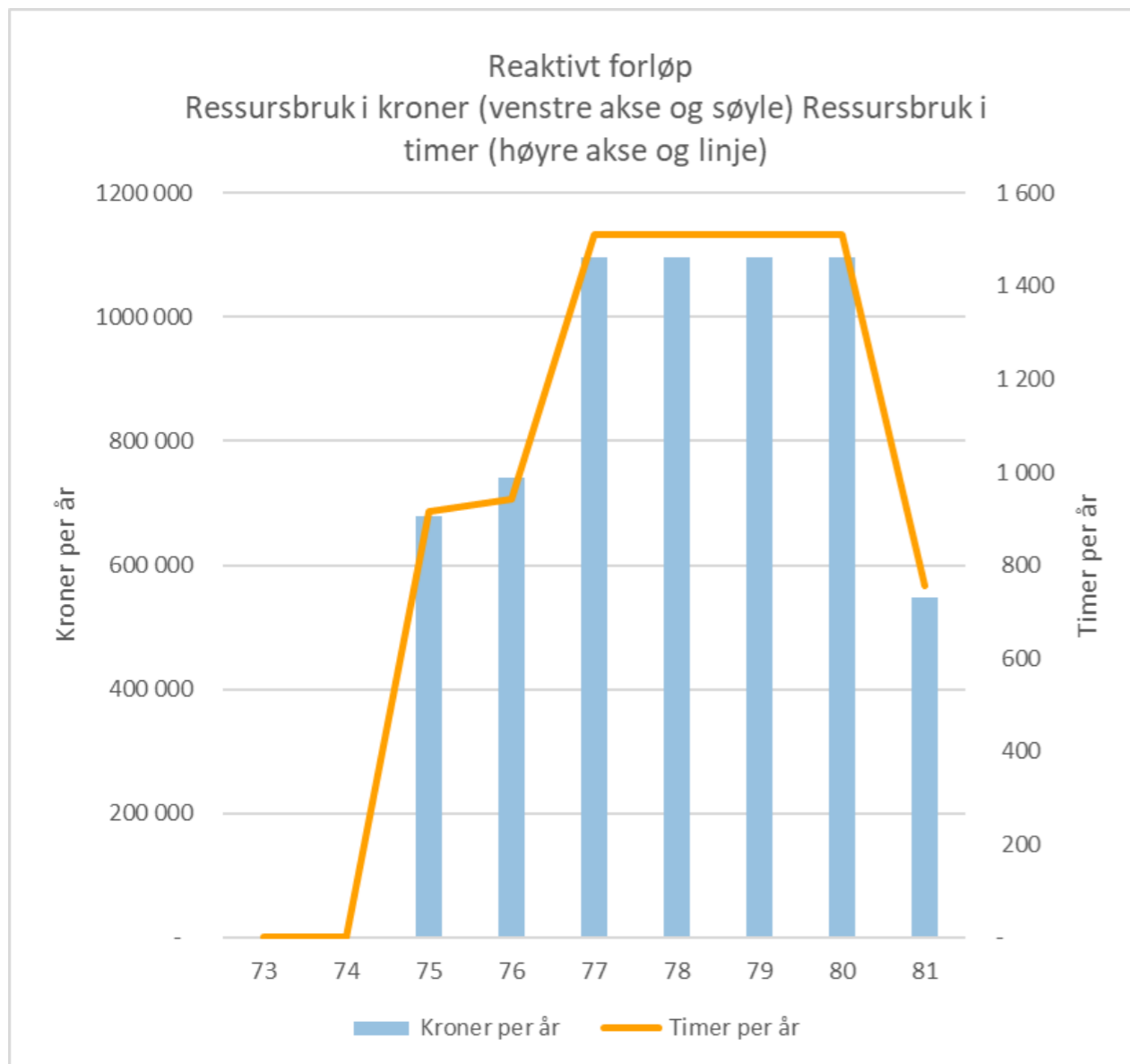
## Alder 77 år:

**Langtidsopphold:** Han blir på langtidsopphold i 4.5 år og faller bort når han er 81 år.

Samlet ressursbruk; 6,3 millioner eller 5,4 årsverk

Reaktivt forløp

# Jan - proaktivt forløp



Samlet ressursbruk; 2,6 millioner eller 2,2 årsverk

## Alder 73 år

**Stiggruppe og frisklivsentral:** Turgruppe med 20 personer. Fysioterapeut ved frisklivsentralen 12 timer i året til gruppen.

## Alder 75 år:

**Spesialisthelsetjeneste:** Innlagt med lårhalsbrudd, mobilisert

**Rehabiliteringsopphold:** 14 dager

**Fysioterapeut:** 1 time daglig i ukedagene under oppholdet.

**Ergoterapeut:** 1 time hver fjerde ukedag under oppholdet, samt hørselsvurdering og søknad om hjelpemidler. Koordinator for individuell plan

**Hverdagsrehabilitering:** 6 uker, tverrfaglig innsats, totalt 4 timer og 15 minutter i uken i seks uker.

**Aktivitetstilbud:** Treningsgruppe 2 dager u uken, inkludert middagstilbud 3 timer per gang.

## Alder 77 år:

**Ergoterapeut:** hukommelsesteam, kartlegging og vurdering, trening og tilrettelegging.

Koordinator

**Teknologi:** medisindispenser. GPS, digitalt tilsyn

**Hverdagsrehabilitering:** 6 uker, tverrfaglig innsats, totalt 4 timer og 15 minutter i uken i seks uker.

**Aktivitetstilbud:** Treningsgruppe 2 dager u uken, inkludert middagstilbud 3 timer per gang.

**Aktivitetsvenn:** frivillig, koordineres av kommunen 30 min. i måneden

**Hjemmesykepleie:** ved behov, beregnet til 20 timer i året

**Dagsenter:** 2 dager i uken

**Korttidsopphold:** rullerende plass for avlastning 14 dager hver 6. uke

## Alder 80 år

**Ergoterapeut:** Justering av hjelpemidler med fire timer. Med dette klarer han fortsatt å utføre mange daglige aktiviteter. Koordinerer tjenestetilbudet og bruker 2 timer i måneden til dette.

**Aktivitetstilbud:** Treningsgruppe 2 dager middagstilbud 3 timer per gang.

**Dag- og aktivitetstilbud:** 2 dager i uken av 5,5 timer per gang for personer med demens

**Teknologi:** medisindispenser, GPS, digitalt tilsyn

**Hjemmesykepleie:** morgen og kveld, samt dusj en gang i uken

## Alder 83 år

**Hjemmesykepleie:** morgen og kveld, samt dusj en gang i uken

**Aktivitetstilbud:** Treningsgruppe 2 dager middagstilbud 3 timer per gang.

**Dag- og aktivitetstilbud:** 2 dager i uken av 5,5 timer per gang for personer med demens

**Teknologi:** medisindispenser, digitalt tilsyn

**Korttidsopphold:** Tre uker

Faller bort sen 83 års alder.

Proaktivt forløp

# Forskjeller mellom proaktivt-, normal- eller reaktivt forløp



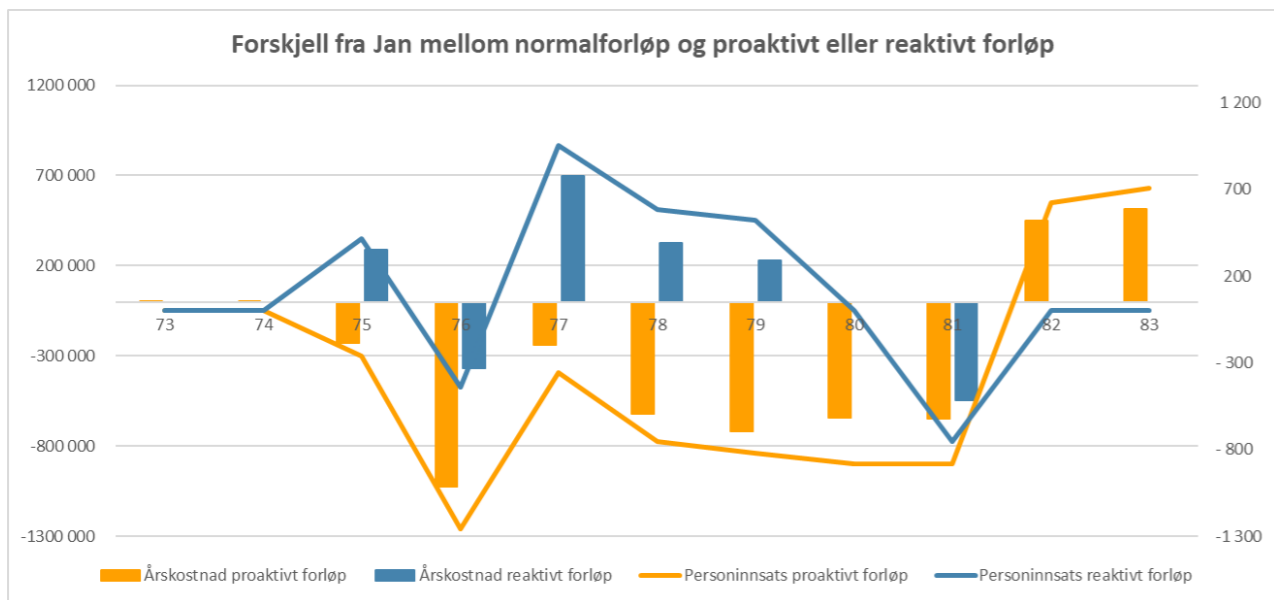
Alder	Årskostnad normalforløp	Årskostnad proaktivt forløp	Årskostnad reaktivt forløp	Timer/årsverk normalforløp	Timer/årsverk proaktivt forløp	Timer/årsverk reaktivt forløp
Totalt	5 733 921	2 568 884	6 355 412	7 370	3 487	8 654
	kroner	kroner	kroner	4,6	2,2	5,4
73	-	358	-	-	1	-
74	-	358	-	-	1	-
75	392 950	165 384	678 504	502	241	917
76	1 111 247	83 724	740 899	1 380	122	942
77	397 531	159 224	1 096 891	555	200	1 510
78	771 634	148 804	1 096 891	923	168	1 510
79	866 777	148 804	1 096 891	988	168	1 510
80	1 096 891	451 880	1 096 891	1 510	629	1 510
81	1 096 891	448 396	548 446	1 510	625	755
82	-	448 396	-	-	625	-
83	-	513 557	-	-	706	-

Forskjellen mellom et proaktivt, normal- og reaktivt forløp ligger i hvordan kommunen bruker de tidlige trinnene i den helhetlige innsatstrappen. I det reaktive forløpet settes tiltak inn sent og ofte som svar på oppståtte problemer. Innsatsen blir fragmentert og praktisk orientert, med lite fokus på ferdighetsbygging, noe som fører til økende behov for omfattende tjenester tidlig i livsløpet.

I normalforløpet gis det tjenester gjennom hele oppveksten, men innsatsen er i begrenset grad koordinert, systematisk og målrettet. Tiltakene bidrar i noen grad, men prioriteres ikke tydelig nok i tid, omfang og innhold til å bygge tilstrekkelig selvstendighet og mestring. Dette gjør at behovet for omfattende tjenester likevel oppstår over tid.

I det proaktive forløpet prioriteres tidlig innsats høyt, både i omfang, kvalitet og koordinering. Tjenestene settes inn systematisk på lavere trinn i innsatstrappen, med tydelig mål om å utvikle ferdigheter, selvstendighet og mestring i hverdagen. Denne målrettede innsatsen bidrar til å utsette eller redusere behovet for mer omfattende tjenester senere, og gir bedre forutsetninger for deltakelse i utdanning, arbeid og samfunnsliv. Forløpene er illustrative og ikke absolutte sannheter.

**Et proaktivt løp reduserer ressursbruken med 3,1 millioner eller 0,3 mill. kroner årlig (2,4 årsverk eller 0,2 årsverk årlig) i forhold til et normalforløp. Et reaktivt øker ressursbruken med 0,6 mill. kroner eller 0,1 mill. kroner årlig (0,8 årsverk eller 0,1 årsverk årlig) i forhold til normalforløpet.** En kommune med 5000 innbyggere kan forvente å ha 10 til 30 innbyggere hvor historien til Jan er relevant:





# Hovedfunn og anbefalinger

# Hovedfunn (1 av 2)

---

- ▶ **Proaktiv innsats gir betydelig lavere ressursbruk over tid.** Analysene viser at tidlig, målrettet og kortvarig innsats kan redusere eller utsette behovet for omfattende tjenester. Selv små investeringer i ergoterapi gir ofte store besparelser i et livsløpsperspektiv.
- ▶ **Reaktiv praksis fører til høye kostnader og økende tjenestebehov.** Når tiltak settes inn sent og hovedsakelig kompenseres for funksjonstap, utvikles ofte et varig og økende behov for personellkrevende tjenester.
- ▶ **Forskjellene mellom forløpene er store – både for kommune og innbygger.** Eksemplene viser betydelige forskjeller i samlet ressursbruk mellom reaktive-, normale- og proaktive forløp, samtidig som livskvalitet, selvstendighet og deltakelse er klart bedre i proaktive forløp.
- ▶ **Ergoterapi er en nøkkel for å lykkes med proaktiv innsats.** Ergoterapeuter bidrar til å identifisere ressurser, tilrettelegge omgivelser og trene på daglige aktiviteter. Dette gjør at flere klarer seg selv, og behovet for tjenester reduseres.
- ▶ **Små effekter er tilstrekkelig for lønnsomhet.** Beregningene viser at tiltakene er lønnsomme selv ved lav måloppnåelse. I flere tilfeller er det tilstrekkelig at tiltak lykkes for et fåtall av brukerne for at investeringen skal være samfunnsøkonomisk forsvarlig.

## Hovedfunn (2 av 2)

---

- ▶ **Dagens praksis utnytter ikke potensialet for tidlig innsats godt nok.** Analysene indikerer at tjenestene i stor grad er organisert reaktivt, med begrenset systematikk i å identifisere og følge opp behov tidlig.
- ▶ **Proaktive tjenester gir bedre bærekraft i helse- og omsorgstjenestene.** Ved å flytte innsatsen mot tidlige trinn i innsatstrappen kan kommunene både redusere kostnader, dempe personellbehov og samtidig øke kvaliteten for innbyggerne.

# Anbefalinger (1 av 4)

---

## ▶ **Bruk kost–nytte og styringsdata aktivt i prioriteringspolitikken**

Vurdering av ressursbruk-nytte bør være et prinsipp i prioritering, tildeling og utmåling av tjenester. Ergoterapi gir høy nytte og lav ressursbruk → høy prioritet etter prioriteringskriteriene , og bør derfor løftes fram i prioriteringsdiskusjoner (nytte–ressurs–alvorlighet).

## ▶ **Prioriter tidlig og proaktiv innsats i kommunene**

Lov- og finansieringssystemer bør belønne tidlig, forebyggende innsats. Ergoterapi bør inn som standard i tidlig kartlegging og oppfølging. Mindre, tidlige tiltak/investeringer kan forhindre behov for kostbare tjenester som institusjonsplasser og omfattende hjemmetjenester. Proaktiv innsats gir både helsegevinster, bedre livskvalitet og lavere kostnader. Det lønner seg å investere før behovet oppstår – ikke etter.

## ▶ **Gjør hverdagsmestring til styrende prinsipp i tjenestene**

Innfør nasjonale føringer om at tjenestene skal bedre ferdigheter og mestring, være tidsavgrensede og ha mål om selvstendighet. Reaktive tjenester skaper passivitet og økt behov over tid mens proaktive tiltak bygger varig mestring og reduserer behov. Målet må være at folk i størst mulig grad klarer seg selv – ikke at vi gjør mer *for* dem.

# Anbefalinger (2 av 4)

---

▶ **Innfør krav om systematisk funksjonsvurdering før vedtak om hjelp**

Før vedtak om praktisk og personlig bistand bør det gjennomføres ergoterapeutisk vurdering av mestringspotensial. Dagens praksis er at det ofte gis hjelp uten å vurdere hva personen faktisk kan eller har potensial til å mestre selv. Dette fører til lavere selvstendighet og mestring, og gir overforbruk av tjenester som kunne vært unngått eller redusert.

▶ **Ergoterapikompetanse må inn som førstelinjetiltak**

Alle kommuner må ha tilstrekkelig ergoterapikompetanse tidlig i pasientforløpet. Manglende ergoterapi kan gi dårligere forløp og høyere ressursbruk over tid. Tilstrekkelig og riktig kompetanse tidlig er avgjørende for bærekraft i helse- og omsorgstjenestene.

▶ **Øk kapasiteten på proaktive tjenester inkludert ergoterapikompetanse i kommunene**

Reaktiv praksis og manglende tilgang på ergoterapikompetanse kan gi mindre effektfulle forløp og høyere kostnader. Ergoterapeuter er en nøkkelressurs i bærekraftige tjenester.

▶ **Vurder å endre insentivene i finansiering og rammetildeling**

Finansieringssystemene bør belønne forebygging og reduksjon i behov for tjenester, ikke kun produksjon av tjenester. Proaktiv innsats og ergoterapi gir reduserte behov, men taper i prioriteringen i dagens system.

# Anbefalinger (3 av 4)

---

## ► Flere ergoterapeuter inn i strategiske og ledende posisjoner i kommunene

Norsk Ergoterapeutforbund bør utvikle en målrettet strategi for å få flere ergoterapeuter inn i sentrale beslutnings- og lederposisjoner i kommunene. Dette innebærer både å identifisere og utvikle ledertalenter internt, samt å arbeide aktivt opp mot kommunale beslutningstakere for å synliggjøre hvilken verdi ergoterapifaglig kompetanse gir i planlegging, prioritering, tjenesteutvikling og bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

Ergoterapeuter bringer inn et helhetlig funksjons- og mestringsperspektiv som er avgjørende for å lykkes med bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Når denne kompetansen er representert på strategisk nivå, øker sannsynligheten for at forebygging, tidlig innsats og hverdagsmestring settes på agendaen og prioriteres – noe som igjen kan gi betydelige samfunnsøkonomiske gevinster. Forbundet bør derfor blant annet etablere lederutviklingsprogrammer for ergoterapeuter, synliggjøre karriereveier inn i ledelse og bygge strategisk samarbeid med relevante aktører som f.eks. KS og kommunale toppledere.

# Anbefalinger (4 av 4)

---

► **Prioriter FoU-ressurser til prosjekter som dokumenterer kost-nytte av ergoterapi**

For å styrke profesjonens posisjon i helsepolitiske prioriteringer er det avgjørende at Norsk Ergoterapeutforbund bidrar til en mer systematisk dokumentasjon av effekter og samfunnsnytte. Eksisterende eksempler og beregninger bør videreutvikles til et mer helhetlig og dokumentert kunnskapsgrunnlag som er lett å kommunisere til beslutningstakere. Forbundet bør derfor arbeide for økte tilskudd til praksisnære FoU-prosjekter i kommunene, samarbeid med forskningsmiljøer om effektstudier og samfunnsøkonomiske analyser og utvikling av standardiserte modeller for å måle og kommunisere gevinstene av ergoterapi.

En mer solid og systematisk dokumentasjon vil gjøre det enklere å løfte ergoterapi høyere på den helsepolitiske agendaen, og gi beslutningstakere et bedre grunnlag for prioriteringer.



## Ergoterapeuter – en investering i bærekraftige helse- og omsorgstjenester

- ▶ Rapport 2026: Kost-nytte av proaktiv innsats og et utvalg av ergoterapeuters tiltak
- ▶ Historiene og aktivitetseksemplene i rapporten er laget etter innspill fra Norsk Ergoterapeutforbund, og er vurdert, ressursberegnet og kvalitetssikret av Lisbet Kjøniksen og Einar Stephan

AGENDA  
KAUPANG

Agenda Kaupang bidrar til omstilling og utvikling av offentlig sektor. Vi bistår ledere og medarbeidere med faktabaserte beslutningsgrunnlag og effektivisering av prosesser. Agenda Kaupang gjennomfører analyser og rådgiving innen ledelsesutvikling, styring, økonomi, organisasjonsutvikling og digitalisering.