

NR 01/20
FAGUTVIKLING

RAPPORT

Eikholt- modellen

Vårt teoretiske og ideologiske ståsted



Rolf Lund og Ann-Britt Johansson

© Eikholt nasjonalt ressurscenter for døvblinde, 2020

Rolf Lund og Ann-Britt Johansson:
Eikholt-modellen. Vårt teoretiske og ideologiske ståsted

Omslag ved forlaget
Sideombrekking og layout ved forlaget
Trykk og innbinding ved forlaget

ISBN 978-82-93653-12-7 (Trykt)
ISBN 978-82-93653-13-4 (PDF)

Henvendelser om denne utgivelsen kan rettes til:

Eikholt
Helen Kellers vei 3
NO-3031 Drammen
Norge

post@eikholt.no
www.eikholt.no

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverksloven eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorganisasjon for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Eikholt-modellen

Vårt teoretiske og ideologiske ståsted

Rolf Lund og Ann-Britt Johansson

FORORD

Vi vil her poengtere at denne rapporten er et produkt av en intern prosess hvor den faglige ledelsen av Eikholt ønsket et dokument som beskriver vår praksis og hva denne praksisen støtter seg på. Prosessen har bestått i en brukerundersøkelse som gav oss innsikt i hva brukerne setter pris på ved Eikholt og hva vi bør streve etter (Eikholt, 2020a). Vi brukte også en del dager på gruppearbeid hvor medarbeiderne på Eikholt beskrev hva de opplever som positivt og hva de tror brukerne verdsetter. I denne prosessen forsøkte vi å se fremover og beskrive hvor vi ønsker at utviklingen skal videre. Det var stor enighet om at vi må ta vare på det beste i dagens praksis og videreutvikle oss på alle andre områder.

I arbeidet med å skrive ned det som kom frem i brukerundersøkelsen og i de interne prosessene har vi fått gode innspill fra Roar Meland, direktør på Eikholt og vår fagsjef Thomas Øverby. I tillegg har Alf Reiar Berge vært en god veileder. Han har både lang og dyp erfaring med temaet. Gjennom Rehab Nor har han hatt mange oppdrag for Helsedirektoratet og norske kommuner i prosjekter med spesiell vekt på ideologi og prinsipper i arbeidet med rehabilitering av personer med funksjonsnedsettelse.

Denne rapporten er tenkt som en dokumentasjon av Eikholt's teoretiske og ideologiske ståsted. Med teoretisk ståsted mener vi en beskrivelse av vårt faglige ståsted, aktuelle begreper og sammenhengen mellom dem. Hvordan dette utføres i praksis er beskrevet i det vi har kalt en brukerreise. Eikholt's ideologiske ståsted er en beskrivelse av vårt idésystem, grunnsyn og samfunnssyn. En ideologi er i stor grad styrt av hvilke interesser som dominerer. For Eikholt er dette i stor grad preget av hvordan vi ble til, som et svar på brukerbehov og at utviklingen frem til i dag i stor grad har vært brukerstyrt.

Det er viktig at man leser denne rapporten som et uttrykk for hva vi er, men også for hva vi ønsker å være. Eikholt-modellen skal påvirke arbeidet med å nå målene for virksomheten.

Det er i tilknytning til denne fagrapporten utarbeidet en kortversjon som kan brukes i forbindelse med presentasjoner av Eikholt.

Eikholt, 1. november 2020

Innhold

Eikholt – et ressurscenter for muligheter og utvikling.....	7
Eikholt's historie som basis for vårt ståsted	7
Stiftelse	8
Døvblindhet kan være en progredierende funksjonsnedsettelse.....	8
Nasjonalt ansvar for tilpasningskurs	8
Nasjonalt ressurscenter	8
Nasjonal møteplass.....	9
Flerfaglighet eller tverrfaglighet, spesialist eller generalist.....	9
Rehabilitering eller habilitering	10
Medfødt eller ervervet	10
Eikholt-modellen.....	10
Fundamentet i Eikholt-modellen	12
10 EIKHOLT-PRINSIPPER.....	13
Teoretisk ståsted for Eikholt-modellen.....	15
Personsentrert rehabilitering	16
Selvbestemmelse	17
Den levde kroppen.....	18
Livsverden	18
Brukerreisen	19
1.fase: Kartlegging av behov	20
Henvendelsen	21
Dialog	21
2. fase: Funksjon og optimalisering	22
AV-klinikken	22
3. fase: Innsikt og mestring.....	23
Tilpasningskurs.....	23
Introduksjonskurs	24
Gruppekurs og individuelle kurs	24
Oppfølgingskurs	24
4. fase: Deltagelse i samfunnet.....	24
Planarbeid	25
Deltagelsesrettede tiltak.....	25
Hverdagsrehabilitering	26

Oppfølging	27
EIKHOLT SOM KOMPETANSETJENESTE	27
Informasjonsarbeid	27
Kompetansespredning	28
Brukerdata	28
Forskning, utviklingsarbeid og innovasjon (FoUI)	29
Referanser	30

Eikholt – et ressurscenter for muligheter og utvikling

Eikholt har siden 1980 tilbudt tjenester til personer med ervervet og medfødt kombinert syns- og hørselsnedsettelse/døvblindhet, nærpåsoner og fagpersoner/tjenesteapparatet.

I FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne fastslås det at de alminnelige menneskerettigheter gjelder fullt ut for alle. En av konvensjonens målsetninger er at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal få et selvstendig liv og kunne delta fullt ut på alle livets områder (FN-Sambandet, 2019).

Regjeringen har i samarbeid med funksjonshemmedes organisasjoner utarbeidet dokumentet «Et samfunn for alle. Regjeringens strategi for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse» (Barne- og likestillingsdepartementet, 2018). Innsatsen hviler på følgende fire pilarer:

1. Utvikle både universelle løsninger og spesielle tiltak.
2. Jobbe for selvbestemmelse, medvirkning, deltakelse og inkludering.
3. Bedre samordning på alle nivåer.
4. Fire innsatsområder; utdanning, arbeid, helse og omsorg, samt kultur og fritid (Kap. 4).

Eikholt's historie som basis for vårt ståsted

Eikholt's tilblivelse og historie er noe vi er stolte av og tar vare på. Murmester Olaf Frøiland var en dyktig håndverker med eget firma, i tillegg var han usedvanlig sosialt engasjert. Dette engasjementet førte ham i kontakt med Halvdan Larsen, som hadde døvblindhet. Med sin evne til empati så Olaf Frøiland raskt at det Halvdan Larsen og andre med døvblindhet trengte var et samlingssted. Frøiland eide et stort område på Konnerud som han var innstilt på å benytte til dette. Han og Larsen reiste land og strand rundt for å inspirere og samle inn penger.

Eikholt's ideologiske ståsted er en beskrivelse av vårt idésystem, grunnsyn og samfunnssyn. En ideologi er i stor grad styrt av hvilke interesser som dominerer. For Eikholt er dette er i stor grad preget av hvordan vi ble til, som et svar på brukerbehov og at utviklingen frem til i dag i stor grad har vært brukerstyrt.

I slutten av 1970-årene kom planene, tegningene og til slutt kunne spaden stikkes i jorden for å bygge Norges første og eneste landsdekkende senter for personer med døvblindhet. Eikholt nasjonalt ressurscenter for døvblinde stod ferdig i 1980 og ble åpnet 26. august samme år av Kong Olav V. Da Eikholt var en realitet, varte det ikke lenge før brukerne av senteret merket at rekreasjon er bra, men at de også savnet aktiviteter. Ut fra disse reaksjonene har det vokst frem en omfattende kursvirksomhet og kunnskapsproduksjon på Eikholt. Disse har hele tiden blitt utviklet i nær kontakt med brukerne av stedet. Ingen er bedre i stand til å si hva personer med døvblindhet har behov for enn de som selv lever med denne funksjonsnedsettelsen (Eikholt, 2020b).

I dag spenner kursvirksomheten over et bredt spekter av muligheter. Nye tilbud kommer stadig til og noen faller bort, alt etter utviklingen ellers i samfunnet og hva målgruppen etterspør. Eikholt har gjennomgått en fantastisk utvikling og fremstår i dag som et unikt senter med brukertilbud innen kartlegging og optimalisering av syns- og hørselsfunksjon, kompetanseutvikling, forskning og kompetansespredning. Eikholt har beholdt sin funksjon som en møteplass for brukere fra hele landet (Eikholt, 2020b).

Stiftelse

Eikholt er organisert som en ideell stiftelse med kort vei mellom brukere, fagpersoner og ledelse. Dette gjør senteret handlekraftig, uavhengig og innovativt. Det er lett å ta nye steg i utviklingen av senteret. Vi ønsker å ha en aktiv rolle i realiseringen av regjeringens strategi for at personer med kombinert syns- og hørselsnedsettelse/døvblindhet skal ha samme mulighet til deltakelse som alle andre i vårt samfunn. Dette krever av oss at vi hele tiden er på leting etter ny kunnskap som gjør våre tjenester bedre. Eikholt bidrar aktivt til forskning og innovasjon innen fagfeltet som formidles både nasjonalt og internasjonalt. Ny kunnskap og kompetanse utvikles med basis i den betydelige kliniske virksomhet som drives. Det er kort vei fra forskning til bruk av ny kunnskap i tilbudet til brukerne og deres nærpersoner.

Døvblindhet kan være en progredierende funksjonsnedsettelse

Kombinert syns- og hørselsnedsettelse fører til omfattende utfordringer i forhold til informasjon, kommunikasjon og mobility med omverdenen. Mange av de som trenger tjenester fra Eikholt har progredierende sansetap som gir konsekvenser i hverdagen. Dette betyr at lærte strategier og hjelpemidler stadig må endres og fornyes, noe som medfører behov for livslang læring (Johansson, 2017). Sansetap som progredierer kan medføre betydelig psykisk spenning og stress, noe som må fanges opp og vektlegges i rehabiliteringsarbeidet. Konsekvenser som dårlig psykisk helse og følelsen av å bli isolert er ikke uvanlige (Ehn, Möller, Danermark & Möller, 2016). Dette kan medføre behandlingstrengende medisinske og sosiale problemer som kommer i tillegg til sansetapet. Det er viktig at personell i helsetjenesten er observante i forhold til slike problemer og iverksetter nødvendige tiltak. Eikholt ser det som en hovedoppgave å ruste brukerne og deres nærpersoner til å mestre hverdagens utfordringer, som kan være både krevende og sammensatte, og som alltid er individuelle.

Nasjonalt ansvar for tilpasningskurs

Eikholt har et nasjonalt ansvar for NAV tilpasningskurs for personer med medfødt og ervervet kombinert syns- og hørselsnedsettelse/døvblindhet. Tilpasningskurs er en rettighet etter lov om folketrygd (NAV, 2020) som også omfatter nærpersoner. Formålet med kursene er å styrke den enkeltes evne til å klare seg i dagliglivet, skole/utdanning og i arbeidslivet.

Nasjonalt ressurscenter

Eikholt er et landsdekkende ressurscenter i spesialisthelsetjenesten og inngår som en enhet i Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde (NKDB, 2020). Eikholt skal bygge opp og spre kompetanse om kombinert syns- og hørselsnedsettelse/døvblindhet (Eikholt, 2020b). Det er avgjørende at fagmiljøer som møter personer med et hørsels- eller synsproblem er oppmerksomme på muligheten for at det kan foreligge en dobbel sansenedsettelse som skal følges opp.

Vi har fokus på informasjons- og kompetansespredning både på individnivå og på systemnivå i ulike deler av tjenesteapparatet. På individnivå avklares behovene med den enkelte i hvert tilfelle. Det kan være rådgivning/veiledning til personens nære nettverk, kurs, fagdager og undervisning for barnehager/skoler, arbeidsplasser, primærhelsetjenesten eller andre deler av spesialisthelsetjenesten, NAV m.m. I slike saker samarbeider vi i stor grad med regionsentrene i Nasjonalt Kompetansetjeneste for døvblinde, NKDB, (NKDB, 2020).

Det finnes i dag en begrensning i at Eikholt ikke kan tilby sine tjenester til personer som får et kombinert sansetap på grunn av aldersbetinget sansenedsettelse. Vi vet at denne gruppen er stor, svært stor. Vi sprer uavhengig av denne begrensningen kunnskap om kombinert sansetap gjennom forelesninger ved universiteter og høyskoler, innen ulike fagnettverk og i aktuelle fagmiljøer, samt på nasjonale og internasjonale konferanser.

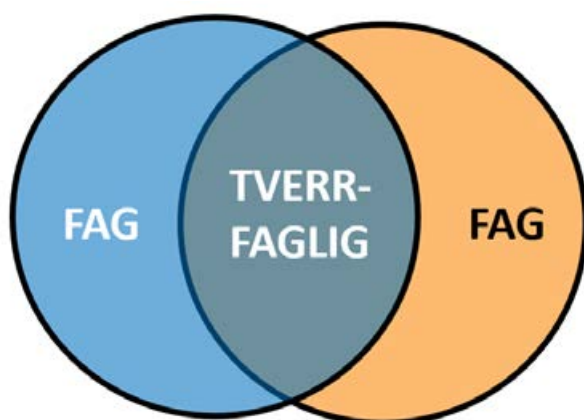
Nasjonal møteplass

Vi legger stor vekt på å skape en levende arena for alle som bruker Eikholt. Mange gir uttrykk for at de har stort utbytte av å møte andre i tilsvarende situasjon. Utveksling av erfaringer og sosialt samvær med andre med brukererfaring er en verdi i seg selv. Vi ser også at personer som er i ulike livsfaser og med ulike erfaringer knyttet til den doble sansenedsettelsen, har nytte og glede av å møte hverandre. Et tilbud på Eikholt gir mulighet for mening, fellesskap, utvikling og økt livskvalitet.

Flerfaglighet eller tverrfaglighet, spesialist eller generalist

Rehabilitering er et fagområde som ikke kan knyttes til en enkelt yrkesgruppe. Mange ulike profesjoner kan bidra på ulike måter i rehabiliteringen. For Eikholt er det viktig å ha en god sammensetning av profesjoner som sammen kan gi brukerne av tjenesten et helhetlig og godt tilbud.

Tverrfaglig tilnærming handler enkelt sagt om å opprette samarbeid mellom ulike fag eller profesjoner. Tverrfaglighet kjennetegnes av at fagene integreres og glir over i hverandre i større eller mindre grad, og at det er glidende overganger mellom ulike grader av tverrfaglighet. Vi bruker begrepet flerfaglig arbeid når vi fra ulike profesjoner jobber med den samme oppgaven, men fagene holdes atskilt (Store norske leksikon, 2018)



Arbeidet på Eikholt består ofte av begge formene for samarbeid. Men det er åpenbart mange tverrfaglige koblinger mellom for eksempel profesjonene innenfor syn, hørsel og kommunikasjon. Den tverrfaglige tilnærmingen beriker kunnskapsnivået og man oppdager nye koblinger. Når vi arbeider integrert tverrfaglig, går fagene sammen i en større enhet, fagpersonene arbeider med begreper, prosedyrer og perspektiver fra flere

fag samtidig, og fagene er ikke lenger tydelig atskilt. Planlegging av rehabiliteringstiltak er et eksempel på dette. Når vi jobber tverrfaglig betyr det at for eksempel synsfaglig personell

med sin spisskompetanse samarbeider med hørselsfaglig personell med sin for å optimalisere alle sansefunksjonene hos en bruker. Syns- og hørselsfunksjon er gjensidig støttende, og en vellykket rehabilitering avhenger av et godt samarbeid mellom fagene. I tillegg er det et viktig poeng at flere ansatte på Eikholt behersker tegnspråk og at det er et godt samarbeid med tolketjenesten.

Det er et prinsipp for arbeidet på Eikholt å ivareta spisskompetanse innen hvert fagområde og samtidig legge til rette for tverrfaglige og flerfaglige samarbeidsformer. **For Eikholt som et nasjonalt ressurscenter er spesialistene viktigere enn generalistene.**

Rehabilitering eller habilitering

Habilitering dreier seg om å lære nye ferdigheter, mens rehabilitering handler om å gjenvinne tapte ferdigheter. De overordnede prinsippene er imidlertid felles for både habilitering og rehabilitering. Vi har derfor i dette dokumentet ikke sett det som viktig å hele tiden vise dette skillet, men vi har valgt for enkelhetens skyld å bruke ordet rehabilitering gjennomgående.

Medfødt eller ervervet

Se mulighetene hos individet i stedet for å dele inn i grupper

Vi har i Eikholt-modellen valgt å ikke skille mellom medfødt og ervervet årsak til kombinert nedsatt syns- og hørselsfunksjon/døvblindhet. Dette skyldes at det kan være vanskelig å definere om man skal kalle en diagnose for medfødt eller ervervet. Dersom årsaken er medfødt, men de funksjonelle effektene kommer senere i livet gir ikke denne inndeling uten videre stor mening. Det måtte

i så fall være i diskusjonen om hvor tidlig man skal sette inn tiltak. Vi vil generelt hevde at det er gode effekter av tidlig intervensjon, uavhengig av om årsaken er medfødt eller ervervet. Det er så store variasjoner innen hver av disse to gruppene at det er unaturlig å bruke en så grov inndeling. Variasjonene kan være større innen hver gruppe uavhengig av denne inndelingen. En viktig variabel er for eksempel når i livsløpet reduksjonen i synsfunksjon og hørselsfunksjon hver for seg ble merkbar. En annen viktig variabel er grad av funksjonsnedsettelse som varierer fra svaksynt til blind og fra tunghørt til døv. Det er også store variasjoner i andre fysiske, psykiske, kognitive og sosiale forutsetninger for å takle utfordringene. Eikholt har derfor prinsipielt valgt å se på individuelle forskjeller i stedet for å dele gruppen inn i disse to hovedgruppene.

Eikholt tilbyr tjenester til alle uavhengig av om de kan defineres som medfødt eller ervervet. Mye av arbeidet skjer i samarbeid med nærpåsoner. For personer under 18 år er dette helt sentralt. Vi har i denne rapporten brukt ordet «bruker» uten å utdype dette hver gang, men i mange tilfeller inkluderer begrepet «bruker» også viktige nærpåsoner.

Eikholt-modellen

Eikholt-modellen er en beskrivelse av praksis i vår virksomhet og hvorfor vi gjør som vi gjør. Den er en beskrivelse av hva vi ønsker å være. Vi har sett behov for en slik beskrivelse fordi vi har erfart at det er noe som er tydelig riktig i det vi gjør. Dette får vi jevnlig tilbakemelding om fra brukerne av Eikholt. Men vi har også sett det i en omfattende brukerundersøkelse

(Eikholt, 2020a), i flere undersøkelser blant medarbeiderne og i alle evalueringene etter hvert kurs. Det er noe positivt i «veggene» på Eikholt som er verdt å ta vare på og som sikkert kan videreutvikles. For å få tak i dette «noe» har vi satt oss som mål å beskrive praksis og begrunnelsen for denne i form av det vi kaller Eikholt-modellen. Hensikten er å synliggjøre, bevisstgjøre og ta vare på det som er bra for at det skal bestå og videreutvikle det til noe enda bedre.

For å beskrive hva Eikholt-modellen er ble det nødvendig å se nærmere på hva brukerne sier om Eikholt og hva som gjør at det oppleves bra. Prosesser internt blant medarbeiderne har gitt oss beskrivelser av hva de synes er viktig og hva de opplever fungerer godt. Vi sammenlignet disse svarene med hva som er Eikholt's offisielle oppdrag på vegne av samfunnet. I utviklingen av modellen har vi brukt anerkjente teorier om rehabilitering av personer med kombinert nedsatt syns- og hørselsfunksjon/døvblindhet.

Det er stor forskjell mellom å beskrive døvblindhet og å leve med døvblindhet

Eikholt er et nasjonalt ressurscenter. Tradisjonelt tenker man om slike nasjonale sentre at de har kompetanse som sitter hos spesialiserte fagpersoner. Når senteret jobber systemrettet betyr det at man har som oppgave å formidle sin kompetanse videre til lokale tjenester som har ansvaret for rehabiliteringen. Dette er en top-down

modell (Haidar & Rusevski, 2019) hvor tanken er at den generelle kompetansen om personer med døvblindhet kan formidles og settes ut i praksis i nærmiljøet.

En mer brukerfokuset tilnærming er å bygge kompetansen hos brukeren selv og hos brukerens nærpåsoner og andre hjelpere. Dette er en tilnærming som fungerer godt når det er viktig at man ser hver bruker som unik. Forståelsen av behov og tiltak må være individualisert, og derved er det begrenset hvor mye generell kompetanse som kan overføres. Med dette utgangspunktet blir det viktigste å styrke brukerkompetansen for at den det gjelder skal oppnå innsikt i egen situasjon. Målet er at de kompetente brukerne og deres nærpåsoner kan bruke det lokale hjelpeapparatet for å oppnå mestring i hverdagen og deltagelse i samfunnet. I denne tankegangen blir Eikholt en ressurs for å styrke brukerkompetansen.

I denne bottom-up modellen (Haidar & Rusevsky, 2019) er styrking av brukeren det viktigste. Denne skjer gjennom målbevisst dialog, opplæring og trening, der man bygger brukernes kompetanse, trygghet og innsikt og dermed mulighet for kontroll over sin egen situasjon. Det er mye som kan gjøres for å oppnå dette. Vi følger en modell som består av fire faser:

FASE 1: BEHOVSKARTLEGGING

- Informasjon om Eikholt
- Innhenting av informasjon om diagnoser, behandling og tiltak
- Kartlegging av ønsker, behov og aktiviteter

FASE 2: FUNKSJONSKARTLEGGING OG OPTIMALISERING

- Kartlegging av funksjon og ferdigheter (syn, hørsel, kommunikasjon, mm)
- Optimalisering av funksjon og ferdigheter (syn, hørsel, kommunikasjon, mm)

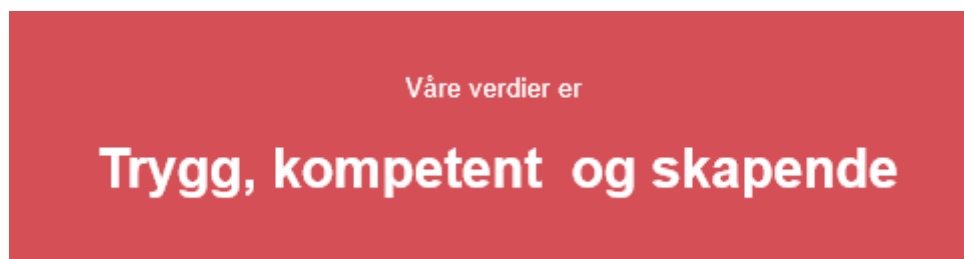
FASE 3: INNSIKT OG MESTRING

- Individuell tilpassing av ulike tiltak og utforming av individuell rehabiliteringsplan (mål)
- Opplæring og trening for å oppnå økt innsikt, ferdigheter og kunnskap

FASE 4: DELTAGELSE I SAMFUNNET

- Lokal implementering og support
- Oppfølging

Fundamentet i Eikholt-modellen



Eikholt har fokus på den brukerfokuserende tilnærmingen. Mye av denne skjer gjennom individuelt tilrettelagte NAV tilpasningskurs og individuelle tjenester under spesialisthelsetjenesten. Det gjør Eikholt til en svært brukernær tjeneste. Mye av tilbudet gis i direkte kontakt mellom Eikholt og brukeren (inklusive nærpå personer), og det gis på brukerens premisser.

I brukerundersøkelsen blir det fremhevet at brukerne opplever medarbeidere som «fantastiske». I dette ligger at de opplever å bli møtt med respekt, imøtekommenhet og med gode holdninger. «De som jobber der har forståelse og innlevelse for våre behov og klarer å fylle behovene med gode tjenester» (Eikholt, 2020b). Dette viser at senteret er preget av et positivt menneskesyn. Brukerne blir møtt der de er, lyttet til og tatt på alvor ved at de får påvirke beslutninger som angår dem. Våre verdier handler om å skape et Eikholt som er preget av trygghet, høy kompetanse og romslig kreativitet som skal skape de miljømessige forutsetningene for personlig utvikling med et sterkt selvbilde og kontroll over eget liv.

Verdiene trygg, kompetent og skapende er fundamentet i Eikholt-modellen.

I praksis betyr dette at medarbeiderne har en bevisst holdning til at brukerne selv kan, og har ansvar for, å påvirke sin egen utvikling, og at de kan forandre vilkårene for sine liv og egne prestasjoner. Det betyr videre at det finnes en grunnleggende aksept for å involvere brukeren til å utvikle sin egen rehabiliteringsplan. Det finnes mange eksempler på hvordan et miljø kan stenge, begrense og holde nede det potensialet alle mennesker bærer i seg. Alternativt kan et åpent og trygt miljø frigjøre og overbevise oss om at det i alle mennesker finnes en kapasitet som kan utvikles. Involvering og reell deltagelse skaper motivasjon. Det å gi og få tillit er svært avgjørende for hvordan vi mennesker motiveres og styrker selvbilde. Vi sier at det er viktig at brukeren (inklusive nærpå personer) blir sett og hørt. Opplevelsen av å være betydningsfull, kompetent og likt er grunnleggende viktig for alle. Motivasjon må

komme innenfra. Man kan ikke gi mennesker motivasjon, men man kan bidra i prosessen med å finne den.

Vilkårene for dette er åpenhet og trygghet. På Eikholt er det lagt stor vekt på å skape et slikt miljø, både fysisk og sosialt. Brukerne forteller at de opplever «trygghet og åpenhet». «Jeg er veldig glad i Eikholt, så jeg og kona er der flere ganger i året. Rett og slett vårt andre hjem». Mange fremhever hvilken betydning kost og losji har i denne sammenhengen. «Godt bo-opplegg og veldig god mat. Godt uteareal som føles trygt å ferdes i, og jeg føler meg ivaretatt der». «Kost og losji er ypperlig!» (Eikholt, 2020b). På Eikholt er matpausene et sentralt element i det å skape et varmt inkluderende miljø. Medarbeidere og brukerne spiser lunsj sammen i lyse trivelige lokaler. Å spise handler om mer enn å bli mett. Det sosiale samlingspunktet som måltidet representerer, er viktig for fellesskapet og skaper trivsel. Det er også en unik møteplass hvor samtalene skaper nærhet og innsikt. Måltidet er tett knyttet til psykisk helse, trivsel og livsglede, og har kulturell og sosial betydning. Derfor er kjøkkenet, matsalen og stua et viktig element i Eikholt-modellen.

I brukerundersøkelsen (Eikholt, 2020b) blir det trukket frem at bassenget og det fysiske miljøet rundt Eikholt innbyr til fysisk aktivitet. Det er trygge stier for trening og mosjon rundt senteret. Fysisk aktivitet fremmer helse, bedrer humøret, gir energi, og reduserer stress. Fysisk aktivitet kan forebygge enkelte psykiske plager, og kan i mange tilfeller brukes i behandling sammen med andre behandlingsmetoder (Ehn, 2020).

Vi har med bakgrunn i en brukerundersøkelse samlet beskrivelser av hva som kjennetegner Eikholt, hva som er typisk Eikholt og som de setter pris på (Eikholt, 2020a). Vi har også hatt interne samlinger med gruppeprosesser med alle ansatte. De har beskrevet hvordan de ser på sine oppgaver, hva som fungerer og hva som bør videreutvikles. Summen av disse beskrivelsene har blitt systematisert og samlet i det vi kaller 10 Eikholt-prinsipper eller et praktisk uttrykk for Eikholt-modellen.

10 EIKHOLT-PRINSIPPER

1 Lavterskel-tilbud

Med dette mener vi at det er direkte kontakt mellom Eikholt og den som søker tjenester. Det er ikke noen krav eller formaliteter som skal hindre å kontakte oss. Arbeidet med å innhente de opplysningene som skal til for at vi skal kunne vurdere om vi kan gi et tilbud skal ligge på oss. Dersom søkeren ikke er i vår målgruppe eller er best tjent med et annet tilbud, skal vi være behjelpelige med å knytte kontakt med andre. Vi skal kunne være førstekontakten for personer med kombinert sansetap/døvblindhet.

2 Ekspert på eget liv

Det betyr at vi har som grunnholdning at det er brukerens egen vurdering av ønsker og behov som ligger til grunn for vårt arbeid. Brukeren skal bli sett og hørt i alle saker som angår han/henne. I mange tilfeller oppnås de beste resultatene i et respektfullt samspill mellom fagperson og bruker. Her kan det være oppklarende å skille mellom mål og virkemidler/tiltak. Vi mener man skal ta utgangspunkt i at brukeren alltid er den som er

eksperten på hva som er viktig for opplevelse av livskvalitet og mening i eget liv (livskvalitetsmål), mens fagfolkene ofte i utgangspunktet vet best hvordan man kan jobbe for å realisere disse målene (tiltak). Avklaring og prioritering av den enkeltes livskvalitetsmål må derfor, sammen med helhetlig kartlegging av status og prognose, ligge til grunn for ethvert valg av tiltak.

3 Likeverd

På Eikholt er alle likestilt. Vi er et stort «Vi», en samling av brukere, nærpåersoner, tolker, ledsager og medarbeidere. Det betyr at vi er sammen og samarbeider om de tilbud som leveres fra senteret. Dette forutsetter at vi har sørget for å etablere en kommunikasjon som fungerer. Dette gjøres ved å optimalisere syns- og hørselsfunksjonene, samt å bruke supplerende eller alternative kommunikasjonsformer. Eksempler på dette er tegnspråk, haptisk kommunikasjon og hjelpemidler. Tolk/ledsager¹ er derfor svært viktig når de er på Eikholt.

4 Brukernes advokat

I møtet med samfunnet og forvaltningen arbeider vi for at brukerne skal møte forståelse for sin situasjon og få gjennomslag for sine rettigheter. Der hvor regler og retningslinjer er i strid med brukernes behov, skal vi jobbe for å endre dem.

5 Skape en arena for trygghet og utvikling

Noen brukere har omtalt Eikholt som sitt andre hjem (Eikholt, 2020a). Det er vårt mål at alle våre brukere skal kunne føle det slik. I et varmt miljø skal alle føle seg trygge og velkomne. Gjennom respekt og likeverd skal alle oppleve å bli sett og hørt. Dette er en forutsetning for læring og personlig vekst.

6 En møteplass

Eikholt skal være en sosial møteplass der alle har muligheter for å delta og kommunisere med andre ut fra egne forutsetninger. Det er et mål at brukerne av Eikholt skal kunne etablere varige kontakter til styrke for egen utvikling. Gjennom å gi og motta erfaringer skal alle føle seg verdifulle og betydningsfulle.

7 Bygge opp egeninnsikt

Innsikt i egen situasjon er nøkkelen til selvstendighet. Gjennom kunnskap, innsikt, læring og trening skal brukeren oppnå et stolt og holdbart selvilde. Eksistensielle (meningen med livet) temaer skal ha en sentral rolle i alle deler av virksomheten.

8 Bygge opp kunnskap

Vi sier ofte at kunnskap er makt: for eksempel kunnskap om lover og rettigheter, hvordan samfunnet er organisert og om hjelpeapparatet. Gjennom kunnskap om egen diagnose og prognose, om syns- og hørselsfunksjon, kommunikasjon og språk, hjelpemidler og hvilke konsekvenser det får for aktiviteter i ulike miljøer skal brukeren ta kontroll over egen situasjon. Et element i dette er også å kunne formidle denne kunnskapen til andre i nærmiljøet.

¹ Tolketjenesten i NAV dekker tolkeoppdrag for personer som har døvhet, døvblindhet og hørselsnedsettelse. (Nav, 2020)

9 Utvikle ferdigheter

Brukeren skal lære seg strategier og teknikker for å mestre hverdagen, det vil si lære seg å forutse utfordringer og planlegge tiltak. Brukeren skal lære seg å bruke hjelpemidler og kompensierende teknikker i forskjellige aktiviteter.

10 Kunnskap om hjelpemidler

Bruk av tolketjenester og tekniske hjelpemidler er viktige verktøy for å oppnå likeverd og deltagelse. Dette omfatter kunnskap om og eventuelt bruk av ny teknologi. Derfor skal vi hele tiden være på jakt etter nye muligheter og utforske dette i egne innovasjonsprosjekter.

Illustrasjon av prinsippene



Figuren viser de 10 prinsippene i Eikholt-modellen. Trinnene 1-4 avspeiler våre holdninger, 5-7 omfatter de sosiale og eksistensielle aspektene, mens 8-10 er fra et perseptuelt og fysisk perspektiv: sanser, hjelpemidler og aktiviteter.

Teoretisk ståsted for Eikholt-modellen

Kan Eikholt-modellen sammenfattes i en overgripende teori eller filosofi som beskriver Eikholts ståsted? Det som ligger nærmest er det som samles under begrepet personsentrert omsorg (Vårdhandboken, 2020) eller i vår sammenheng «**personsentrert rehabilitering**» (se nedenfor). I vår modell er rehabilitering en målrettet prosess:

1. Rehabilitering er mer enn tiltakene. Tiltakene er egentlig bare virkemidler for å realisere viktige individuelle mål. Rehabilitering omfatter også modnings- og erkjennelsesprosesser, reorientering, ny mestring og mye annet.
2. Rehabilitering vil som oftest være flerdimensjonal, med ulike delprosesser som går parallelt innen ulike livsområder samtidig.

Vi mener at forståelsen av «rehabilitering» i Eikholt-modellen er i samsvar med den offisielle definisjonen av (re)habilitering. «Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020)

Men Eikholt-modellen er også en beskrivelse av Eikholts plass i **rehabiliteringsprosessen** for personer med kombinert sansetap/døvblindhet. Hva er Eikholts rolle? Og ikke minst hva skjer «etter» oppholdet på Eikholt. Vi har satt «etter» i anførselstegn fordi det sjelden er et klart «etter». De fleste har bruk for Eikholts innsatser gjentatte ganger resten av livet. Denne forståelsen av Eikholts rolle har vi valgt å beskrive i form av en **brukerreise** (se side 19).

Personsentrert rehabilitering

Personsentrert rehabilitering er et begrep vi bruker i denne modellen. Det er avledet av begrepet «personsentrert omsorg» slik det beskrives i helsetjenesten (Vårdhandboken, 2020) og det engelske «empowerment» som brukes innen rehabilitering (Johansson, 2017). Det innebærer et partnerskap mellom bruker, nærpå personer og fagpersoner innen rehabiliteringen. Basert på at man lytter til brukerens historie, blir det skrevet en felles rehabiliteringsplan som inkluderer mål og strategier for implementering av en kort- eller langvarig innsats.

Mange fagmiljøer hevder at de allerede jobber personsentrert. Men å jobbe konsekvent i alle situasjoner og hver dag i samsvar med denne filosofien er vanskelig og krever bevissthet om hver enkelt handling, god praksis og arbeidsmetode og at den samlede organisasjonen er tilpasset dette. Dette forutsetter bevisst innsats og kontinuerlig læring, og strekker seg langt utover et verdibasert dokument.

Personsentrert rehabilitering er å gi brukeren rettigheter og ansvar for egen rehabilitering.

Det handler om å se brukeren som ekspert på eget liv, en ressursperson, med evner og behov. Kvalitetene og evnene som kjennetegner en person kan bli lagt merke til, men også forsømt, de kan bli styrket eller hemmet av personen selv

og/eller andre mennesker. Involvering og partnerskap krever gjensidig tillit mellom brukeren og medarbeidere på Eikholt. Det krever bevissthet om at dette forholdet kan bli

asymmetrisk. Profesjonell kunnskap er ofte knyttet til makt og dermed mer ansvar. Dette må balanseres mot brukerens rett til å bli hørt og sett, rett til autonomi og integritet.

Den mest sentrale delen av Eikholt-modellen er tanken om at arbeidet er et partnerskap. Det handler om gjensidig respekt mellom brukeren og fagpersonene og for hverandres kunnskap. På den ene siden brukerens og nærpersoners kunnskap om hva som er viktig for opplevelse av livskvalitet og hvordan det er å leve med det doble sansetapet. På den andre siden fagmedarbeideres kunnskap om rehabilitering, som er en mer generell kunnskap. I dag ser vi det som en menneskerett å bestemme over livene og kroppene våre. Personsentrert rehabilitering betyr å tilskrive brukeren både rettigheter og ansvar med hensyn til egen rehabilitering.

Selvbestemmelse

Vi mener at brukers verdighet er et viktig begrep her, og vil i forbindelse med rehabilitering si at brukers verdighet i stor grad dreier seg om brukers rett til, plikt til og ansvar for å bestemme innhold i eget liv, innenfor sosiale, juridiske, etiske/moralske og økonomiske rammer som gjelder oss alle i samfunnet.

Brukers myndighet er en forutsetning for ivaretagelse av brukers verdighet. Dette betyr at vi må sørge for brukerstyring og brukervedvirkning. Med det mener vi at det er viktig med:

- Brukerstyring i form av informerte valg i oppsett av mål for rehabiliteringsprosessen.
- Brukervedvirkning i valg av tiltak for å nå målene.

Konsekvensen av dette er at Eikholt må se personen som søker hjelp som en aktiv partner, med helt nødvendig kunnskap om hva som kreves av en rehabilitering som stemmer med ønskene og behovene personen har. Dette betyr ikke at personen blir en "kunde" og at rehabiliteringen må levere alt etter hans eller hennes ønsker. Partnerskapet innebærer et delt ansvar og rehabiliteringen må tilpasses begge parters mål, kompetanse og ressurser. I rehabiliteringsaktiviteter er møtet mellom bruker og profesjonell grunnleggende for å forme partnerskapet, da det alltid er basert på brukerens historie. Å lytte til brukerens historier om egen livssituasjon og kombinere dette med kartlegging er forutsetningen for personsentrert rehabilitering. Dette krever høy grad av ferdighet og det kan ta tid å skape den tilliten som er nødvendig for at brukerne og nærpersoner tør stole på profesjonaliteten til medarbeidere. I personsentrert rehabilitering kan denne prosessen lede til en «kontrakt» eller "personlig rehabiliteringsplan". Denne er et felles dokument for bruker, nærpersoner og fagapparat og gir støtte for felles målforståelse og hvordan rehabiliteringen skal implementeres og sikres. Prosessen bør skje med involvering av nærpersoner.

En vanlig kommentar er: "Jeg hører alltid på brukerne." Men det er stor forskjell mellom å høre og lytte. Ansatte hører ofte at brukere og deres nærpersoner sier noe eller vekker oppmerksomhet - men å stoppe opp og lytte krever mer og er vanskeligere. På Eikholt er fokuset i kommunikasjonen brukerens opplevelse og tolkning av livet, av hvordan det kombinerte sansetapet påvirker dagliglivet og hvilke muligheter brukeren har i sin livssituasjon. Å få fram disse historiene danner grunnlaget for planleggingen av rehabiliteringen, men denne prosessen kan også i seg selv være helbredende og øke muligheten for å nå målet.

En annen viktig komponent i Eikholt-modellen er dokumentasjon av historien, vurderingene og tiltakene i rehabiliteringsplanen i brukerens journal. Denne dokumentasjonen skal være «live», dvs. kontinuerlig oppdateres, være tilgjengelig for brukeren og følge brukeren gjennom rehabiliteringsprosessen. Et hovedformål med dette er at brukeren og nærpå personer ikke skal måtte gjenta det som tidligere ble fortalt hver gang vedkommende er i kontakt med Eikholt. Et annet poeng er at denne informasjonen skal samles og være lett tilgjengelig for alle involverte.

Livsverden

Livsverden er den verden vi lever våre daglige liv i og som vi, ureflektert, tar for gitt. Her har vi vår oppmerksomhet innenfor hverdagslige aktiviteter. Livsverden deler vi med andre mennesker, dyr og ting. Det er her vi kommuniserer og sosialiserer oss med andre, gjennomfører forskjellige aktiviteter og livsprosjekt, tenker, føler, får kunnskap og erfaringer. Livsverden er ikke en privat verden. Den er en sosial verden som vi har et historisk og kulturelt forhold til. Den er kompleks og nyansert, og vi må forholde oss til den så lenge vi er i live (Berndtsson, 2001; Bengtsson, 2006; Johansson, 2017).

Tidligere erfaringer og vaner påvirker vår måte å handle på og det er ut fra dette erfaringslageret vi tolker, skjønner og skaper mening i våre egne og andres handlinger. Våre erfaringer er ikke statiske, de forandres stadig. Personer som får en funksjonsnedsettelse, får ikke bare en nedsatt fysisk forendring. Tilgangen til den verden som han eller hun levde i før den fysiske forendringen har også endres. Tidligere opplevelser kan endre karakter i nye sammenhenger og gjennom nye erfaringer. Dette kan skape andre måter å utføre aktiviteter på, og/eller det kan endre sosiale sammenhenger og relasjoner.

Den levde kroppen

Vi har valgt å bruke teorien om den levde kropp som ramme for forståelse av rehabiliteringsprosessene. Her brukes ord som «den levde kropp» som symbol på hele mennesket og ulike deler i et menneskets liv kan omtales som «den eksistensielle kroppen», «persepsjonskroppen», «aktivitetskroppen» og «den sosiale kroppen» (Berndtsson, 2001; Johansson, 2017).

Personsentrert rehabilitering setter brukeren i fokus og rehabiliteringen tar utgangspunkt i brukerens behov, prioriteringer og mål i den nåværende livssituasjonen. I personsentrert rehabilitering ser man kroppen som objekt og subjekt som speiler våre relasjoner og erfaringer av den verden vi lever i. Når kroppen fungerer og er i balanse tar vi den for gitt, men ved ubalanse, når f.eks. syn og hørsel er nedsatt, endres vår relasjon til verden og til de mennesker vi lever sammen med. Hvordan brukerne og personene de lever sammen med erfarer, tolker og påvirker hverdagen kan oppleves forskjellig. Det er ikke bare den fysiske kroppen, men også andre dimensjoner av kroppen man må involvere i rehabiliteringsprosessen. Det er derfor viktig med dialog mellom brukeren og fagpersonen(e) for å få innsikt i brukerens behov, ønsker, prioriteringer og forventninger, men også de psykososiale, kognitive og praktiske forutsetningene for en relevant rehabiliteringsprosess.

På Eikholt har vi som nevnt gått ut fra «teorien om den levde kropp» for å kunne ta del i brukernes erfaringer av hvordan det er å leve med en forandret kropp. De fleste brukere som kommer til Eikholt har en progredierende funksjonsnedsettelse. Det innebærer at

kroppen forandres over tid. Man vet ikke når forandringene kommer. Brukere og nærpersoner lever i en usikker hverdag. Rehabilitering er en prosess som skal gi kunnskap om brukerens kropps muligheter til å kunne få adgang til det som brukeren har vanskeligheter med og/eller savner i hverdagen. Berndtsson (2001) mener at i planleggingen av en rehabiliteringsprosess må man ta hensyn til den levde kroppen. Den levde kroppen er en kropp flettet sammen av den eksistensielle kroppen, den perseptuelle kroppen, aktivitetskroppen og den sosiale kroppen.

Den eksistensielle kroppen er koblet til eksistensen, hvordan brukeren og andre oppfatter mennesker som er annerledes, menneskeverdet, identitet mm. Persepsjonskroppen beskriver de perseptuelle forandringene som gjør at vi ikke får tilgang til verden og våre relasjoner til den. Aktivitetskroppen er kroppen som har lært og lærer seg å klare de hverdagslige aktivitetene. Den sosiale kroppen beskriver brukerens forhold til seg selv, familie og andre i sosiale sammenhenger. I en rehabiliteringsprosess må man flette sammen alle de ulike «kroppene» til en helhet for å kunne møte verden på en annen og bedre måte. I teorien om den levde kroppen bruker vi ordet «horisont» om de muligheter brukeren ser for sitt eget liv. En trang horisont gir lite håp for fremtiden, mens rehabilitering skal forflytte denne horisonten til en utvidet horisont. Dette er prosesser som i hovedsak handler om brukeren selv, eget selvbilde og tro på fremtiden. Vi omtaler dette som mulighetshorisont. For å nå dit brukes begrepet handlingshorisont som en beskrivelse av de prosesser og aktiviteter som inngår i rehabilitering (Berndtsson, 2001; Johansson, 2017).



Brukerreisen

I prinsippet er rehabilitering av personer med funksjonsnedsettelse en målrettet prosess hvor ulike aktører spiller ulike roller. Det er viktig at rehabilitering blir sett på som et multidisiplinært fagfelt hvor mange yrkesgrupper har mye å bidra med. Men det ligger også en stor utfordring i dette. Ulik forståelse av rehabilitering og egen rolle i denne, uklare

rutiner og ansvarsforhold kan lett føre til at prosessen faller fra hverandre og at hjelpeapparatet virker som en jungel hvor det er vanskelig for brukeren å finne frem.

Eikholt ser på seg selv som en sentral aktør i rehabiliteringsprosessen for personer med kombinert nedsatt syns- og hørselsfunksjon/døvblindhet. Dette betyr at vi må se vår plass i det helhetlige samspillet, være tydelige på vår rolle og vite hvordan vi skal samarbeide med de andre aktørene. Vi skal her beskrive Eikholtts rolle og velger å gjøre dette i form av en «brukerreise». En reise som beskriver prosessen sett fra brukerens perspektiv.

En illustrasjon av Eikholt-modellen



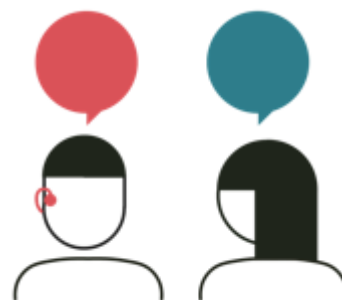
Figuren viser et skjematisk bilde av brukerreisen på Eikholt fra den første behovskartleggingen gjennom optimalisering og opplæring til deltagelse i eget lokalmiljø.

Rehabiliteringstiltakene blir ofte beskrevet som en reise i flere faser. Men det er ikke et klart skille mellom de ulike fasene, de må hele tiden overlape hverandre. Vi har valgt å dele reisen inn i fire faser:

- Fase 1: Kartlegging av behov
- Fase 2: Funksjon og optimalisering
- Fase 3: Innsikt og mestring
- Fase 4: Deltagelse i samfunnet

Fase 1: Kartlegging av behov

Vi har lagt stor vekt på at det skal være en lav terskel for å ta kontakt med Eikholt. Henvendelsen kan komme



via telefon direkte til Eikholt eller ved at man registrerer et ønske om tjenester på Eikholts hjemmeside. Når en henvendelse er registrert blir den fortløpende behandlet.

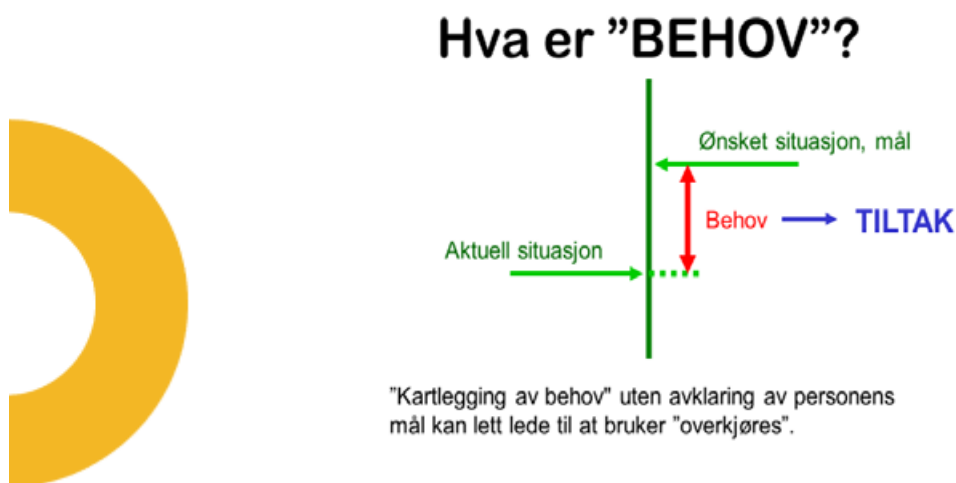
Henvendelsen

Etter at Eikholt har mottatt en henvendelse, fordeles ansvar for innhenting av informasjon. Dette skjer ved at en av Eikholts rådgivere tar kontakt for en kartleggingsamtale med mål om å få innsikt i brukerens behov og ønsker.

Dialog

Ved henvendelse fra nye brukere vil ofte hjemmebesøk være en del av kartlegging av behov. En annen viktig hensikt med hjemmebesøkene er å kunne informere om Eikholts tjenester og tilbud, informere om det praktiske rundt deltakelse på kurs på Eikholt, begynne å bygge en relasjon og bli kjent med bruker og aktuelle nærpå personer. Fokus ligger her både på det funksjonelle og det praktiske, samt ulike psykososiale forhold rundt brukeren.

«Behov» kan defineres som et avvik mellom aktuell situasjon og ønsket situasjon (basert på Lie, 2001).



Det er et utbredt problem innen rehabilitering at prosessene ikke forankres bevisst og tydelig i hva **brukeren** ser som viktige mål for opplevelse av livskvalitet og mening (Berge, A.R. personlig kommunikasjon, 5 oktober, 2020). Det som vi kaller «livskvalitetsmål». Gjennomføres «kartlegging av behov» uten en avklaring av brukers livskvalitetsmål, blir det lett hjelpeapparatets forståelse av mål som ubevisst legges til grunn. Og det kan innebære overkjøring av brukers verdier og personlighet.

Med dette mener vi at en presisering av brukers mål er helt grunnleggende for hele rehabiliteringsprosessen.

I Eikholt-modellen har vi respekt for brukerens egne vurderinger i behovskartleggingen og hva som skal være mål for våre tjenester. Det ligger mye energi og viktig motivasjon i brukerens egne ønsker og mål. Dette er energi og motivasjon som noen ganger kan bringe bruker betydelig lenger enn fagfolk i utgangspunktet så for seg. Fagfolk som ser det som sin oppgave å «realitetsorientere» løper da en risiko for å kvele motivasjon og avskjære muligheter. Vi mener det er en riktig tilnærming å ta utgangspunkt i ønskene til bruker, men

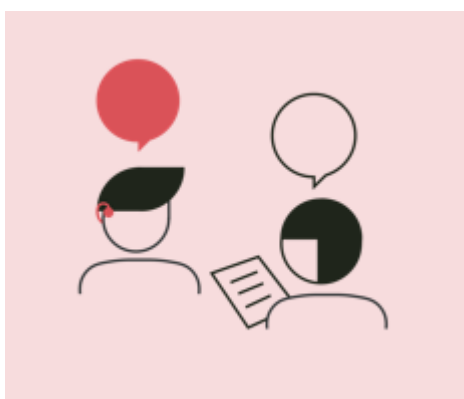
gjennom dialog og prosess over tid bygge brukers forståelse for hva som skal til for at denne drømmen eventuelt skal kunne realiseres. Vi skal sammen med brukeren og drømmen som retningsgivende, utvikle konkrete og realistiske **delmål** på veien. Så vil ofte bruker selv, underveis i den videre prosessen, utvikle forståelse for om ønskene er realistiske eller om hun/han må nøye seg med å realisere noen av delmålene. Slik realitetsorientering, som «kommer innenfra» er langt mer verdig og konstruktiv enn den som skjer ved at autoritetspersoner kveler ofte dypt personlige ønsker.

Kartlegging av en persons ønsker/mål og behov for rehabilitering kan være en krevende oppgave fordi disse kan være skjult og ikke uten videre tilgjengelige. Motivasjon og ønsker vil kunne variere og forandre seg over tid, avhengig av blant annet hvilken informasjon, kunnskap og innsikt man har rundt egen situasjon/sitt kombinerte sansetap.

Vi tilstreber å gi brukeren informasjon om tilbud og muligheter. Det er noe som følges opp i introduksjonskurs som ofte er det første tilbudet nye brukere på Eikholt får. Når brukeren kommer med sin egen livserfaring må vi forvente og respektere at brukeren har sine egne meninger, og vi må spørre etter dem. Det er viktig at brukerens egne valg blir bestemmende, med utgangspunkt i deres ønsker og behov. Hensikten er å gjøre brukeren mer bevisst i forhold til egen situasjon og egne muligheter, verdioppfatning, ønsker, prioriteringer og behov. Kartleggingen skal skje i form av en dialog mellom bruker og fagperson slik at brukeren blir i stand til å velge rehabiliteringsmål som er motiverende, med realistiske delmål, som står i et rimelig forhold til egen identitet og evne.

Fase 2: Funksjon og optimalisering

Andre fase dreier seg om kartlegging av funksjoner og ferdigheter med vekt på sansene, kommunikasjon og det psykososiale. Videre handler det også om utprøving av hjelpemidler og planlegging av tiltak. Vi har valgt å kalle det «kartlegging og optimalisering av funksjoner». Hensikten er å optimalisere funksjonsevnen på de områdene og de aktivitetene som brukeren selv definerer som viktige. Valg av rehabiliteringsmål må altså knyttes til personens egne prioriteringer, ønsker og behov. Ved å gjøre dette har vi tatt konsekvensen av at rehabilitering også dreier seg om valg av livsverdier. Siden mange av personene med kombinert sansetap har en diagnose som innebærer at syns- og hørselsnedsettelsen progredierer er det viktig og verdifullt med regelmessige kartlegginger av behov og funksjon. En del av dette arbeidet gjøres i det som på Eikholt kalles AV-klinikken som står for Audio = hørsel og Visio = syn.



AV-klinikken

Eikholt er utstyrt for å kartlegge syns- og hørselsfunksjoner hos de brukerne som fortsatt har syn og/eller hørsel som brukes i hverdagen. For de som er blinde er det ekstra viktig med kartlegging av hørselsfunksjonen og motsatt for døve. Dette gjelder de aller fleste brukerne av Eikholt. Selv om de har små rester av funksjon er det viktig at disse optimaliseres og at man sammen utforsker hvordan restfunksjonene brukes hensiktsmessig. Dette skjer i AV-klinikken. Den

er bemannet med personale som har spisskompetanse og utstyr for å kartlegge syns- og hørselsfunksjon.

Eksempler på aktuelle tiltak for optimalisering av sansene er utprøving og tilpasning av høreapparater, spesialoptikk eller andre spesifikke hjelpemidler for å forbedre mulighetene til å gjennomføre en aktivitet. Det som gjør arbeidet i AV-klinikken spesielt, er det tette samarbeidet mellom faggruppene. For eksempel er det helt spesielle behov som skal ivaretas i tilpasning av et høreapparat når en person samtidig ser dårlig og må støtte seg på lydinntrykk ved orientering og forflytning. Det unike med AV-klinikken er at arbeidet skjer i et nært samarbeid mellom brukeren, hørselsspesialister og synsspesialister. At brukeren forstår sin egen funksjon og hvordan den påvirkes i ulike situasjoner er et sentralt mål for

Et kombinert sansetap kan ikke forstås som syn pluss hørsel. Det er et samspill mellom sansene som krever at man forstår hvordan tiltakene påvirker alle sansene.

virksomheten og ligger til grunn for Fase 3 i brukerreisen. Brukerinnsikt og forståelse krever at det settes av tid til forklaring og læring mens kartleggingen av behov og funksjoner pågår. Derfor er det viktig at man har lagt til

rette for at kommunikasjonen fungerer. Tolkere, tegnspråkkyndig personale og tekniske løsninger for kommunikasjon er en del av denne tilretteleggingen.

AV-klinikken skal kunne betjene ulike typer brukere i alle aldre. Dette stiller spesielle krav til utstyr og ferdigheter hos personalet.

Fase 3: Innsikt og mestring

Fase 3 fokuserer på hele personen. Her står personen med sine ønsker om å kunne utføre aktiviteter i sentrum. Fasen handler om kompetanseoppbygging omkring mestring. Dette må i tillegg ha som mål å gi hjelp og innsikt i, samt aksept av, de eksistensielle sidene ved varige funksjonsnedsettelse. Det er viktig å fokusere på de sterke sidene, få brukeren til å tro på sine egne evner til å løse problemer, til å tenke løsninger og se muligheter.

Tilpasningskurs

Personer med kombinert syns- og hørselsnedsettelse/døvblindhet og deres nærpå personer – familie, slektninger og andre nærstående har rett til tilpasningskurs og Eikholt har et nasjonalt ansvar for disse kursene. For vår brukergruppe er det spesielt viktig at det brukes ressurser på å formidle kunnskap som gir brukerne innsikt i egen situasjon. Brukeren må få tilstrekkelig innsikt og informasjon om muligheter og begrensninger i forhold til egen funksjonsstatus for å kunne ta egne valg. Det er viktig at dette skjer som en prosess gjennom dialog og tett samarbeid mellom brukeren og de profesjonelle. På Eikholt skjer dette i stor grad i form av tilpasningskurs og hvert år utarbeides det en kurskatalog med oversikt over aktuelle kurs. Tilpasningskursene kan foregå på Eikholt, hjemme hos bruker, eller på brukers arbeidsplass eller studieplass. Tilpasningskurs gis både som **individuelle kurs** og som **gruppekurs**.

Introduksjonskurs

Introduksjonskurs er rettet mot nye brukere av Eikholt, eller for brukere som har opplevd vesentlige endringer av syns- og hørselsfunksjon. Det er med og danner et viktig grunnlag for andre kurs/opplæring. Kurset kan inneholde en syns- og hørselspedagogisk kartlegging, samtale med sosionom, kartlegging av kommunikasjon, samtale om aktiviteter i dagliglivet, utprøving og søknad om hjelpemidler og kontakt med regionsenter.

Gruppekurs og individuelle kurs

Eikholt holder gruppekurs som er mer temaorienterte, mens andre individuelle kurs blir gitt for å imøtekomme den enkeltes spesielle behov. Eksempler på tema for slike kurs er:

- Punktskrift (braille)
- Kommunikasjon
- Mobilitet /ledsaging
- ADL – aktiviteter i dagliglivet
- Data/IT
- Smarttelefon/nettbrett (som for eksempel iPad/iPhone)
- Tilbud til par og familier

Nærpersoner tilbys kurs for å øke sin kompetanse på kombinert nedsatt syns- og hørselsfunksjon/døvblindhet, få informasjon om konsekvenser av dobbelt sansetap ved å delta på parkurs, familie og nettverkskurs m.m. Målet er at kursdeltakerne skal kunne bevare og utvikle sitt naturlige familienettverk. Som nærpersoner regnes nærmeste familie og slektninger, samt nærstående personer som har jevnlig kontakt med vedkommende og på den måten kan sies å ha en nærpersoners funksjon.

Tilbudet «skreddersys» av Eikholt så langt som mulig, dvs. det tilpasses hver enkelt, og det utarbeides et opplegg ut fra behov. Når det passer kan disse kursene gjennomføres som gruppekurs.

Oppfølgingskurs

Kombinert syns- og hørselsnedsettelse/døvblindhet er som regel en progredierende funksjonsnedsettelse. Derfor vil det være behov for oppfølging i form av supplerende kurs som kan spres ut over et lengre tidsrom for å gi nødvendig tid til å tilegne seg ny kunnskap og til å øve eller tilpasse seg endring i funksjonsnedsettelsen og det nye som læres.

Fase 4: Deltagelse i samfunnet

Deltagelse i samfunnet hindres hovedsakelig av disse utfordringene (Johansson, 2017):

- dårlig tilgang på informasjon om rettigheter, samfunnsinnsatser og hva som skjer i samfunnet
- ensomhet relatert til endringer i livssituasjonen
- endret helsetilstand og funksjonsnivå
- inaktivitet og aktivitetstilbud som ikke er tilpasset individuelle ønsker og behov
- manglende ivaretagelse av sosiale, kulturelle og eksistensielle behov
- manglende møteplasser for å treffe likepersoner
- uføretrygd uten at det settes inn andre tiltak
- tilgjengelighet i miljøet

Eikholt-modellen er en beskrivelse av hva Eikholt oppfatter som sin rolle i det som ofte kalles en prosess med flere involverte, hvor Eikholt er en viktig aktør. Da må man også ha en forståelse for samarbeid med andre aktører og hvordan dette kan ivaretas. Og ikke minst hva som skjer «etter» oppholdet på Eikholt. Vi har satt «etter» i anførselstegn fordi det sjelden er et klart «etter». De fleste har bruk for Eikholts innsatser gjentatte ganger resten av livet. Vi ser derfor at det er behov for en plan for hvilke tiltak som er aktuelle. Normalt sett skal dette være en del av det som kalles en individuell plan².

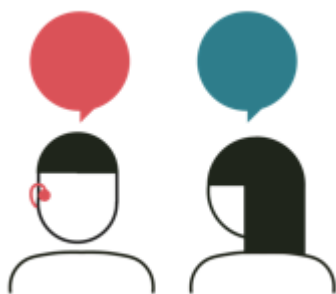
Planarbeid

Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan (Helsedirektoratet, 2020). Planen skal bare utarbeides dersom personen selv ønsker det. Initiativet til å få laget en individuell plan kan komme fra brukeren selv eller nærpersoner, men hovedansvaret for å utarbeide individuelle planer ligger i tjenesteapparatet. Kommunen har hovedansvaret for koordineringen når personer mottar tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal medvirke i planarbeidet og den skal også melde behov for individuell plan til kommunen. Vi har valgt å kalle vårt bidrag til en individuell plan en «Eikholt-plan». Eikholt-planen kan inngå som et naturlig og viktig element i brukerens individuelle plan.

Deltagelsesrettede tiltak

Fase 4 dreier seg mye om deltakelsesrettede tiltak. Mye av dette skjer lokalt i samarbeid med lokale tjenester. I de tre første fasene har rehabiliteringsprosessen handlet om å optimalisere mulighetene for brukeren, mens det i den deltagelsesrettede delen handler om personen i forhold til omgivelsene. Målet må være at personer med funksjonsnedsettelse i størst mulig grad skal kunne delta i egen familie og nærmiljø, samt delta i samfunnet for øvrig. Tiltak kan for eksempel være:

- *miljømessige tilrettelegginger*
- *opplæring i alternative kommunikasjonsmåter til nærpersoner*
- *informasjon til nærpersoner om dobbelt sansetap*
- *veiledning og rådgivning til det sosiale og faglige nettverket rundt brukeren*
- *kurs og utdanning for lokale fagpersoner*



Når brukerne forlater Eikholt, er det tanken at rehabiliteringsprosessen skal fortsette i det lokale miljøet. Dette er som regel i hjemkommunen. Avhengig av hvor man er i livet, kan det være aktuelt med tiltak i skolen, på arbeidsplassen, i fritiden eller i hjemmet. Mange av Eikholts brukere har tilbud fra flere ulike tjenester organisert regionalt og lokalt. Blant annet Statped (Statlig spesialpedagogisk tjeneste) og NKDBs regionale sentre. For brukerne er det viktig at

² Individuell plan (IP) er en koordinerende plan som brukeren sammen med aktuelle aktører oppretter for å definere rehabiliteringsmål, innsatser og ansvarfordeling mellom de ulike aktørene (Helsedirektoratet, 2020)

disse tjenestene samarbeider med Eikholt og at man viderefører tiltakene.

Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering omtales ofte som et paradigmeskifte i mange kommuner ved at personalet går fra å spørre etter hva som er problemet for brukeren til å fokusere på hva

Vi har tro på at den beste kompetansespredningen skjer ved å bygge opp brukeren og la kompetansen følge brukeren.

som er viktige aktiviteter i livet, mestringsressurser og gjenopptrening (Helsekompetanse, 2020). Mange kommuner som har igangsatt tilbudet, gir uttrykk for at de har gode erfaringer etter oppstart. Det er stor entusiasme blant ansatte med ansvar for hverdagsrehabilitering og det er utviklet en

rekke lokale ressurser, verktøy og hjelpemidler (Hartviksen, 2014). Dette er også tankegangen i Eikholt-modellen.

Erfaringer viser imidlertid at det er en del utfordringer knyttet til å utforme et slikt tilbud (Fæø, Petersen & Boge, 2016). De ansatte i kommunene opplever som regel det tette tverrfaglige samarbeidet som faglig stimulerende og utviklende, men det kan også oppleves utfordrende med hensyn til samarbeid og avklaring av nye roller. Brukere har stor nytte av at tilbudet utformes etter deres prioriteringer og verdsetter dette høyt, men noen føler seg presset til å leve opp til personalets ideal om at man raskt skal bli selvhjulpne. Vi har erfart at noen brukere etterlyser at man tar hensyn til at de befinner seg i en sårbar situasjon med begrenset mulighet til å gjenvinne tidligere ferdigheter.

Satsingen på hverdagsrehabilitering i mange kommuner må tolkes som uttrykk for en tankegang hvor man innser at rehabilitering bør foregå i det miljøet brukeren bor, og med brukers mål og prioriteringer som styrende. I Eikholt-modellen spiller Eikholt en rolle i å bygge opp brukeren, men effekten skal hentes ut i dagliglivet hjemme. Modellen har ført til at mange personer med kombinert nedsatt syns- og hørselsfunksjon lever gode liv. De former sin egen hverdag, er aktive og deltar i sosiale fellesskap. De bidrar med ressursene sine i jobb, for familie og venner og i nærmiljøet. Livskvalitet handler om å oppleve glede og mening, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, om å bruke sine personlige styrker og føle interesse, mestring og engasjement. Livskvalitet gir i tillegg helserelaterte gevinster som bedre fysisk og psykisk helse, sunnere valg av livsstil, sterkere nettverk, minsket risiko for isolering og økt sosial støtte (Wahlqvist, Möller, Möller & Danermark, 2013). Livskvalitet og trivsel styrker også motstandskraften i møte med belastninger. For man skal ikke undervurdere belastningen det er å ha et kombinert sansetap/døvblindhet. Mange brukere rapporterer om et betydelig energitap i arbeidet med å mestre hverdagen.

I arbeidet med Eikholt-modellen har vi lagt vekt på å styrke og myndiggjøre brukeren. Eikholt skal skape bedre forutsetninger for mestring, men det er brukernes lokalmiljø som har størst betydning for den daglige livskvaliteten. Tilbud og tiltak må utvikles der brukerne bor. Derfor må kompetansen følge brukeren. Personer med kombinert sansetap kan være avhengige av å få dekket mange av sine ulike behov i lokalmiljøet og ha nærhet til det meste: offentlige og private tjenester, handel og service, sosiale møteplasser, kulturtilbud og arrangementer, turveier og grøntområder. Slik tilgjengelighet i nærmiljøet er grunnleggende for å få

muligheten til et aktivt hverdagsliv der man i stor grad kan fungere selvstendig og klare seg selv.

Sist, men ikke minst Eikholt-modellen bygger på det grunnleggende spørsmålet: «Hva er viktig for deg?» Det å utvikle et kombinert sansetap betyr ofte at man får behov for at noen bistår i hverdagen. Men det betyr ikke at man skal miste sin identitet og muligheten til å være sjef i eget liv. Hele livet ut skal alle behandles med respekt og møtes som de «hele» menneskene de er. Noen kan oppleve at det i hverdagen dreier seg mest om diagnose, funksjonsnedsettelse og kompensierende tiltak. Da er det viktig at det samtidig er oppmerksomhet på hva som skal til for at man fortsatt kan mestre hverdagen og oppleve å ha gode og meningsfulle dager. Eikholt-modellen fremhever at dette skjer best i lokalmiljøet, men vi erfarer daglig at man samtidig må skape forutsetninger for dette gjennom å styrke brukeren og nærpersionene.

Denne innsatsen er som en rundgang i Eikholt-modellen hvor innsatser fra Eikholt spiller sammen med tiltak for deltagelse i samfunnet.



Figuren viser hvordan oppfølgingen ofte viser at endrede behov setter i gang nye tiltak som involverer Eikholt.

Oppfølging

Oppfølging av personer med kombinert sansetap må ses i et livsløpsperspektiv. Vi må derfor utvikle rutiner for oppfølging som sikrer at endringer i behov og funksjon blir fanget opp. Mange i vår målgruppe har progredierende funksjonsnedsettelse, noe som innebærer endringer over tid. Det betyr at rehabiliteringsprosessen aldri kan anses som ferdig.

EIKHOLT SOM KOMPETANSETJENESTE

Informasjonsarbeid

Hjemmesiden og facebook-siden er viktige kommunikasjonskanaler for Eikholt ut til brukerne, nærpersioner og lokale fagpersoner. Vi bruker sidene til å dele informasjon og for å

være tilgjengelige for alle. Hjemmesiden skal fungere som et faglig og praktisk verktøy for alle som jobber med eller er interessert i rehabilitering av personer med kombinert sansetap/døvblindhet. Hjemmesiden er også det stedet hvor brukere og nærpersoner kan finne nyttig informasjon om tilbud fra Eikholt og hvor man melder sine behov for kurs. Årlig gir Eikholt ut fagrapporter som dekker ulike temaer. Disse har vi kalt «Eikholt-rapporter» og utgjør etter hvert en samling av skrifter som kan brukes i informasjonsarbeidet (Eikholt, 2020b).

Kompetansespredning

Eikholt er en møteplass for både brukere og fagpersoner. Som et ledd i vårt oppdrag med å spre kompetanse deltar Eikholt i en rekke aktiviteter og arrangerer egne arrangementer.

Dette er:

- Konferanser på Eikholt
- Forelesning/presentasjoner på høyskoler og universiteter
- Forelesning/presentasjoner på nasjonale og internasjonale kurs og konferanser
- Publisering i fagtidsskrifter
- Deltakelse i faglige nettverk – nasjonalt og internasjonalt
- Praksisplass for studenter
- Veiledning av studenter og andre fagpersoner

I tråd med filosofien om at kompetansespredning skjer best når den følger brukeren, er AV-klinikken et viktig redskap i formidling av kunnskap som skal komme den enkelte bruker til gode. Det er i klinikken lagt til rette for at nærpersoner, regionale og lokale fagpersoner kan følge med i arbeidet når dette er ønskelig. Med brukerens samtykke kan de via video delta i arbeidet og ta del i drøftinger av hvilke tiltak som kan være aktuelle. Dette må selvsagt hele tiden skje på brukerens premisser, men det kan være mye å hente på å spre innsikt og forståelse på denne måten. Det er vår erfaring at denne formen for kompetansespredning er svært effektiv.

Brukerdata

Mye av det som hører til før Fase 1 ligger utenfor Eikholt, men Eikholt kan spille en viktig rolle i arbeidet med å finne brukere som har behov for tjenesten. Selv om mange av de som er registrert med kombinert syns- og hørselsnedsettelse/døvblindhet har mottatt tilbud fra Eikholt, så regner vi med at det fortsatt finnes mange personer der ute som tilhører målgruppen og som har rett til tjenester fra blant annet Eikholt, men som ikke kjenner til tilbudet. Det kan være store mørketall.

Det foregår hele tiden forskning på fagområdet døvblindhet. En god brukerdatabase med relevant registrering av helsedata og persondata er avgjørende for tilbudet til den enkelte bruker. Eikholts brukerdatabase sikrer god kvalitet på tjenestene til den enkelte bruker, samt at den gir oss informasjon og innsikt om gruppen personer med kombinert syns- og hørselsnedsettelse/døvblindhet. Brukerdatabasen er av stor nytte for forskning og innovasjon. Eikholts brukerdatabase er allerede en unik samling av data om personer med kombinert syns- og hørselsnedsettelse/døvblindhet. Vi jobber kontinuerlig med å utvikle innhold og analyseverktøy i denne databasen til bruk i forskningen.

Forskning, utviklingsarbeid og innovasjon (FoUI)

Forskning, utviklingsarbeid og innovasjon (FoUI) er viktig for utviklingen i fagfeltet. Rehabiliteringsfeltet er i endring og Eikholt ønsker å bidra til kunnskapsutvikling. Vi mener derfor at det er viktig at Eikholt utvikler og vedlikeholder gode nasjonale og internasjonale kontakter og importerer kunnskap som kan prøves ut i egne forsknings og-innovasjonsprosjekter. Vi skal i samarbeid med universiteter og høyskoler både nasjonalt og internasjonalt og delta i forskningsprosjekt for å få frem ny kunnskap.

Ett viktig område er effektmåling for oppfølging av Eikholt's innsats. Eikholt har god erfaring med å involvere brukere i prosjektarbeid og er svært opptatt av å fortsette med det (Eikholt, 2020a).

At fagfeltet ofte omtales som forskningssvakt sammenlignet med mange andre fagfelt må ikke hindre virksomheten i å initiere forskning og utviklingsarbeid (Dammeyer, 2014). Det mangler ikke på empirisk kompetanse og det er mange medarbeidere som har relevant og god erfaring fra FoUI-arbeid. Mange har utdanning på masternivå og etter hvert vil det komme flere med formell forskerkompetanse. Gjennom å etablere samarbeid med andre, for eksempel høyskoler og universiteter, drives det godt og verdifullt FoUI-arbeid ved Eikholt. Eikholt har i dag et formelt samarbeid med Universitetet i Sørøst Norge (USN) om forskning og undervisning av studenter.

Eikholt har gode forutsetninger for FoUI-arbeid. Disse kan summeres slik:

- God kunnskap om fagfeltet
- God kunnskapsutvikling hos medarbeiderne
- Tverrfaglig virksomhet
- Brukerfokus
- Eikholt er en «living lab» ved at brukere oppholder seg der over tid
- Brukerdatabasen
- Nasjonalt og internasjonalt forskernettverk

Forskningen på Eikholt skal være praksisnær og bidra til en bedre praksis.

Det er svært viktig at FoUI-arbeid er en kontinuerlig og integrert del av virksomheten på Eikholt. Det vi vet sikkert om fremtiden er at den ikke blir lik nåtiden. Kompetanse og kunnskapsutvikling er en kontinuerlig prosess som går ut på dato om den ikke vedlikeholdes og fornyes. Derfor skal våre holdninger til kunnskap og kompetanse være preget av nysgjerrighet! Vi blir aldri ferdig med utvikling! - Og vi er aldri utlært!

Referanser

Barne- og likestillingsdepartementet. (2018). *Et samfunn for alle. Regjeringens strategi for mennesker med funksjonsnedsettelse for perioden 2020-2030*. Hentet 2020-10-08 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-mennesker-med-funksjonsnedsettelse--et-samfunn-for-alle/id2623105/litiske-rettigheter>

Bengtsson, J. (2006). En livsverdenstilnærming for helsevitenskapelig forskning. I J. Bengtsson (Red.), *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag* (s.13-58). Kristiansand: Høyskoleforlaget

Berndtsson, I. (2001). *Förskjutna horisonter: Livsförändring och lärande i samband med synnedsettning eller blindhet* (Doctoral thesis, Gothenburg Studies in Educational Sciences, 159) Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis. Tillgänglig: <http://hdl.handle.net/2077/15271>

Dammeyer, J. (2014). Deafblindness: A review of the literature. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(7), 554-562.

Ehn, M., Möller, K., Danermark, B., & Möller, C. (2016). The Relationship Between Work and Health in Person with Usher Syndrome Type 2. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 110(4), 233-244.

Ehn, M. (2020). *Life Strategies, Work and Health in People with Usher Syndrome*. (Doctoral thesis, Studies from the Swedish Institute for Disability Research, 99). Örebro: Örebro Universitet

Eikholt. (2020a). *Brukerne er svært godt fornøyde med Eikholt*. Hentet 2020-10-08 fra <https://www.eikholt.no/brukerne-er-svaert-godt-fornoyde-med-eikholt/>

Eikholt. (2020b). *Om oss*. Hentet 2020-10-08 fra [Eikholt.no](http://www.eikholt.no)

FN-Sambandet. (2019). *Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter*. Hentet 2020-10-08 fra <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/>

Fæø, S.E., Petersen, K.A., & Boge, J. (2016). Hverdagsrehabilitering byr på lite nytt. *Sykepleien* 01, 58-60.

Haidar, A. & Rusevski, N. (2019). *Kartläggning av Top down och Bottom up i tre fallföretag. Informationsstrategier*. (Examensarbete.) Tekniska Högskolan, Jönköping. Hentet 2020-10-14 fra <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1367310/FULLTEXT01.pdf>

Hartviksen, T (2014) *Opplæring i Hverdagsrehabilitering. Ideer og erfaringer*. Prosjektrapport 20.11.2014, Universitetet i Nordland

Helsedirektoratet. (2020). *Individuell plan og koordinator*. Hentet 2020-10-12 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/individuell-plan-og-koordinator/kommunens-og-spesialisthelsetjenestens-ansvar-for-individuell-plan-og-koordinator>

Helsekompetanse. (2020). *Aktivitet og mestring. Et læringsprogram i hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi*. Hentet 2010-10-12 fra <http://kurs.helsekompetanse.no/hverdagsrehabilitering/42775>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet 2020-10-18 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Johansson, A-B. (2017). *Se och hör mig. Personer med förvärvad dövblindhets erfarenheter av delaktighet, rehabilitering och medborgerligt liv*. (Doctora thesis, Göteborgs universitet. Sahlgrenska akademien. Institutionen för neurovetenskap och fysiologi). Göteborg: Göteborgs universitet.

Lie, I. (2001). *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk organisering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

NAV. (2020). *Tilpasningskurs for personer med nedsatt syn og hørsel*. Hentet 2020-10-08 fra <https://www.nav.no/no/person/.hjelpemidler/hva-har-du-vansker-med/syn/opplaeringstiltak-ved-syns-og-horselsvansker>

Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde (NKDB). (2020). Hentet 2020-10-14 fra dovblindhet.no

Omsorgs- og helsedepartementet. (1998). *Ansvar og meistring*. (St meld nr 21 (1998-99)). Hentet 2020-10-09 fra <https://www.regjeringen.no>

Store norske leksikon. (2018). *Tverrfaglighet – helsevesen*. Hentet 2020-10-08 fra https://sml.snl.no/tverrfaglighet_-_helsevesen

Wahlqvist, M., Möller, C., Möller, K., & Danermark, B. (2013). Physical and Psychological Health in Persons with Deafblindness That Is Due to Usher Syndrome Type II. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 107(3), 207-220.

Vårdhandboken. (2020). *Personcentrerad vård*. Hentet 2020-10-14 fra <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-var-d>



eikholt

nasjonalt ressurscenter for døvblinde

Helen Kellers vei 3, 3031 Drammen

Telefon: 32 88 90 50

Mobil: 456 14 404

E-post: post@eikholt.no

www.eikholt.no

Org nr.: 971 461 098

