

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund  
[www.ergoterapeuten.no](http://www.ergoterapeuten.no)



## Recovery i Asker 6

Før det braker løs 14 Trenger bestemor bredbånd? 16

Kan dine kolleger kreve innsyn i din lønn? 30 Riktig strategi til riktig tid 34

# ergoterapeuten

**Redaktør** Else Merete Thyness

**Mobil** 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

## Annonser

Erik Sigurdssøn

**Mobil** 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

## Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 3 – 4. juni / 02. juli

Nr. 4 – 1. aug / 28. aug

Nr. 5 – 14. okt / 30. okt

**Trykkeri** 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

**Design** Fete Typer

**Layout** Else Merete Thyness

## Redaksjonskomité

Unni Sveen / 91 88 47 68

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Tore Bonsaksen / 22 45 25 47

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Marena Brännare – Varamedlem

## Norsk Ergoterapeutforbund

**Adresse** Stortingsgt.2, 0158 Oslo

**Telefon** 22 05 99 00

**Faks** 22 05 99 01

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

**Generalsekretær/fagsjef**

Toril Laberg

**Forhandlingssjef**

Brit-Toril Lundt

**Advokat**

Berit Førli

**Organisasjonssjef**

Karl-Erik Tande Bjerkaas

**Spesialrådgiver**

Anita Engeset

**Controller**

Mette Jacobsen

**Controller**

Tove Olsen

## Sentralstyremedlemmer

Mette Kolsrud, forbundsleder

Nils Erik Ness, 1. nestleder

Synnøve O. Melseth, 2. nestleder

Solrun Hauglum

Bjørnar Rovde

Reidun Holm

Ragna Gjone

Benedicte Borge Bakstad

Hege Tollås

Tove Settem

Stine Marie Nord Slyngstad, 1.

varamedlem

Hanne Berntsen, 2. varamedlem

Camilla Syvertsen, 3. varamedlem

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

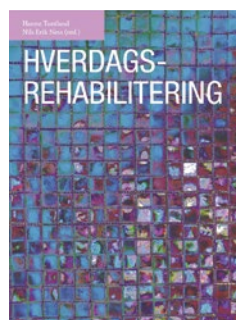
fagpressen (F)



6



16



63



66

---

## REPORTASJER

### 6 Recovery i Asker

Av Else Merete Thyness

### 10 Recovery: begreper, perspektiver og praksiser

Av Else Merete Thyness

### 11 Ergoterapeuter på kurs

Av Else Merete Thyness

---

## NY ARENA

### 12 Ergoterapeut som NAV-leder

Av Else Merete Thyness

---

## KRONIKK

### 14 Før det braker løs

Av Erik Orskaug

---

## YTRING

### 16 Trenger bestemor bredbånd?

Av Sidsel Bjørneby og Jorun Pedersen

---

## FORBUNDET

### 18 Hovedtariffoppgjøret 2014

Av Brit-Toril Lundt

### 20 Vårmettet 2014

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

### 22 Sentrale endringer i IA-avtalen

Av Anita Engeset

### 23 Ny IA-avtale – tillitsvalgtes rolle

Av Brit-Toril Lundt

### 24 Lønnsundersøkelsen

Av Brit-Toril Lundt

### 25 Innspel: Ny IA-avtale - oppgaver i fleng

Av Anders Folkestad

### 26 Da er det på tide å se over forsikringene

Av Roar Hagen

### 28 Ergoterapistudentene 2014

Av Sofie Enebakk

### 30 Kan dine kolleger kreve innsyn i din lønn?

Av Iuliana Pedersen

---

## FAGLIG

### 34 Riktig strategi til riktig tid

Av Elisabeth T. Korban og Tore Bonsaksen

### 44 Personvern hensyn og etiske problemstillinger

Av Anne-Mette Somby og Katrine Utaaker Segadal

### 50 Retningslinjer for fagartikler i Ergoterapeuten

Av Cathrine Hagby og Tore Bonsaksen

### 54 Hvordan skrive vitenskapelig artikkel

Av Anne-Stine Dolva, Sissel Horghagen og Unni Sveen

---

## SMÅSTOFF

### 57 Presseklipp

Av Else Merete Thyness

### 58 Veien videre

Av Svein Andersen

### 60 Ergoterapeutens undersøkelse

Av Else Merete Thyness

### 63 Den første boken om hverdagsrehabilitering

Av Else Merete Thyness

### 64 Gladnyhet om boligbygging?

Av Randi K. Øverland

---

## PÅ DEN SISTE SIDEN

### 66 Studenter i klem

Av Bjørn Kvaal

---

## ANNONSER

### 70 Kurs og stilling

### 75 Produktregister

### 82 Agenturregister

# En ny vår

**For meteorologene starter våren offisielt første mars. For oss andre er det litt mer avhengig av vær og føreforhold. Men når temperaturen kryper over null, fuglene kvitrer om morgenen, solbrillene har fått plass på nesen, og vi står midt i et lønnsoppgjør – da er det vår.**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

ÅRETS OPPGJØR ER ET HOVEDOPPGJØR. Det betyr at det ikke bare handler om penger, men at det også skal forhandles om avtalefestede rettigheter. Ergoterapeutenes landsmøte har bestemt at likelønn, lønnsmessig uttelling for kompetanse og ansvar samt hele, faste stillinger skal være grunnpilarene i lønnspolitikken vår. Hvorvidt forhandlingene lykkes vet vi omtrent akkurat når dette bladet når postkassene.

Ergoterapeutenes Vår møte er i hvert fall vel overstått. Andre og tredje april samlet representanter fra fylkesavdelingene og sentralstyret seg for å utvikle kompetanse og legge til rette for gode forberedelser til årets landsmøte. Sentrale saker på dette møtet var organisasjonens utfordringer, organisasjonsutvikling og arbeidet som prosjektgruppen «Ergoterapeutene 2020» gjennomfører. Prosjektgruppen har lenge jobbet med hvordan forbundet optimalt kan organiseres for å stå bedre rustet til å møte fremtidens utfordringer.

Reportasjen i vårutgaven av Ergoterapeuten handler om Recovery-verkstedene i Asker. Recovery, eller bedringsprosesser,

kan sees på som en filosofi eller holdning som fremmer muligheter og tro på at mennesket kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, selv om man har psykiske problemer eller lidelser. Recovery er ikke noe nytt begrep eller perspektiv. Personer som har egenerfaring med psykiske helseproblemer, og deres pårørende, har i en årrekke visst at de kan komme seg – med eller uten behandling. Det nye er den økende interessen for recovery i behandlingstilbudet til mennesker med psykisk uhelse. Ergoterapeut Marit Borg er en av drivkreftene bak recovery i Norge.

Våren er en tid for fornying. Det gjelder også for fagbladet. I forrige utgave sto vi frem med ny, universelt utformet layout. I denne utgaven presenterer vi reviderte retningslinjer både for fag- og vitenskapelige artikler. Et av målene med retningslinjene er å bistå forfatterne i deres skriveprosess. Tydelige krav og standarder letter arbeidet med å skrive en god og dermed publisierbar, artikkel.

Vi håper dette vil inspirere og motivere ergoterapeuter til å bidra med artikler.





**METTE  
KOLSRUD**  
Forbundsleder

## Et krevende hovedoppgjør

Hovedtariffoppgjøret står for døren. Det handler om penger, men ikke bare det. Viktige avta-lefestede rettigheter står også på spill. Siden det ikke er enighet om hovedavtaleforhandlingene (avtalen om fagforeningsarbeidets vilkår som medbestemmelse, tillitsvalgte rettigheter og plikter med mer) før tariffavtaleforhandlingene starter, trekkes disse forhandlingene inn i tariffoppgjøret. Da blir uenigheter i hovedavtalene en del av et mulig streikegrunnlag.

I år er lærernes arbeidstidsavtale under press. Arbeidsgiverorganisasjonen (KS) vil at lærernes arbeidstid og arbeidsvilkår (i egen særavtale) ikke lenger skal være grunnlag for nasjonale forhandlinger, men «forhandles» lokalt. Det vil si uten streikerett. I realiteten blir det arbeidsgivers styringsrett som gjelder. Denne gangen er det lærernes avtaler som kan svekkes

- neste gang kan andre rettigheter være truet. Arbeidstid er også et sentralt tema for andre arbeidsgivere. Spekter har sagt de vil ha utvidet normalarbeidsdagen, som i dag er fra 06.00 – 17.00, til å gjelde fram til klokka 21.00. Det innebærer at det ikke gis kveldstillegg før etter klokka 21.00.

Den kanskje viktigste saken for framtidens arbeidsliv er en utvidelse av KS Bedrift som en arbeidsgiverorganisasjon med egne tariffavtaler og med nye bransjer og virksomheter. Disse tariffavtalene kan få dårligere vilkår og pensjon enn øvrige i KS. Det skal spares, særlig på pensjon, som i de private virksomhetene. I dag er det i hovedsak virksomheter som energi, renovasjon, brann og noen tjenester som inngår i KS Bedrift. Det kan fort utvides til å gjelde det meste: barnehager, sykehjem, rehabilitering og hjemmetjenester. Vi ser hva som har skjedd med de virksomhetene

som er privatisert i kommunen og i andre bransjer som i shipping, luftfart og byggebransjen. Der styrkes verken lønn eller pensjonsrettigheter til de ansatte. De svekkes! Om ikke det er «sosial dumping» så er det «dumping» av vilkår.

Men vi skal også forhandle om penger i dette oppgjøret. Vi krever lønn for utdanning, erfaring og kompetanse. Her har vi flere utfordringer. Likelønn, kompensasjon for et etterslep i forhold til frontfaget, og, i følge Holden-utvalget: utfordringer i kommunal sektor hvor lavtlønnsprofilen har lagt beslag på en vesentlig del av den sentrale rammen ved tariffoppgjørene. Vi må ha et lønnsoppgjør med en fordeling hvor utdanningsgruppene får uttelling for sin kompetanse. Vi ønsker ingen konflikt, men det er godt å vite at Unio har en effektiv streikeorganisering om det skal bli nødvendig.

## FRA RETORIKK TIL PRAKSIS

## RECOVERY I ASKER

**Det første Recovery-verkstedet i Asker var en braksuksess. Over 40 mennesker med erfaring med rus eller psykisk uhelse møtte opp. I fellesskap diskuterte brukere, pårørende og fagpersoner hva bedringsprosesser handler om, og hvilke temaer de ville jobbe videre med. – Vi skaper nye praksiser, sier prosjektmedarbeider Therese A. Johnson.**

Jeg deltok på det tredje verkstedet. Jeg hadde fått streng beskjed fra Marit Borg om at hvis jeg ville komme, måtte det være som deltaker. Det var i grunnen riktig så hyggelig. I ny, hjemmestrikket genser smøg jeg meg på plass rundt et av bordene på Hasselbakken kafé, hvor verkstedene holdes. I alt var vi 23 deltakere, fordelt på flere koselige småbord.

Recovery-verkstedene blir arrangert én gang i måneden på kveldstid. Allerede på det første verkstedet ble det opprettet arbeidsgrupper som treffes hyppigere og på dagtid. Her jobbes det gruppevis med forskjellige temaer.

Dette verkstedet startet med en oppsummering av det pågående arbeidet i disse gruppene. Deretter fordelte folk seg i sine respektive arbeidsgrupper. Vips, så var jeg plassert i brosjyregruppen. Jeg merket meg raskt at brukere, fagpersoner og pårørende hadde en god tone seg imellom. Samtalen fløt rundt bordet,



*– Levekår og sosiale kontekster spiller en viktig rolle i gode og meningsfulle liv, sier Marit Borg, som sammen med Bengt Karlsson har tatt initiativ til prosjektet.*



*Gunn Helen Kristiansen (t.h.) og jeg på Recovery-verksted i Asker.*

og det oppsto fine diskusjoner. Takhøyden for innspill virket høy. Før jeg viste ordet av det, hadde jeg kommet med et par forslag som ble mottatt med både takk og store smil.

Kvelden ble avsluttet med at alle møttes i plenum igjen. De forskjellige gruppene oppsummerte hvor langt de nå var kommet, og deretter ble det gjort avtale for neste verksted i april. Jeg noterte meg nøye datoen.

## PROSJEKTET

Recovery-verkstedene er et samarbeidsprosjekt mellom Asker kommune, Høgskolen i Buskerud og Vestfold og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse. Initiativtakere er Bengt Karlsson og Marit Borg. Begge er professorer og forskere ved Høgskolen.

– Målet er å bygge opp gode livsarenaer for de innbyggerne som sliter med psykisk uhelse og rusproblemer, sier Marit.

– Hva kjennetegner recovery-prosesser?

– Mye handler om å ta tilbake



*Therese A. Johnson (t.v.), Gunn Helen Kristiansen og Ingeborg Lønneberg Myrheim gleder seg over en kopp kaffe på Hasselbakken, Frivillighetens hus i Asker. – Allerede på det første verkstedet ble vi enige om at dette skulle være basen vår, forteller Therese.*

kontrollen over livet sitt, håndtere og leve med ulike livsutfordringer, og kunne oppleve tilhørighet i lokalmiljøet. Recovery er like mye en sosial som en personlig prosess. Det er en grunnleggende holdning i recovery at alle er en del av den samme menneskheten. Vi har alle de samme rettighetene, og vi har kompetanse og vekstpotensial. Recovery handler om å jakte på ressurser i seg selv, sammen med andre, som venner, familie, kollegaer eller fagpersoner, svarer hun.

Prosjektet er planlagt som et pilotprosjekt som skal vare i et år. Det satses på faste ordninger fra 2015. I tillegg til verkstedene kommer grupper og annen aktivitet som oppstår i kjølvannet av disse.

– Vi la så få planer som mulig på forhånd. Noe av poenget var at deltakerne selv skulle være

med på å bestemme. Det viste seg å være meget vellykket. De første som møtte opp, hadde mange gode ideer som de er i full gang med å jobbe med nå. Det er det som er recovery. Hvis vi hadde tatt avgjørelser over hodene på dem det gjelder, ville vi bare fulgt den gamle behandlingstankgangen om at ekspertene vet best, sier hun.

#### **BRUKERERFARING**

I Recovery-tankegangen er det viktig å utvikle mer likeverdige samarbeidsformer mellom brukere og fagpersoner. Et ledd i dette er ansettelser av personer med brukererfaring i helsetjenestene. Therese A. Johnson er prosjektmedarbeider i recovery-verkstedene. Hun er utdannet sosionom og hun er en medarbeider med brukererfaring.

– Samspillet mellom en per-

#### **RECOVERY**

- › Recovery, eller bedringsprosesser, kan sees på som en filosofi og forståelse av psykisk helse som fremmer muligheter og tro på at mennesket kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, selv om man har psykiske problemer eller lidelser.
- › 22. januar gikk startskuddet for det første Recovery-verkstedet i Asker med over 40 oppmøtte.
- › Prosjektet er et samarbeid mellom Asker kommune, Høgskolen i Buskerud og Vestfold og Senter for erfaringskompetanse.





*Brosjyregruppen møtes ved vakre Semsvannet i Asker. Fra venstre David Mansour, Kari Myklebost og Ingeborg Lønneberg Myrheim.*

sons brukererfaringer og øvrige erfaringer har lenge vært neglisjert, men erfaringskompetansen er helt sentral i et prosjekt som dette. Noe av grunntanken er jo nettopp å skape en arena hvor brukere, pårørende og fagpersoner kan snakke sammen. Her får brukerne en sjanse til å lære opp fagpersonene, smiler Therese.

Hun er ansatt i 20 prosent stilling, og hun er glad for å være ute i jobb.

– Det å ha enten meningsfylte aktiviteter eller et arbeid å gå til, er en viktig del av bedringsprosessen. Strukturen i hverdagen blir annerledes, og, ikke minst, nå får jeg helg. Dessuten er det godt å bli sliten av å jobbe, ikke bare bli sliten. Andre mennesker reagerer også annerledes på en når man er

i jobb. Det er fint å bli sett for den kompetansen man har.

Hun legger ikke skjul på det økonomiske også er en faktor.

– Mer penger letter hverdagen. Du blir ikke frisk når du bekymrer deg for regninger, sier hun.

– Hvordan vil du beskrive Recovery-verkstedene så langt?

– Vi begynte helt åpent med å invitere til verksteder. Allerede på det første møtet bestemte deltakerne seg for å jobbe videre med temaer som: Hvordan bygge nettverk, hvordan finne arbeid, og hvordan lage en brosjyre over egnede tjenestetilbud og hyggelige møteplasser i Asker.

Hun forteller at gruppene består av en herlig miks av fagpersoner og brukere.

– Dette er et veldig spennende

arbeid hvor vi legger grunnlaget for helt nye praksiser. I første omgang handler det om å støtte opp om personers bedringsprosesser, men recovery-baserte tjenester handler også om å utvikle ny kunnskap og dele den med andre. Det er knyttet et forskningsprosjekt til Recovery-verkstedene. Vi kommer absolutt til å videreforme de erfaringene vi får.

### **SKAPE MENING**

Så er det tid for meg å gå på gruppemøte. Siden jeg allerede har en fot innenfor brosjyregruppen, stiller jeg opp på naturskjønne NaKuHel rett ved Semsvannet en fredag formiddag. Når vi benker oss rundt bordet i kafeteriaen, er vi fem stykker.

David Mansour fra Iran griper



## «Kjernen i recovery er å skape seg et godt liv, forstå situasjonen man er i, utvikle ferdigheter, fysisk helse og velvære, samt aktivitet og deltakelse i lokalmiljøet.»

Helsedirektoratet

ordet og forteller at han ønsker at brosjyrene ikke bare skal være stilet til rusmisbrukere og mennesker med psykisk uhelse, men også til mennesker med innvandringsbakgrunn.

– Mange innvandrere er ensomme og deprimerte. Jeg vil gjerne utvide Recovery-verkstedene til å omfatte alle mennesker som føler seg utenfor i samfunnet.

Ingeborg Lønneberg Myrheim noterer så det spruter, og sier seg enig med Mansour.

– Disse guidene kan være til hjelp for mange grupper som tradisjonelt ikke orienterer seg mot samfunnet. Mange isolerer seg etter traumer eller psykisk sykdom. Vi kan skape mening på tross av utfordringer, sier hun.

– Ja, og noen ganger trenger man fastlegen sin, og andre ganger trenger man en venn, sier Gunn Helen Kristiansen.

### KONKRET MÅL

Gunn Helen Kristiansen har vært med på alle verkstedene. Brosjyrene var i utgangspunktet hennes idé, så møtene i brosjyregruppen stiller hun også opp på. Den kreative damen har hatt en bipolar diagnose i 18 år.

– Hvordan opplever du Recovery-verkstedene?

– Dette er det beste som har skjedd siden innføringen av individuell plan. Med individuell plan

ble det for første gang kartlagt ressurser, og jeg fikk mulighet til å påvirke min egen bedringsprosess. Dette er neste trinn i utviklingen. Verkstedene er en fin arena for meningsfull sysselsetting.

– Det finnes andre møteplasser for mennesker med psykisk uhelse. Hva er annerledes med Recovery-verkstedene?

– Recovery-verkstedene har potensial til å blomstre ut i gode nettverk der folk kan treffes som venner og ganske enkelt gå på kino eller kafé – arenaer der «vanlige» folk treffes. Jeg synes også det er bra at de har engasjert prosjektmedarbeidere med brukererfaring. Fagfeltet trenger sånne personer.

– Så du mener at dette vil hjelpe din bedringsprosess?

– Ja, det tror jeg absolutt. Jeg trenger arenaer hvor jeg kan samhandle og skape noe sammen med andre mennesker.

Hun har allerede en konkret målsetting for prosjektet.

– Jeg håper denne guiden over behandlingstilbud og gode møteplasser blir å finne både på web og i brosjyreform. Det var et stort løft at mitt forslag ble tatt så godt imot, og at en stor gruppe jobber aktivt og interessert med det som jeg foreslo. Det er mange år siden jeg opplevde enn sånn type begeistring både hos meg selv og andre.



*- Jeg har alltid ønsket å bruke min egen erfaring til å hjelpe andre. Jeg vet selv hvor mye hjelp det er i velfungerende nettverk, sier Therese A. Johnson.*



## ERGOTERAPEUTENES KURS I PSYKISK HELSE:

# Recovery: begreper, perspektiver og praksiser

**I begynnelsen av mars arrangerte Ergoterapeutene kurs i recovery. Kurset fokuserte på bedringsprosesser, hverdagsliv, mestring og samarbeidende praksiser innen psykisk helsearbeid. Recovery handler om de ulike måtene personer med psykiske helseutfordringer aktivt arbeider med å håndtere situasjonen og skape seg et meningsfylt liv i lokalmiljøet. Marit Borg var faglig ansvarlig for kurset.**

---

Tekst og foto Else Merete Thyness



*Anne Helene Vedlog (til venstre), Mette Kolsrud og Marit Borg var bidragsyttere på kurset om recovery. Anne Helene Vedlog snakket om fagrollen som erfaringskonsulent. Mette Kolsrud informerte om forbundets politiske satsing på psykisk helse og rus. Marit Borg tok blant annet for seg historikken og begrepene knyttet til recovery.*



# ERGOTERAPEUTER PÅ KURS

## – Hvordan kan du videreutvikle recovery-tankegangen i din praksis?



*Toril Smaaberg er kvalitetsrådgiver ved avdeling for akutt psykiatri og psykosebehandling.*

– Jeg sitter i en arbeidsgruppe som skal videreutvikle tilbudet for pasienter med rus- og alvorlig psykisk lidelse (ROP). I denne arbeidsgruppa skal jeg sørge for at det blir invitert inn en brukerstemme.



*Maria Risnes er ergoterapistudent ved Høgskolen i Bergen.*

– Jeg er student, og jeg ble med på kurset for å få innspill til Bacheloroppgaven min. Jeg synes praksisfeltet er veldig preget av det biomedisinske tankesettet, mens recovery reflekterer mye av grunnsynet i ergoterapi.



*Iselin Lerdalen arbeider på døgningenheten ved distiktpsykiatrisk senter i Kongsvinger.*

– Jeg kan informere personalgruppen om recovery, slik at vi kan se på hva vi er gode på innen dette feltet, og hva vi kan jobbe mer med. Noe vi kan videreutvikle, er å fokusere på folks ressurser og muligheter, i stedet for problemer og diagnoser.



*Kari Øverseth jobber på hukkommunespoliklinikken og ved sengepost for mennesker med langtkommen demens ved Sande-rud sykehus.*

– Jeg kan spørre brukerne på poliklinikken hva som er viktige aktiviteter for dem nå, og så hjelpe dem å fortsette med det. For de som ligger på sengeposten kan jeg finne ut hva som har vært viktige aktiviteter for dem, og så minne dem på ting de har gjort, og hendelser de har vært med på.



*Maj-Britt Svartveit er avdelingsleder for psykisk helsetjeneste i Ål kommune.*

– Dette kurset er først og fremst en anerkjennelse av at det vi gjør er riktig. Det er også interessant at det blir presentert forskning på recovery.



*Anna Karin Wergeland Hansen er koordinator for dagtilbudet i Psykisk helseteam i Gloppen kommune.*

– Jeg er veldig interessert i fokuset på bedringsprosesser. Dette vil jeg formidle videre til resten av Psykisk helseteam på neste møte.





## NAV

Anne Kari Grimstad

## STILLING

Sjef for NAV Sunndal og NAV Tingvoll

## Ergoterapeut som NAV-leder

Av Else Merete Thyness

### – Hvor jobber du?

– Jeg arbeider i NAV.

### – Hva jobber du som?

– Jeg er sjef for to NAV-kontorer, NAV Sunndal og NAV Tingvoll.

### – Hvor fant du utlysningen til stillingen?

– Jeg har jobbet i NAV i flere år. I forbindelse med NAV-reformen arbeidet jeg som kompetanseveileder. Jeg har også vært teamleder i NAV. Da stillingen som sjef for NAV Sunndal og NAV Tingvoll ble lyst ledig, hadde jeg

veldig lyst på denne utfordringen.

### – Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg har vært i denne stillingen i et år nå. Læringskurven har vært bratt, men det er utrolig spennende.

### – Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Det forventes at jeg skal være en aktiv pådriver for å realisere målene i NAV. En viktig oppgave for meg som leder er å legge forholdene til rette for mine medarbeidere, slik at de kan utvikle seg i tråd med mål og forventninger. En forutsetning for å få dette til, er at jeg holder meg godt oppdatert på fag- og systemnivå. Det er også nødvendig at jeg holder meg oppdatert på det som skjer i næringslivet, og følger

utviklingen i arbeidsmarkedet.

En viktig oppgave er å sørge for tydelige valg av retning for å få flere i arbeid. En forutsetning for å lykkes i dette arbeidet er god kjennskap til markedet.

Andre viktige arbeidsoppgaver som ligger i lederrollen er å holde styring på økonomi og budsjett, følge opp resultater, og legge til rette for et godt samarbeid med andre kommuner og etater i egen kommune.

Som leder har jeg to styringslinjer å forholde meg til. Det er viktig å ha gode strukturer for at denne ordningen skal fungere så godt som mulig, slik at både statlige og kommunale oppgaver blir ivare tatt på en best mulig måte.

### – Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Jeg bruker min kompetanse hver eneste dag. I NAV arbeider vi med mennesker som trenger bistand og hjelp til å beholde arbeid eller å komme seg ut i arbeid eller aktivitet. Vi gjennomfører kartlegging av den enkeltes behov for bistand. Et sentralt kartleggingsverktøy i dette arbeidet er arbeidsevnevurdering. Arbeidsevnevurdering er en vurdering av den enkeltes evne til å møte de krav som stilles i utførelsen av et arbeid eller deltakelse i dagliglivet. Deretter utarbeides det en individuell aktivitetsplan.

En aktivitetsplan gir en helhetlig oversikt over tiltak og aktiviteter som anses som nødvendig og hensiktsmessig for at brukeren skal komme i arbeid eller aktivitet.

NAV har en rekke virkemidler som vi kan ta i bruk for å nå mål om arbeid eller aktivitet.

Noen brukere har utfordringer på ulike livsområder. Dette kan være utfordringer knyttet til det å bo og fungere i egen bolig. Mange har også økonomiske utfordringer. Ofte er dette viktige elementer som må på plass for at man skal lykkes i arbeidslivet.

Oppfølgingsarbeidet for brukere av NAV som trenger bistand til å komme i arbeid eller aktivitet, går rett inn i kjernen av ergoterapifaget. I dette arbeidet har ergoterapeuten helt klart mye å bidra med.

**– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?**

– Jeg mener så absolutt at er-

goterapeuter med sin fagkompetanse er viktige for NAV. Jeg må innrømme at jeg ofte har lurt på hvorfor det er så sjelden jeg ser ergoterapeuter i NAV-kontorer.

**– Er det spennende å jobbe i en utradisjonell, og sånn sett nyskapende stilling?**

– Jeg trives svært godt og gleder meg til å gå på jobb hver dag. Jeg føler meg privilegert som har fått delta på denne store reformen. Jeg har iver og lyst til å være med på den videre utviklingen av NAV. Arbeidet er faglig og personlig utviklende.

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

– Ja, så absolutt – både som veileder og som leder i NAV.

# Før det braker løs

**Visste du at kineserne styrer lønnsveksten i Norge? Nei, tenkte meg det, men det gjør de. Til en viss grad. For det er nemlig slik at alt henger sammen med alt, som Gro sa. Dessuten har Jens rett i at Ernas oppskrift for lønnsoppgjørene ville gitt kapitaleierne en uforholdsmessig stor andel av verdiskapningen det siste tiåret. Også her har kineserne en finger med i spillet. Erna får se på! Tariffoppgjøret er nemlig partenes ansvar.**

Av Erik Orskaug



*Erik Orskaug er sjef-økonom i Unio.*

**D**et siste tiåret har vært en gullalder for norsk næringsliv og folks lønnsvekst. Grunnen er de såkalte bytteforholdsgevinstene, som innebærer at mye av det vi har eksportert, har økt i pris, mens det vi har importert, har blitt billigere. Den ekspanderende kinesiske kapitalismen trenger mye olje og metaller, som Norge selger, og tilbake får vi billige(re) forbruksvarer som holder den norske prisveksten nede. Denne vinn-vinn-situasjonen har gitt oss høyere inntektsvekst enn hva produktivitsveksten alene skulle tilsi.

## STABIL LØNNSANDEL

Hvis norske arbeidstakere i denne situasjonen bare skulle tatt ut en lønnsvekst som fulgte produktivitsveksten i økonomien, ville kapitaleierne alene stukket av med hele bytteforholdsgevinsten. Det er det ingen grunn til. Det er bare Erna og Siv som mener at det hadde vært rettferdig. De vil jo gi store skatteletter til de mest formuende også. Holden

III-utvalget mente at avlønningen av arbeid og kapital har fulgt den såkalte Hovedkursen (Frontfagsmodellen) det siste tiåret, det vil si at lønnsandelen har vært stabil, og kapitaleierne har kunnet opprettholde sin lønnsomhet til tross for at norske lønninger har økt mer enn lønningene i andre land.

## MER NORMAL LØNNSVEKST

Kan vi forvente like høy real-lønnsvekst i årene som kommer? Nei, antakelig ikke. Flere forhold peker i retning av mer normal lønnsvekst. For det første kan vi ikke forvente at bytteforholdet alltid vil slå ut til vår gunst. Skulle oljeprisen falle kraftig, må vi bedre konkurranseevnen for å opprettholde lønnsomheten i industrien. En svekket krone vil ta noe av støyten, slik den allerede har gjort det siste året, men lønnsveksten vil også bli påvirket. For det andre går det litt «dårligere» i norsk økonomi. Husholdningene er mer forsiktige, og etterspørselsveksten fra oljeindustrien mot fastlandsvirksomhetene avtar. Arbeidsledigheten



er svakt på vei opp. Næringslivet og arbeidsmarkedet går inn i mer «normale» tider.

### DEN NORSKE MODELLEN UNDER PRESS

I denne situasjonen blir arbeidsgiverne lett overivrige, og nå har de i tillegg Erna og Siv å støtte seg på. Det arbeidsgiverne ikke klarer tariffveien, kan de kanskje få regjeringens hjelp til lovveien.

Lønn er én ting, men arbeidstid og pensjon er også viktige rammebetingelser for arbeidslivet. Den norske modellen, og den norske lønnsforhandlingsmodellen i særdeleshet, er under press. Holden III-utvalget legger avgjørende vekt på at den koordinerte lønnsdannelsen som foregår gjennom de sentrale oppgjørene i Norge bidrar positivt til høy produksjon, høy sysselsetting og lav arbeidsledighet. Modellen leverer, men den er under stadig press fra arbeidsgivere som ønsker en større del av kaka, fra arbeidsgivere som ønsker større fleksibilitet (les: større lønnsforskjeller og større styring over arbeidstida), og fra arbeidsgivere som ønsker å holde igjen lønnsveksten i offentlig sektor.

### ARBEIDSLIVSMODELLEN

Lønnsforhandlingsmodellen er også en viktig del av den samlede inntektspolitikken, det tredje beinet i den økonomiske politikken. Hvis vi i årene framover får et «koordinert» angrep på arbeidslivsmodellen fra regjeringen og arbeidsgiverne, vil juvelen i den norske modellen, måten vi organiserer arbeidsmarkedet på, bli satt ytterligere under press. Vi har sett hvordan det har gått økt arbeidsledighet og større inntektsforskjeller i våre naboland. Sannsynligheten for at arbeids-



Foto: Ben Andreas Harding

markedet ser mer «amerikansk» ut om 20 år, er ganske stor. Teknologiske endringer, færre ansatte i industrien, færre tradisjonelle arbeidere og flere funksjonærer, internasjonaliseringen og ikke minst arbeidsinnvandringen og lavlønnskonkurransen trekker alle i retning av større forskjeller i privat sektor. Mange arbeidsgivere tenker kortsiktig profitt og ser ikke nytten i de resultatene vår arbeidslivsmodell har levert. Arbeidsgivere i offentlig sektor er på rask vei i samme lei. Konkurransetsetting, anbud og pensjonsdumping river opp offentlig sektor som et «fredet» tariffområde for sosial dumping. Pressede kommunebudsjetter gjør det ikke lettere.

### REGJERINGENS ROLLE

Hva er en regjeringens rolle i en slik situasjon? Den burde balansere, dempe og motvirke de underliggende trendene ved kraftige tiltak mot sosial dumping i alle sektorer. Den burde hegne om offentlig sektor som sosial-dumping-fri sone, den burde styrke

hovedorganisasjonenes rolle i arbeidslivet, og den burde oppmuntre til arbeidstidsregulering i tariffavtaler, slik loven i dag legger til rette for. Videre bør regjeringen droppe sine skatteletteforslag, både for å motvirke økte inntektsforskjeller, og for å gjøre det mulig å bedre kvaliteten i det offentlige tjenestetilbudet. Jo rikere vi blir, jo mer etterspør vi som samfunn og enkeltpersoner den typen tjenester som vi i Norge er vant til at leveres fra offentlig sektor. Da må vi være villige til å betale for dem over skatteseddelen. Eldrebølgen krever at skattene etter hvert skal opp, ikke ned. Utfordringene i undervisning, helse og omsorg blir ikke løst med en Produktivitetskommisjon. Vi stiller gjerne opp for å jobbe smartere. Men det koker først og fremst ned til at det må flere hender og hoder til i disse sektorene. Og selvfølgelig er lønn viktig for å få tak i godt kvalifiserte personer til disse oppgavene. Det er offentlig sektor som skal ansette folk de neste tiåra, ikke industrien.

# Trenger bestemor bredbånd?

**Før snakket vi med hverandre. I dag kommuniserer vi digitalt. Legg merke til hvilken retning hoder holdes på en buss. 95 prosent av hodene er bøyd ned mot en skjerm. Venterommet på legekontoret har en skjerm, T-banestasjonen har en skjerm, alle personer har en skjerm. Mange eldre har ingen skjerm, særlig hvis de er på sykehjem.**

Av Sidsel Bjørneby og Jorun Pedersen



*Sidsel Bjørneby er ergoterapeut. I 2010 fikk hun Kongens fortjenstmedalje i sølv for sitt arbeid for at mennesker med funksjonsnedsettelse aktivt skal kunne delta i samfunnslivet.*



*Jorun Pedersen er cand.scient. fra det matematisk-naturvitenskapelige fakultet, UiO. Hun har arbeidet i ulike prosjekter innenfor tilgjengelighet av IKT, med spesiell vekt på brukere med redusert kognitiv funksjon. Hun er daglig leder av Mylifeproducts AS.*

**D**ette fører til at eldre mennesker blir ekskludert. Vi føler oss kanskje alle mer eller mindre ekskluderte noen ganger. For å holde oss inne med tidligere kollegaer, barn og barnebarn henger vi oss på Facebook, Twitter, Instagram, Skype, SMS og hva det nå er alt sammen. Hvordan kan vi innlemme eldre som glemmer litt i hverdagen, på samme naturlige måte som tidligere?

## ELDRE VIL PÅ NETT

Det finnes teknologier som nettopp er tilpasset denne realiteten. Flere norske firmaer har tatt utgangspunkt i hvordan hverdagen ser ut for eldre, og laget løsninger som kan passe mange, både med og uten kognitive plager.

Eldre som bor hjemme, kan anskaffe og bruke et nettbrett. Hvis nettbrettet er brukervennlig og brukerstøtte er tilgjengelig, er nettbrettet en flott mulighet til å inkluderes i dagens digitale kommunikasjonsformer. Seniornett driver et viktig arbeid med å få eldre på nett. Nylig er det bevilget flere millioner til dette. Slik kan utestengelse fra dagens nettkommunikasjon forebygges. Tusenvis av pensjonister skaffer seg begeistret ulike typer nettbrett.

Men i det øyeblikk vi flytter eldre personer til et sykehjem eller en omsorgsbolig, reduseres mulig-



hetene deres til å bruke dagens teknologi. Hvem har ansvaret for at retten til deltakelse i informasjonssamfunnet ivaretas? Mange av de som bor på sykehjem, har en demens, men alle mennesker har behov for kontakt med andre, behov for glede og behov for trygghet. Dette gjelder også personer med demens. For at behovene skal kunne ivaretas, må teknologien være meget enkel, intuitiv og tilpasset hver enkelt.

Trådløst nett finnes sjelden i omsorgsboliger eller sykehjem. Selv om familier ønsker å ta i bruk nye medier for å holde bedre kontakt med sine nærmeste er dette vanskelig, enten fordi det ikke er trådløst nett, eller fordi de som arbeider på sykehjemmet ikke kan det. Rutinene for tilgang til nett er ofte avhengige av en IT-avdeling. Dersom man prøver å løse problemstillingen ved å bruke et SIM-kort i stedet, er mobildekningen inne i de gamle bygningene ofte for dårlig.

### **DEN ENKLESTE TEKNOLOGIEN**

De fleste av oss har sikkert prøvd å ringe et familied medlem eller en bekjent på sykehjem. De færreste beboere har mobiltelefon. I beste fall er det en

telefon på vaktrommet som bæres ut til den det gjelder, hvis den da ikke er blitt liggende hos en annen beboer.

Hvorfor kan ikke hvert rom ha telefon og nettilgang for bruk i de lange timene etter at de fleste aktivitetene er over for dagen?

### **HVEM HAR ANSVARET?**

Så kan man spørre seg: Er det det enkelte sykehjem som tar ballen med nettdekning, er det kommunen, eller er det nettleverandør? Hva må til for at mennesker med demens skal få det samme tilbudet som vi andre tar som en selvfølge, både hjemme, på jobb, og etter hvert i kafeer, restauranter og til og med på fly?

I høst hadde vi en TV-aksjon for demens. Der ble det stilt spørsmål om hvilke muligheter mennesker med demens har for å oppleve glede og mestring. Vi mener at godt tilpasset ny teknologi kan være en av flere muligheter for at de kan oppleve egen deltakelse og moro. Det er på høy tid at eldre, også de som bor på sykehjem, får tilgang til den teknologien vi andre har. Hvem tar denne ballen?



# Hovedtariffoppgjøret 2014

**Lønnsoppgjør er vårtegn. Når dette skrives, er vi fortsatt i mars. Derfor beskriver artikkelen både prosessen fram til nå og utfordringer og forventninger til årets hovedtariffoppgjør. Det betyr at noen utfordringer kan være løst og noen forventninger innfridd når dette leses – håper vi. Vi går alltid til lønnsoppgjørene med optimisme, selv om veien kan synes både lang og bratt.**

Av Brit-Toril Lundt



*Brit-Toril Lundt er forhandlingssjef i Norsk Ergoterapeutforbund.*

**V**i deltar i forhandlingene i nesten samtlige tariffområder i offentlig sektor: KS, Spekter, Staten, Oslo kommune og Virke.

## PROSESSEN

Forberedelsene startet i januar ved at vi sendte ut et debattnotat til våre tillitsvalgte og ba om innspill. Tilbakemeldingene ble behandlet av de tariffpolitiske utvalgene for tariffområdene, som var samlet til møte i februar. Her ble det formulert forslag til krav. Deretter behandlet forbundsstyret forslagene og gjorde et vedtak på sitt møte i mars. Kravene ble så sendt til Unio. Her ble de behandlet sammen med kravene fra de øvrige organisasjonene i Unios respektive forhandlingsutvalg. Felles krav fra Unio leveres representanter for arbeidsgiverne i begynnelsen av april, med unntak av Virke, som forhandler i juni.

## UTFORDRINGER

Årets lønnsoppgjør har mange utfordringer. I tillegg til krav som

skal sikre våre medlemmers økonomi, må vi også forsvare opparbeidede rettigheter.

- **Etterslep.** Holden III-utvalget har fastslått at konkurranseutsatt sektor (arbeidere og funksjonærer) fortsatt bør være i front, og at resultatet må legges i rammen for offentlig sektor. Tallene fra Teknisk beregningsutvalg for inntektsoppgjørene viser at offentlig sektor er kommet dårligere ut enn frontfaget. Dette er penger vi mener oss berettiget til å hente inn igjen.
- **Hovedavtaleforhandlingene i KS** er brutt, og bringes inn i hovedtariffoppgjøret.
- **Forhandlingene om lærernes arbeidstid** er ikke løst.

## HVA KREVER ERGOTERAPEUTENE?

Landsmøtet har bestemt at likelønn, lønnsmessig uttelling for kompetanse og ansvar samt hele, faste stillinger skal være grunnpillarene i lønnspolitikken vår.

Offentlig ansatte skaper verdier og må anerkjennes på



*Landsmøtet har bestemt at likelønn, lønn for kompetanse og hele, faste stillinger skal være grunnpilarer i lønnspolitikken vår.*

lik linje med privat sektor. Kompetanse må lønne seg bedre, og det er i den sammenheng behov for avansementstillinger. Profilen innenfor den økonomiske rammen må være innrettet slik at utdanningsgruppene får et ekstra løft. Vi krever også at lønssystemene må innrettes slik at lang erfaring gir økonomisk uttelling. Derfor har vi krevet en minstelønnsatts på 16 år.

Alle medlemmene må få en lønnsutvikling som minimum sikrer kjøpekraften. Vi har sett at det er behov for å oppjustere enkelte konkrete stillingsgrupper i staten og Oslo kommune. Vi har også krevet at det må settes av penger til lokale forhandlinger.

Det er også et krav at det må

fastsettes at lønnstillegg som er gitt lokalt, i sin helhet skal komme i tillegg til («flyte oppå») de sentrale minstelønnsattsene i KS og Spekter.

Dessuten må vi ha en ramme som favner både resultatet i frontfaget og etterslep.

#### KONFLIKTBEREDSKAP

Parallelt med forhandlingene foregår forberedelser til eventuell streik. Det ligger i sakens natur at lite kan sies om forberedelsene, men vi kan avsløre såpass at planen er god nok til å gjennomføre en slagkraftig streik. Men en godt utviklet konfliktberedskap skal først og fremst virke forebyggende. Den er et pressmiddel. Poenget er at motparten skal vite

at vi er i stand til å streike hvis vi må. Vi håper at det motiverer til forhandlingsvilje, slik at vi slipper å sende medlemmer ut i streik.

#### VIDERE FREMDRIFT

Forhandlingene skal være sluttført innen første mai. Hvis partene ikke kommer til enighet, går oppgjøret til Riksmekleren. Hvis Riksmekleren ikke greier å bringe partene til enighet, blir det streik når meklingsfristen utløper, cirka 22. mai.

#### INFORMASJON

Nettsiden vår vil være hovedkanalen til informasjon. Sjekk også Unios nettside for informasjon under forhandlingene. Vi satser på at det blir en fin vår!

## VÅRMØTET 2014:

# Klare til å ta grep

**Representanter fra fylkesavdelingene og sentralstyret var samla til Ergoterapeutenes Vår møte på Hadeland de første dagene i april. Forbundets sentrale tillitsvalgte er klare til å ta grep.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas



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

Innledningsvis pekte forbundsleder Mette Kolsrud på noen av de utfordringene forbundet må forholde seg til i neste periode. Hun oppfordret til gode diskusjoner og prosesser i fylkesavdelingene fram mot landsmøtet.

### ERGOTERAPEUTENE 2020

Med bakgrunn i de ytre rammebetingelsene forbundet må forholde seg til, vil en arbeidsgruppe, Ergoterapeutene 2020, i løpet av april komme med forslag til hvordan forbundet skal organiseres i fremtiden. Forslagene, som skal behandles videre av sentralstyret, ble presentert på Vår møtet. De ble tatt godt imot. Du vil kunne lese mer om Ergoterapeutene 2020 i juni-nummeret av fagbladet.

### ØKT MEDLEMSAKTIVITET

Arbeidsgruppa ønsker å skape større aktivitet i forbundet og samtidig flytte aktiviteten nærmere medlemmene. Samtidig foreslår gruppa økt satsing på et introduksjons- og utviklingsprogram for tillitsvalgte. Gruppa foreslår også redusert pris på fagkurs for tillitsvalgte.

### ETABLERE SEKS REGIONER

For å kunne gjennomføre disse satsingene, mener arbeidsgruppa at det vil være klokt å knytte medlemmene til seks geografiske regioner. Regionene vil være robuste og med en stor og variert

medlemsmasse. Regionene skal også få styrket posisjon i ledelsen av forbundet gjennom representasjon i sentralstyret.

### SOLID GRUNNLAG FOR EGNE MENINGER

Grunnlaget for diskusjonene på Vår møtet og videre i fylkesavdelingene var innledninger om kommunereformen fra statssekretær Kristin Holm Jensen i Kommunal- og moderniseringsdepartementet, om fremtidens helsevesen og sykehus ved ergoterapeut og strategi- og utviklingssjef i Helse Møre og Romsdal, Espen Remme, og til slutt et innlegg om fremtidens arbeidsmarked og fagforbund ved Ann Cecilie Bergene, Høgskolen i Oslo og Akershus. I tillegg til faglige innlegg ga de historiske omgivelsene ved Søsterkirkene på Hadeland en god ramme for møtet.

### LANDSMØTET

Landsmøtet er forbundets høyeste organ og arrangeres 17. - 19. november på Gardermoen. Landsmøtet vedtar program, budsjett og vedtektsendringer og velger sentralstyre, leder og nestledere. Gjennom dette legges grunnlaget for virksomheten i neste landsmøteperiode.

Sentralstyret fremmer forslagene til landsmøtet. Dette skjer etter forslag fra fylkesavdelingene. Det er også fylkesavdelingene som velger delegater til landsmøtet.





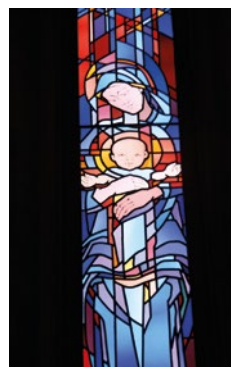
Nestleder Irene Fjeld og leder Ingelin Rød i Ergoterapeutene avdeling Hordaland er klare for Vår møtet på Hadeland.



Strategi- og utviklingssjef i Helse Møre og Romsdal, Espen Remme, snakket om fremtidens sykehus og helsetjenester.



Statssekretær Kristin Holm Jensen snakket om morgendagens offentlige forvaltning og kommunestruktur.



De vakre Søsterkirkene på Gran.



En av de viktigste sakene på Vår møtet var Ergoterapeutene 2020. Her foreslås en ny organisasjonsstruktur.



Innimellom foredrag og diskusjoner ble det tid til omvisning i Søsterkirkene.



Orgelkonsernten i Søsterkirken trakk mange tilhørere.

# Sentrale endringer i IA-avtalen

## - ERGOTERAPEUTERS KOMPETANSE

Av Anita Engeset

**IA-avtalen som ble inngått for perioden 4. mars 2014 – 31. desember 2018 innebærer betydelige forenklinger i reglene for oppfølging av sykmeldte.**

**A**rbeidsplassen er den viktigste arenaen for inkluderende arbeidsliv. Et godt IA-arbeid skapes i den enkelte virksomhet hvor tillitsvalgte, arbeidstakere og arbeidsgivere samarbeider. IA-avtalen har stor betydning for ergoterapeuter både som tillitsvalgte, som ansatte i virksomheter og som profesjon.

Hovedfokuset for forhandlingene om en ny IA-avtale har vært på endringer av regelverket. I arbeidet har partene vært enige om at betydelige forenklinger har vært nødvendige. Det må brukes mer tid til å følge opp den enkelte, fremfor å bruke tiden på skjemaer og dokumenter.

De sentrale endringene i IA-avtalen av fjerde mars 2014 er:

- Enklere regler for oppfølging av sykmeldte
- Under delmål to, «Hindre frafall og øke sysselsettingen for personer med nedsatt funksjonsevne», skal unge prioriteres
- Et nytt forebyggings- og tilretteleggingstilskudd for IA-virksomheter.

### ENKLERE REGLER FOR OPPFØLGING AV SYKMELDTE

Forslag til regelendringer for oppfølging av sykmeldte er i etterkant av avtaleinngåelsen sendt ut på bred høring. I SINTEFs evaluering av oppfølging av sykmeldte er det særlig pekt på at oppfølgingsplaner og dialogmøter i en tidlig fase

er viktig, men at dagens form og innhold ikke er optimale. Ergoterapeutene håper at en forenkling i reglene for oppfølging av sykmeldte vil gi åpning for at annet helsepersonell i større grad deltar i utarbeidelse av oppfølgingsplaner og på dialogmøter. Det er ofte ikke sykmelder som jevnlig følger opp den sykmeldte, men annet helsepersonell, som for eksempel ergoterapeut. Dette vil innebære en bedre utnyttelse av annet helsepersonells kompetanse og bedre oppgavedeling i helsetjenesten.

### UNGE PRIORITERES

Det har lenge vært en uttalt satsning på økt sysselsetting blant personer med nedsatt funksjonsevne, uten at dette har bidratt til at flere har kommet inn i arbeidslivet. I den nye avtaleperioden skal innsatsen primært rettes mot unge som har behov for arbeidsrettet bistand. Ergoterapeutene mener dette er en klok strategi. Det er viktig med en tydelig prioritering og en målrettet innsats rettet mot unge. I denne målgruppen er det også mange høyt utdannede som på tross av gode kvalifikasjoner står utenfor arbeidslivet. Det forventes derfor at en mer målrettet satsning skal bidra til at flere kommer i jobb, og at de får faste stillinger.

### ET NYTT FOREBYGGINGS- OG TILRETTELEGGINGSTILSKUDD

Partene i arbeidslivet var enige

om at det var behov for en styrking av det forebyggende arbeidet. Dette tydeliggjøres i avtalens samling av tiltak og virkemidler i et nytt Forebyggings- og tilretteleggingstilskudd fra Arbeids- og velferdsetaten.

Tilretteleggingsplikten er, som det står i arbeidsmiljølovens paragraf 4-6, ufravikelig og vidtrekkende. Endringene er mer en sammenslåing og forenkling av overlappende virkemidler. Et enklere og mer oversiktlig regelverk vil kunne lette tilretteleggingsarbeidet både for virksomhetene, personer med tilretteleggingsbehov, og etaten. Tiltakene og virkemidlene som er beskrevet i denne sammenslåingen, er midt i ergoterapeuters kjernekompetanse.

### ERGOTERAPEUTERS KOMPETANSE

Den nye IA-avtalen har stor betydning for ergoterapeuter. Det legges opp til økt og bedre gradering av sykmelding, noe som vil kreve tidlig oppfølging og gode tilretteleggingstiltak ute på den enkelte arbeidsplassen. Ergoterapeuter har kompetanse på å tilrettelegge slik at det oppnås inkluderende løsninger. Flere og flere ergoterapeuter er involvert i arbeidsinkludering i NAV, bedriftshelsetjeneste og arbeidsrettede tiltak.

Profesjonens aktivitetsbaserte kompetanse og breddetilnærming til funksjon, aktivitet

og helse vil spille en viktig rolle i møtet med framtidens utfordringer innen arbeidshelse. To sentrale virkemidler for å redusere gapet mellom den enkeltes arbeidsevne og arbeidslivets krav er funksjonsvurderinger og aktivitetsanalyser.

#### Kilder

Ergoterapeutene (2011). Kompetanser i Ergoterapi. [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org)  
Ny og forenklet IA-avtale for oppfølging av sykmeldte. Pressemelding, 04.03.2014. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)  
Arbeids- og sosialdepartementet.



Høring om endring i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven – forenkling av regelverket om oppfølging av sykmeldte

arbeidstakere. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no).  
Ose m fl. Evaluering av IA-avtalen (2010-2013). SINTEF Helse 2013.

## Ny IA-avtale – tillitsvalgtes rolle

**Den nye IA-avtalen innebærer ingen endringer i tillitsvalgtes rolle som pådriver, holdningsskaper, støttespiller, konfliktløser, megler og grensesetter. Avtalen har flyttet fokus fra kontroll til forebygging.**

Av Brit-Toril Lundt

**A**lle arbeidsplasser skal ha inngått samarbeidsavtale mellom arbeidsgiver, verneombud og de tillitsvalgte. Det er viktig å ha det helsefremmende perspektivet med seg i det daglige arbeidet, i enkeltsaker, ved omstillinger og i tiltak som berører arbeidsmiljøet. Alle parter skal være involvert når det lages retningslinjer for oppfølging av sykmeldte.

Det er viktig å merke seg IA-avtalens hovedmål. Virksomheten skal lage egne mål til delmålene, samt planer som lister opp konkrete tiltak. Tiltakene skal være så konkrete at de kan hukes av etter hvert som de blir gjennomført. Tillitsvalgte må passe på at planene blir gjennomført.

Samarbeidet skal være aktivt. Derfor er det viktig å definere på hvilke arenaer samarbeidet skal foregå. Det er ikke alltid nødvendig å lage nye fora. Høyst sannsynlig eksisterer det møteplasser som medbestemmelsesutvalg (MBU) eller arbeidsmiljøutvalg (AMU). IA-arbeidet kan fint integreres her.

IA-arbeidet skal også være en integrert del av HMS-arbeidet, og det er viktig å tilegne seg HMS-kunnskap sammen med arbeidsgiver. Arbeidsgiver skal tilrettelegge slik at tillitsvalgte kan delta i kompetansehevende tiltak innenfor HMS- og IA-ar-

beidet. Arbeidslivssentrene holder aktuelle kurs, som attpåtil er gratis.

Et viktig delmål er å øke sysselsettingen av personer med redusert funksjonsevne. Også i egen virksomhet kan det være kolleger som har redusert funksjonsevne. Tillitsvalgte bør delta aktivt i arbeidet med å forebygge fravær og støtte kolleger som trenger tilrettelegging. Man skal likevel være bevisst på at det ikke tilrettelegges for den ene på en slik måte at det går ut over noen andre. I bestrebelsene på å ivareta begge parter behov, kan man for eksempel prøve ut nye ordninger som kan ha god effekt på nærværarbeidet.

Alle arbeidsplasser bør ha rutiner for konflikt-håndtering. Konflikt og sykefravær henger ofte sammen. Konflikt er ikke sykdom, men hvis den strekker seg over tid, blir man syk. Det skal fortsatt lages oppfølgingsplaner for sykmeldte, men NAV skal ikke kontrollere. Dialogmøter gjennomføres kun for de som er hundre prosent sykmeldte.

God kontakt mellom ledelse og tillitsvalgte på alle nivåer i virksomheten er nødvendig for å lykkes. Også i dette arbeidet er det viktig at de tillitsvalgte involveres tidligst mulig. Du finner mye nyttig informasjon i Idébanken, <http://www.idebanken.org/>.



# Lønnsundersøkelsen 2013

**Ergoterapeutene har tatt mål av seg til å gjennomføre årlige lønnsundersøkelser. Til direkte nytte for deg som medlem og for våre tillitsvalgte samt forbundet for øvrig.**

## Lønnsstatistikken

Tabell 1 viser gjennomsnittlig årslønn for de ergoterapeutene som svarte på undersøkelsen innen de ulike tariffområdene.

Tabell 2 viser gjennomsnittlig årslønn for alle respondentene i de ulike tariffområdene. Mer detaljerte statistikker inndelt i ansiennitet og tildels utdanningsnivå, finner du på nettsiden vår.

## Øvrige interessante funn DET LØNNER SEG Å FORHANDLE LØNN VED SKIFTE AV JOBB!

En tredjedel av medlemmene forhandlet om lønn sist de skiftet jobb. Vel to tredjedeler av disse fikk høyere lønn. Derfor er oppfordringen klar: Forhandle lønn ved skifte av jobb! Det verste som kan skje, er at du blir møtt med et nei. De aller fleste får altså mer enn de først ble tilbudt.

## UTDANNINGSNIVÅ

Nær 60 prosent av medlemmene oppgir at de har videreutdanning.

## HVILKEN TYPE STILLING HAR MEDLEMMENE?

Cirka 70 prosent av medlemmene har svart at de innehar en stilling hvor «ergoterapeut» inngår i stillingsbetegnelsen (ergoterapeut, ergoterapeut I, kommuneergoterapeut, spesialergoterapeut, ergoterapeutspesialist). Vel ti prosent oppgir at de har lederstilling. Ti prosent befinner seg i statlige stillinger knyttet til universitets- og høyskolesektoren, NAV med mer. Sist, men ikke minst, er det gledelig å konstatere at de resterende ti prosent har svart annen type stilling. Dette viser at ergoterapeuter etterspørres utover sitt naturlige nedslagsfelt. Cirka ti prosent er midlertidig ansatt, det vil si i vikariat eller engasjement.

## ARBEIDSTID

Tre fjerdedeler av medlemmene arbeider fulltid. En fjerdedel arbeider deltid. Cirka en tredjedel av dem som arbeider deltid, ønsker å utvide stillingsprosenten. Tolv prosent arbeider skift eller turnus.

## SVARPROSENTEN.

Undersøkelsen ble sendt ut til alle yrkesaktive medlemmer. Vi fikk svar fra 61 prosent. Svarprosenten er lavere enn forventet, men vi håper at dette vil bedre seg etter hvert som medlemmene blir vant til at det kommer lønnsundersøkelse på tampen av hvert år. Vi er avhengige av høyest mulig svarprosent hvis lønnsundersøkelsen skal være et egnet verktøy i medlemmenes lønnsarbeid ved skifte av jobb, i sentrale og lokale forhandlinger samt andre former for lønnsarbeid.

Lønn ergoterapeuter	
Tariffområde	Årslønn alle respondenter (unntatt ledere)
KS (kommunal sektor unntatt Oslo kommune)	422382
Spekter (spesialisthelsetjenesten)	438273
Staten	475011
Oslo kommune	461050
Virke	442701
Privat sektor	438024

Tabell 1 viser gjennomsnittlig årslønn for de ergoterapeutene som svarte på undersøkelsen innen de ulike tariffområdene.

Lønn ledere	
Tariffområde	Årslønn ledere
Leder i KS-området	422382
Leder i Oslo kommune	438273
Leder i Spekter	475011
Leder i staten	461050

Tabell 2 viser gjennomsnittlig årslønn for alle lederne i de ulike tariffområdene.

# Ny IA-avtale – oppgåver i fleng

**Avtalen om eit inkluderande arbeidsliv er fornya. Hovudorganisasjonane og regjeringa er einige om ein enklare avtale: mindre kontroll, meir tillit er overskrifter som illustrerer endringane. Vel så viktig er at fundamentet for avtalen sjukelønnsordninga er freda og vidareført. Folk som blir sjuke, skal framleis ha full lønnskompensasjon.**



**ANDERS  
FOLKESTAD**  
UNIOLEDER

Det er ein ny avtale. Men måla er stort sett som før: redusert sjukefråvere, fleire med nedsett funksjonsevne inn i arbeidslivet, og fleire skal stå lengre i arbeid. Verkemidla er også til kjenne att. Meir og betre gradering blir understreka tydelegare. Arbeidsplassen er framleis hovudarenaen, enten det gjeld førebygging, tilrettelegging eller oppfølging av den sjuke. Som eit ledd i forenklingsarbeidet er ikkje bedriftene lenger pålagde å følgje opp alle tre delmåla i IA-avtalen. Regjeringsplattforma har formuleringar om normerte sjukmeldingar, måltal for grade-ring, og vurdering av sjukmeldinga av ny sjukmeldar etter eit halvt år. Dette er formuleringar som har vore krevande i prosessen. Dei er ikkje ein del av IA-avtalen, men partane skal involverast i regjeringa sitt vidare arbeid med desse spørsmåla.

IA-avtalen er viktig for ergoterapeutar i dobbel forstand. Dei er arbeidstakarar, med rettar og plikter etter IA-avtalen og andre

reglar. Men dei er også fagfolk som kan vere med på å realisere måla i IA-avtalen.

Ergoterapeutar har kompetanse på tilrettelegging og rehabilitering. Dermed har dei kompetanse som «treffer» alle delmåla i avtalen. Sjukefråvere kan førebyggast gjennom god tilrettelegging på arbeidsplassen. Dessutan kan dette og relevante rehabiliteringsopplegg både korte ned fráveret og stimulere til auka bruk av gradert sjukmelding når det er det beste. Det er å håpe at også arbeidsgjevarar og styresmakter ser dette.

Unio arbeide undervegs for at den faglege kompetansen som til dømes ergoterapeutar representerer, skulle få ein tydelegare plass og ei tydelegare rolle i IA-avtalen og i det praktiske oppfølgingsarbeidet. Der lukkast vi ikkje godt nok. Likevel, sterkare satsing på arbeidsmiljø og fokus på førebygging og gradering kan styrke behovet for ergoterapeutar.

Det same gjeld for delmål to, som er retta mot å få eller halde

fleire med nedsett funksjonsevne i arbeid. Tilrettelegging, oppfølging og habilitering – kopling mellom arbeidstakaren og arbeidsplassen – står sentralt. Ergoterapeutar er nøkkelpersonell i så måte.

Det var stor semje om at det var nødvendig å tone ned eit omfattande kontrollregime rundt IA-avtalen. Spørsmålet er om vi har gått for langt? NAV si kontrollrolle overfor både arbeidsgjevar og sjukmeldar er langt på veg borte. Det er ein fare for at «trykket» kan bli for svakt.

Derimot får Arbeidstilsynet ei viktigare rolle, og må få ressursar til å gjennomføre oppgåvene sine.

Samstundes er det opplagt at både tillitsvalde og verneombod får ei ekstra viktig rolle som «vaktbikkjer» og pådrivarar. Dette ansvaret må vi ta i fellesskap. Ikkje minst går utfordringa til Ergoterapeutene, som både har gode fagfolk og sterke tillitsvalde. Her er oppgåver i fleng. Grip sjansen – vis fram kompetansen.



*Hva skjer med din livssituasjon dersom din partner dør?*

---

Av Roar Hagen

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

## Da er det på tide å se over forsikringene

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

### Hva trenger du?

Forsikringsbehovet endrer seg altså i takt med livssituasjonen. En personforsikring skal være en

økonomisk buffer om noe skulle skje. Våre forsikringssummer er knyttet opp til grunnbeløpet i folketrygden, der 1 G tilsvarer

kroner 85 245 per 01.01. 2014. En eventuell utbetaling er skattefri og kan brukes fritt etter ønske og behov. Det er ingen samordning med andre forsikringer.

### DØD - LIVSFORSIKRING

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



### UFØRHET

Uførhet rammer deg direkte og vil gå hardt utover din inntekt. Blir du 100 prosent varig ufør, får du et inntektstap på minst 34 prosent (forutsatt medlemskap i Statens pensjonskasse eller KLP). Er du ikke omfattet av STP/KLP, blir tapet vesentlig høyere. Tegner du en uføreforsikring, vil dette kompensere for inntektstapet. Forsikringen gir en engangserstatning dersom du blir mer enn 50 prosent arbeidsufør. Du kan kjøpe 12 G eller 24 G i uføreforsikring, både for deg selv og for ektefelle/samboer.

### KRITISK SYKDOM

Over 60 000 nordmenn rammes

av en kritisk sykdom hvert år. Blir en rammet av alvorlig sykdom er behovene mange – å bekymre seg for det økonomiske aspektet burde ikke være en av dem. Du kan kjøpe dekning inntil kroner 1 000 000 både for deg selv og for ektefelle eller samboer. Forsikringen gir en engangsutbetaling dersom du blir diagnostisert med en av de 16 alvorlige sykdommene som er dekket. For eksempel hjerneslag, hjerteinfarkt, nyresvikt eller alvorlig kreftsykdom.

Forsikringen gir en rask utbetaling etter at diagnosen er stilt.

### Ta kontakt!

Nå har du fått vite litt om medlemsforsikringene, og da begyn-

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

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

### Medlemsforsikringene

Du har dessuten tilgang til ergoterapeutenes medlemsforsikringer. Gjennom våre avtaler kan du kjøpe praktisk talt alle de forsikringene du har bruk for, til priser du ikke får som privatkunde i et forsikringsselskap.

Du kan også forsikre din ektefelle eller samboer og barna dine gjennom våre avtaler med forsikringsselskapene.

# Ergoterapistudentene 2014

**I desember ble det holdt landsmøte i Tromsø, og Ergoterapistudentene opprettet et helt nytt styre. Nye engasjerte representanter fra Oslo, Sandnes, Bergen, Trondheim, Tromsø og Gjøvik ble lært opp av det gamle styret, som har gjort en kjempejobb i 2013.**

Av Sofie Enebakk



*Sofie Enebakk er student ved Ergoterapiutdanningen ved Høgskolen i Gjøvik. Hun er Ergoterapeuten-kontakt i Ergoterapistudentenes landsstyre.*

I midten av februar i år hadde det nye styret landsstyremøte-kickoff i Oslo. På kickoffet fikk vi god opptrening i hvordan vi skulle komme i gang, og hvordan vi skal drive vår egen organisasjon. Det var Forbundet som inviterte ergoterapistudentene på kickoff. Vi ble tatt veldig godt imot av blant andre forbundsleder Mette Kolsrud og organisasjonssjef Karl-Erik Tande Bjerkaas. På kickoffet opprettet ergoterapistudentene et nytt målprogram for 2014.

Målprogrammet vårt består av et hovedmål, mindre mål og tiltak.

## **MÅLPROGRAM FOR LANDSSTYRET 2014**

Hovedmålet for Ergoterapistudentene er å fremme ergoterapistudentens faglige og økonomiske interesser samt styrke og utvikle samhold mellom studentene.

Vi vil jobbe for å samkjøre utdanningsstedenes praktiske oppbygning og gi studentene mulighet til å bytte utdanningssted uten negative konsekvenser. Tiltakene for å kunne oppnå dette er å delta på møter med utdanningsleder i forhold til studieprogram, fagplan og kvalitetssikring av lærere. Vi vil også utarbeide en undersøkelse som skal bidra til å kartlegge studentenes opplevelse av kvalitet og utbytte av faglig innhold og forelesere. Vi vil også samarbeide med Norsk studentorganisasjon og Unio med økt fokus på retningslinjene vedrørende skikkethet.



*Landsstyret i Ergoterapistudentene fra venstre: Linn Schei, Marte Baklund, Sofie Enebakk, Leta Bozh-daraj, Raymond A. F. Rochell, Marina Hagenes, Marthe Nagelhus Haug, Hilde Iren Høgden, Linn Tveiten, Vegar Bueng, Einar Andre Ekker, Ida Nerseth.*

Videre vil vi jobbe for at alle ergoterapistudentene skal ha samme rettigheter, informasjon og kvalitet i forbindelse med praksis. Vi vil arbeide for lik økonomisk støtte til alle ergoterapistudenter i praksisperiodene, og at utdanningsstedene bidrar med bosted under praksis.

For å få til dette vil vi bli kjent med hvordan praksisordningene og retningslinjer er på de ulike utdanningsstedene, og samarbeide med studieansvarlige for at studentenes rettigheter og faglige kvalitet blir ivarettatt.

### **MARKEDSFØRING OG PROFILERING**

Innenfor markedsføring og profilering vil vi opprettholde dialog og formidle informasjon mellom landsstyret, lokallag, studentene og studielederne. Landsstyret skal i samarbeid med lokallagene ha lik profilering av Ergoterapistudentene i tråd med Norsk Ergoterapeutforbunds retningslinjer. Vi vil derfor jobbe for at studentene og faget skal være representert under utdanningsmesser for å promotere faget.

I tillegg til dette kommer vi til å utarbeide en vervingskonkurranse til lokallagene for å rekruttere nye medlemmer. Vi vil også være aktive og synlige i sosiale medier og i medlemsbladet Ergoterapeuten.

Ergoterapistudentene vil også opprette et samarbeid med bokhandleren Tanum.

### **LANDSSTYRET I ERGOTERAPISTUDENTENE 2014**

Leder: ergoterapeutene-kontakt og Unio-representant: Einar Andre Ekker, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Nestleder: Marina Hagenes, Høgskolen i Bergen.

Sekretær: Linn Tveiten. Høgskolen i Bergen.

Økonomiansvarlig: Vegar Bueng, Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Internasjonal kontakt: Raymond A. F. Rochell, Universitet i Tromsø.

Ergoterapeuten-kontakt: Sofie Enebakk, Høgskolen i Gjøvik.

IT-ansvarlig: Ida Nerseth, Høgskolen i Gjøvik.

Styremedlem: Marthe Nagelhus Haug, Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Styremedlem: Hilde Iren Høgden, Universitet i Tromsø.

Styremedlem: Marte Baklund Størseth, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Styremedlem: Linn Schei, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Styremedlem: Leta Bozhdaraj, Diakonhjemmet Høgskole i Rogaland.

Styremedlem: Torunn Schultz Skår, Diakonhjemmet Høgskole i Rogaland.

Det nye styret ser fram til et produktivt og flott år. Vi håper å kunne utrette like mye som det gamle styret og jobbe videre for ergoterapistudentene.



# Kan dine kolleger kreve innsyn i din lønn?

**Ja, det kan de. For ansatte i stat og kommune er dette ikke noe nytt. Offentlighetsloven har gitt rett til innsyn i lønnsopplysninger i lang tid. Nå kan arbeidstaker i tillegg kreve slikt innsyn ved mistanke om lønnsdiskriminering.**

Av Iuliana Pedersen



*Iuliana Pedersen er advokatfullmektig i advokatfirmaet Storing, Beck & Due Lund (SBDL).*

**A**rbeidstaker som føler seg forskjellsbehandlet i forbindelse med lønnsfastsettelse enten på grunn av etnisitet, religion, livssyn, nedsatt funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk, kan nå kreve at arbeidsgiver skriftlig opplyser om lønnsnivå og kriteriene for fastsettelsen av lønn for den eller de arbeidstakerne vedkommende sammenlikner seg med.

Innsynsretten i diskrimineringslovverket er avgrenset til kun å gjelde de diskrimineringsgrunnlagene som er beskrevet i lov, som etnisitet, religion, funksjonshemming med mer (se ovenfor). Andre forhold, som «urettferdig behandling» eller at det er gitt «trynetillegg», danner ikke grunnlag for å kreve innsyn i lønn etter disse reglene. Dette gjelder også ved mistanke om aldersdiskriminering, diskriminering grunnet fagforeningstilknytning eller politisk syn, og ved midlertidig- eller deltidsansettelse. Disse diskrimineringsgrunnlagene står i arbeidsmiljøloven, og denne loven har ikke en bestemmelse om rett til innsyn.

Til sammenlikning trengs det ingen begrunnelse etter offentlighetsloven for hvorfor man ønsker innsyn i lønnsopplysningene. Selv ved anonyme henvendelser om lønnsopplysninger på navngitte ansatte har forvaltningen

plikt til å utlevere lønnsopplysninger.

## HVA KAN DET KREVES INNSYN I?

Etter diskrimineringslovverket er det et vilkår at arbeidstaker som påberoper seg å være lønnsdiskriminert, har en mistanke om at egen lønn er fastsatt på diskriminerende vis. Det er arbeidstakeren selv som avgjør om det er grunn til mistanke, og arbeidsgiver kan ikke overprøve denne mistanken. Arbeidsgiver kan ikke kreve at den ansatte dokumenterer mistanken på noe vis, eller nekte innsyn ved å påstå at mistanken er grunnløs.

Det er videre en forutsetning for sammenlikningen at arbeidstakeren som påberoper seg lønnsdiskriminering, tilhører samme stillingskategori, har sammenlignbart arbeid eller utfører arbeid av samme verdi som den det blir krevet opplysninger om.

Ved slike henvendelser er arbeidsgiver forpliktet til å gi skriftlige opplysninger om lønnsnivået hos andre ansatte og kriteriene for lønnsfastsettelsen til de personene som arbeidstakeren sammenlikner seg med. Med lønn menes da både fast lønn og variable tillegg, slik som bonus. Denne forpliktelsen er likevel ikke så vid at arbeidsgiver må fremlegge sin vurdering av de individuelle prestasjonene til

den man ber om opplysninger om. Arbeidsgiver har samtidig plikt til å informere den som det utleveres opplysninger om, om at opplysningene gis. Det skal informeres om hvilke opplysninger som er utlevert og til hvem. Etter offentlighetsloven kan det gjøres unntak fra innsyn i skriftlige dokumenter som viser måten lønnen eller annen godtgjørelse har blitt utregnet på, og trekk som blir gjort ved utbetalingen. Dette unntaket gjelder likevel ikke opplysninger om bruttoutbetalinger.

### **TAUSHETSPLIKT KUN ETTER DISKRIMINERINGSLOVVERKET**

Videre stilles det et krav om taushet for den som får opplysninger om andre kollegers lønnsvilkår etter diskriminerings-

lovverket. Det skal skrives under på en taushetserklæring som bekrefter at arbeidstakeren skal hemmeligholde de opplysningene som blir lagt fram. Dette gjelder ikke i det offentlige, da offentlighetsloven uansett vil gi innsynsrett i lønn uavhengig av disse reglene.

### **SANKSJONER**

Det er ikke noen lovfestet sanksjonsmulighet verken i diskrimineringslovverket eller i offentlighetsloven mot arbeidsgiver som unnlater å etterkomme en forespørsel om innsyn når vilkåret for innsynsrett er oppfylt.

Arbeidstakere som mener seg lønnsdiskriminert, kan reise klagesak for Likestillings- og diskrimineringsombudet og Likestil-

lings- og diskrimineringsnemnda. Vedtak fra nemnda kan bringes inn til prøving for domstolene, og det er bare domstolene som kan gi dom for oppreisning og erstatning.

Avslag på krav om innsyn i lønn etter offentlighetsloven kan klages inn til Fylkesmannen.

Som vist ovenfor, setter diskrimineringsregelverket en svært lav terskel for når den enkelte kan kreve innsyn i kollegaers lønn. Det vil i praksis være opp til den enkelte arbeidstaker til å avgjøre om det er grunnlag for innsyn. Opplever du deg diskriminert på grunn av kjønn, etnisitet med mer, kan du kreve innsyn, og på denne måten skaffe deg bevis og argumentasjon som kan sikre deg riktig lønn.

## SØKE STØTTE TIL FAGUTVIKLING (FOU)

Av Anita Engeset

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

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

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

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

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

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

Mer informasjon om denne ordningen finner du på hjemmesiden. Spørsmål kan rettes til spesialrådgiver Anita Engeset, [anita.engeset@ergoterapeutene.org](mailto:anita.engeset@ergoterapeutene.org).

## KANDIDATER TIL TILLITSVALGTPRISEN 2014

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

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

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

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

Forslag til kandidater kan sendes til forbundet på [post@ergoterapeutene.org](mailto:post@ergoterapeutene.org).



*Ergoterapeutene deler ut Tillitsvalgtprisen én gang i året.*

## ERGOTERAPEUTENE STØTTER IKKE RESERVASJONSRETTE

*Ergoterapeutene har i et høringssvar gjort det klart at forbundet ikke støtter reservasjonsrett for fastleger. Høringssvaret ble behandlet i forbundets sentralstyre i mars.*

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

I høringssvaret slås det fast at «Norsk Ergoterapeutforbund ikke ønsker at gjeldende lover og forskrifter skal endres for at fastleger skal

ha reservasjonsrett i forhold til å henvise videre til abort eller assistert befruktning». Du finner dette og andre høringssvar under «Vi mener» på hjemmesida.

## IKKE BARE ET TURNUS-PROBLEM

«Uønsket deltid er ikke utelukket knyttet til turnus». Dette er budskapet i høringsutspillet som forbundsleder Mette Kolsrud har utformet til Stortingets helse- og omsorgskomite om uønsket deltid i helsetjenestene. En fjerdedel av medlemmene våre arbeider deltid. For en tredjedel av disse er dette uønsket.

## NY ORGANISASJONS-STRUKTUR?

Arbeidsgruppa Ergoterapeutene 2020 avslutter i april sitt arbeid og legger fram et forslag til en optimal organisering av forbundet for sentralstyret. Forslagene ble også presentert på «Vårsmøtet» et kurs for sentralstyret og fylkesavdelingenes styrer i begynnelsen av april. Vi kommer tilbake med nærmere informasjon om forslagene i neste nummer.

## POSITIV MEDLEMSUTVIKLING

Mens medlemstallet normalt gjør en liten dupp i første kvartal, har forbundet de to første månedene i år opplevd at det totale medlemstallet er stabilt. Første mars hadde forbundet 3754 medlemmer, og det er bare to færre enn ved årsskiftet. Det er også svært gledelig at forbundet på dette tidspunktet hadde 543 studentmedlemmer. Dette er 119 flere enn for et år siden.

## FØRERKORTVURDERING

Ei ekspertgruppe i forbundet arbeider for tiden med kunnskapsbaserte retningslinjer for førerkortvurdering. 27. og 28. oktober arrangerer forbundet kurs i temaet. Dette er et introduksjonskurs for ergoterapeuter som ønsker å bidra i førerkortvurdering. Der vil de nye retningslinjene bli presentert. Mer informasjon og påmelding i [www.ergoterapeutene.org/kurskalender](http://www.ergoterapeutene.org/kurskalender).

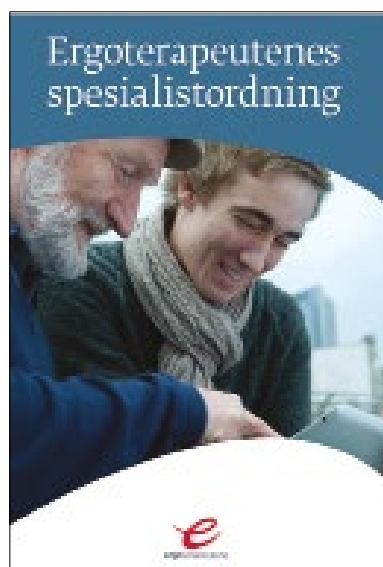
## HUSK SPESIALISTSØKNAD FØR 15. SEPTEMBER!

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

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

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

Mer informasjon på [www.ergoterapeutene.org/spesialist](http://www.ergoterapeutene.org/spesialist).





# Riktig strategi til riktig tid

## BRUK AV DEN TRANSTEORETISKE MODELLEN FOR Å FREMME FYSISK AKTIVITET HOS PERSONER MED DEPRESJON

Av Elisabet Therese Korban og Tore Bonsaksen



*Elisabet Therese Korban arbeider som ergoterapeut ved Ullevål Sykehus, Avdeling klinisk service, Medisinsk Klinikk, Oslo. E-post: korbis87@hotmail.com.*



*Tore Bonsaksen er førstelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, Oslo.*

### Abstrakt

**Bakgrunn:** Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene, og mange personer med depresjon opplever redusert motivasjon for aktivitet og deltakelse. Fysisk aktivitet kan være et viktig bidrag for å forebygge og bekjempe depresjon, samtidig som depresjon kan gjøre det vanskelig å komme i gang og fortsette med slike aktiviteter. Kjennskap til motivasjons- og endringsprosesser blant helsepersonell kan bidra til at personer med depresjon kan få hjelp som passer til deres endringsmotivasjon.

**Formål:** Formålet med denne artikkelen er å belyse den transteoretiske modellen for endring og vise hvordan modellen kan ha relevans for klinisk arbeid med fysisk inaktive personer med depresjon. Eksempelene viser hvordan ergoterapeuter kan jobbe med motivasjons- og endringsprosesser hos personer som befinner seg i ulike faser av endring.

**Implikasjoner for praksis:** Endring av helseatferd, slik som deltakelse i fysisk aktivitet, foregår i stadier hvor ulike prosesser inngår. Ergoterapeuter kan bidra til å fremme fysisk aktivitet ved bedre å tilpasse motiverende tiltak og strategier til personens behov i den aktuelle endringsfasen.

**Nøkkelord:** Transteoretisk modell, stages of change, atferdsendring, fysisk aktivitet, depresjon, motivasjon.

Det er ingen iinteressekonflikter knyttet til denne artikkelen.

## INTRODUKSJON

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har beregnet at mer enn 450 millioner mennesker har psykiske lidelser, og depresjon er en av de vanligste av disse. Innen 2020 vil psykiske lidelser være rangert som nummer to av verdens mest belastende sykdommer (Faulkner & Carless, 2006). I Norge er det beregnet at halvparten av befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet, og en av fem vil bli rammet av depresjon (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009).

Depresjon kan ha stor innvirkning på flere sider ved personens liv (Nyboe & Hvalsøe, 2009). Ved depresjon opplever man ofte lite energi og tiltaksløshet. Nedsatt selvtillit, negativ tenkning om seg selv og andre, plager med skyldfølelse, nedsatt konsentrasjon og søvnforstyrrelser er vanlig (Martinsen, 2011; Nyboe & Hvalsøe, 2009). Disse plagene kan bidra til redusert aktivitetsmotivasjon og redusert aktivitet, slik at man ikke lenger gjennomfører aktiviteter som tidligere. Dette vil igjen kunne innebære at man i mindre grad deltar i aktiviteter som nettopp kan fremme helse og motvirke depresjon, som for eksempel fysiske aktivitetsformer (Mostad, Skjelbred, Bråten, & Bonsaksen, 2013). Personer med depresjon er mindre fysisk aktive enn den generelle befolkningen, og longitudinelle studier har vist at de fysisk aktive har mindre risiko for å utvikle psykisk lidelse enn de inaktive (Saxena, Van Ommeren, Tang, & Armstrong, 2005). Økt fysisk aktivitet kan derfor være med å forebygge depresjon, og det kan være et supplement til tradisjonelle behandlingsformer (Martinsen, 2008).

Fysisk aktivitet er imidlertid ikke noe man gjør eller ikke gjør, og motivasjon for fysisk aktivitet er heller ikke noe man har eller ikke har. Personer er mer eller mindre fysisk aktive og har mer eller mindre motivasjon for å være det. Endring i retning av økt motivasjon og økt fysisk aktivitet er ofte beskrevet som å følge en generell sekvens av endringsstadier som klienten over tid beveger seg gjennom (Marcus, Selby, Niaura, & Rossi, 1992; Marks, Murray, Evans, & Estacio, 2011).

Intervensjoner i ergoterapi tar ofte sikte på å hjelpe klienten til å delta i eller endre sin aktivitet på ulike måter. Disse intervensjonene vil kunne bli mer effektive dersom terapeuten har en forståelse av hvilken endringsfase klienten befinner seg i når det gjelder den aktuelle aktiviteten, og bruker denne kunnskapen til å forme sin hjelp. Den transteoretiske modellen (TTM) har vært benyttet som et teoretisk grunnlag for en rekke studier knyttet til helserelatert

atferdsendring. Ergoterapeuter har også brukt modellen i studier av målsettingsarbeid med klienter i nevrologisk habilitering (Baird, Tempest, & Warland, 2010), energibesparende strategier blant klienter med multippel sklerose (Holberg & Finlayson, 2007), og i teoretisk diskusjon knyttet til klienters oppfølging av terapeutiske anbefalinger (Randomski, 2011). I de nordiske ergoterapitidsskriftene har denne modellen inntil nå vært benyttet kun en gang (Eriksson, Tham, & Guidetti, 2013).

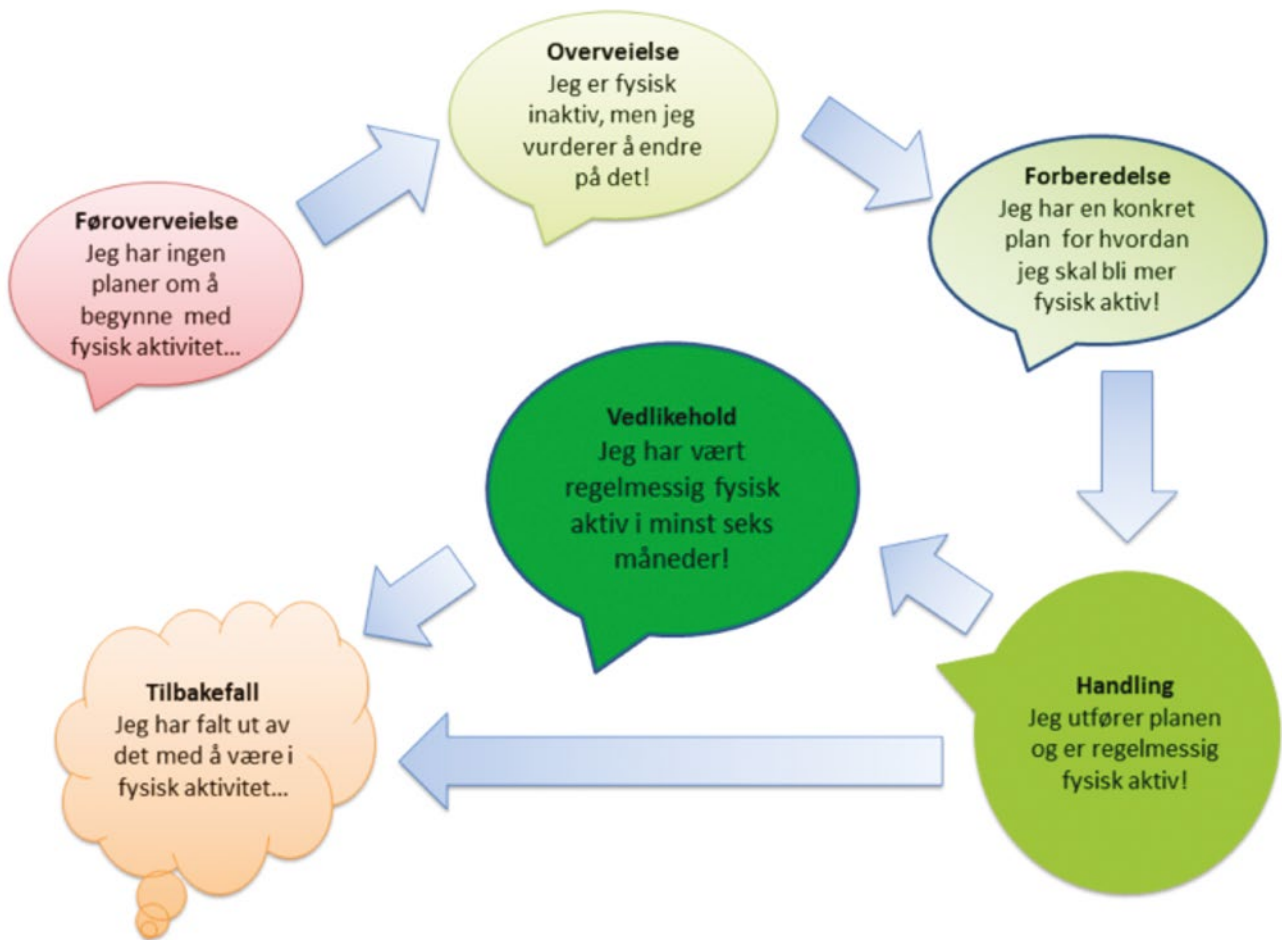
I denne artikkelen ønsker vi å presentere den transteoretiske modellen for endring (TTM). Vi vil også gi eksempler på hvordan TTM kan gi retning til ergoterapeuters motivasjons- og endringsarbeid med personer som er i ulike faser av endring. Fokuset i denne artikkelen vil rette seg spesielt mot endring i fysisk aktivitet blant personer med depresjon.

## Den transteoretiske modellen

TTM ble utviklet av psykologene James Prochaska og Carlo DiClemente tidlig på 1980-tallet. På denne tiden var det en stor økning av ulike psykoterapiformer, noe som skapte forvirring knyttet til de teoretiske prinsippene for behandlingen og dermed forståelsen av virkningsmekanismer. Prochaska og DiClementes tidlige studier, der de analyserte endringsprosesser i 18 ulike typer av terapier, fant at alle typene vektla at endring av risikoforferd foregår i en sekvens av fem stadier som følger etter hverandre (Prochaska, 1979; Prochaska & DiClemente, 1982). TTM bygger videre fra denne stadieforståelsen av endring (Stages Of Change), som springer ut fra prinsipper fra psykoterapeutisk teori og teori om atferdsendring (Lowther, Mutrie, & Scott, 2007; Prochaska & DiClemente, 1982).

Modellen ble først mye brukt i behandling av avhengighetsproblemer, som røyking og misbruk av rusmidler (Prochaska & DiClemente, 1982, 1983; Prochaska & Velicer, 1997). Den ble utviklet som en overordnet forståelse av prosesser som kunne bidra til endring av distinkte atferder. I en tidlig studie deltok 872 personer som ønsket å slutte å røyke (Prochaska & DiClemente, 1983). Her forandret personene atferd gjennom flere stadier, og forskjellige prosesser var med på å støtte opp om atferdsendringene innenfor hvert stadium.

I denne tidlige fasen trodde forskerne at endring skjedde lineært, det vil si som en gradvis og rettlinjert endring fra lav motivasjon og lite forsøk på endring til høy motivasjon og iherdige, bestemte forsøk på endring. Det har imidlertid vist seg at endring



Figur 1. Den transteoretiske modellen for endring. Figuren viser de fem endringsstadiene og eksempler på utsagn om fysisk aktivitet som kan knyttes til hvert av dem. Modellen er bearbeidet etter Prochaska & DiClemente (1982).

snarere følger et spiralformet mønster, hvor personer kan bevege seg fram og tilbake mellom ulike endringsstadier (Lerdal & Celius, 2011; Lowther et al., 2007; Norcross, Krebs, & Prochaska, 2010). Bezyak, Berven og Chan (2011) beskrev i sin senere studie av personer med psykiske lidelser at deltakernes motivasjon for fysisk aktivitet (knyttet til mestringstro og en vurdering av at fordeler ved fysisk aktivitet var flere enn ulemper) korresponderte med hvilket endringsstadium de befant seg i. TTM beskriver fem endringsstadier, og både kognitive og atferdsmessige prosesser bidrar til å muliggjøre en progresjon gjennom de ulike stadiene.

### ENDRINGSSTADIER (STAGES OF CHANGE)

Denne delen av modellen beskriver hvordan atferdsendring skjer i ulike stadier, hvor stadiene er preget av ulik grad av motivasjon, ambivalens og beslutning om endring. TTM opererer med fem

stadier av atferdsendring (Barth & Näsholm, 2007). Modellen er gjerne spiralformet, noe som åpner for at personer ikke alltid følger en lineær bevegelse fra overveielse via beslutning og planlegging til endring av aktivitet. Ofte beveger man seg fram og tilbake mellom ulike stadier av endring med vekslende nivåer av motivasjon og beslutning (Barth & Näsholm, 2007). I det videre vil vi beskrive modellens stadier i sammenheng med fremming av fysisk aktivitet blant personer med depresjon. Bevegelsen gjennom de ulike endringsfasene er illustrert i Figur 1. For enkelhets skyld brukes «han» som personlig pronomen i den videre fremstillingen.

*Føroverveielse* er det første stadiet i modellen (Marks et al., 2011). Personen vet at han er inaktiv, men vurderer likevel ikke å delta mer i fysisk aktivitet. På dette stadiet har han ingen planer om å bli fysisk aktiv. Han ser ikke på inaktiviteten som et problem – tvert om kan kanskje tanken på mer fysisk

aktivitet fortone seg som et større problem for en person som lider av depresjon. Dersom tidligere erfaringer med å være fysisk aktiv har vært negative, kan disse erfaringene fungere som en barriere. Disse faktorene representerer potensielle utfordringer med tanke på å komme i gang. I tillegg kan gevinstene ved regelmessig fysisk aktivitet være ukjente, og formidling av informasjon om hvordan fysisk aktivitet påvirker helsen, er en viktig klinisk oppgave i arbeid med personer som er i dette stadiet.

I neste stadium, *overveieelse*, er personen klar over at inaktiviteten ikke er gunstig, og han er interessert i å begynne med fysisk aktivitet. I dette stadiet veier han for og imot fysisk aktivitet, og vurderer fordeler og ulemper med å bli mer aktiv (Marks et al., 2011). Denne prosessen kalles *kognitiv vurdering*, hvor vekten som legges på antatte fordeler og ulemper (decisional balance) vil veksle over tid. For at personen skal gå videre til de neste stadiene og sette atferdsendringen ut i praksis, vil fordelene med fysisk aktivitet gradvis måtte veie tyngre enn ulempene (Cropley, Ayers, & Nokes, 2003; Prochaska et al., 1994). Dette vil i praksis si å arbeide i motsatt retning av depresjonslidelsen, som generelt uttrykt vil kunne dreie personen i retning av motløshet, håpløshet og uvilje.

Ambivalens kjennetegner personen som overveier å gjøre endringer i livsstil (Barth & Näsholm, 2007). Han kan kjenne seg tiltrukket av endringen som en positiv mulighet, men kan samtidig være tiltrukket av det komfortable ved å unngå endringen og utfordringene ved å gjennomføre den. I dette stadiet kan han føle skam ved å være fysisk inaktiv, fordi han innser at det kan medføre negative konsekvenser. Utfordringen for personen som er i dette stadiet, vil være å bestemme seg for å gjennomføre atferdsendringen (Marks et al., 2011).

Det tredje stadiet i modellen kalles for *forberedelse*. Personen som befinner seg i dette stadiet, er i ferd med å sette sin beslutning om endring ut i livet, og forbereder seg på det praktiske endringsarbeidet. Her er fokuset på handlinger og løsninger. Personen ser nå flere fordeler enn ulemper ved å begynne med fysisk aktivitet, og prøver seg litt fram med å delta (Lerdal & Celius, 2011; Marks et al., 2011). At personen er kommet til dette stadiet vil gjerne være forbundet med at han er blitt mindre depriert, og at det derfor er lettere å vurdere handlingsalternativer og å kunne ta aktive valg.

Fjerde steg i endringsarbeidet er å gjennomføre planen, og dette stadiet kalles *handlingsfasen* (Marks

et al., 2011). Den oppbygde motivasjonen skal nå settes ut i praktisk og konkret aktivitet. Her er personen overveiende positivt innstilt til endringene og aktivt med på å gjennomføre planen (Lerdal & Celius, 2011). I denne forbindelsen har et annet viktig begrep, *mestringsforventning* (self-efficacy), en sentral plass. Ifølge Bandura (1997) er mestringsforventning troen personen har på at han kan klare å utføre distinkte handlinger, noe som i sin tur gjør at man kan oppnå målene som man har satt seg. Ifølge Bezyak og medarbeidere (2011) er mestringsforventning en viktig nøkkel for endring i de senere og mer handlingsorienterte stadiene, og studier har vist at mestringsforventningen øker etter hvert som personen beveger seg gjennom endringsstadiene (Bezyak et al., 2011; Marcus, 1995; Marcus, Selby, et al., 1992). Personen i handlingsstadiet vil ha begynt å få erfaring med hva endringene fører med seg på ulike plan. En del konsekvenser vil kunne oppleves som negative, og en utfordring innenfor dette stadiet er derfor knyttet til å forebygge tilbakefall. Dette kan eksempelvis dreie seg om tidsbruk, opplevelse av slitenhet eller vansker med å identifisere seg selv i rollen som en som er fysisk aktiv (Barth & Näsholm, 2007; Lerdal & Celius, 2011). Utfordringene i dette stadiet er derfor knyttet til å holde fast på endringen til tross for konsekvenser som i første omgang kan oppleves som negative (Marcus, Banspach, et al., 1992).

Det femte stadiet er knyttet til *vedlikehold* av endringene. I følge Lerdal og Celius (2011) er fysisk aktivitet i dette stadiet blitt en rutine og en naturlig del av hverdagen. Samtidig er det også i dette stadiet en fare for tilbakefall. Enkelte opererer med *tilbakefall* som et sjette stadium i modellen (Barth & Näsholm, 2007). Faren for tilbakefall er imidlertid til stede i alle stadier av endringsprosessen, og tilbakefall kan oppstå som et resultat av at personen ikke klarer å håndtere problemer som oppstår underveis. Det kan føre til at personen trekkes en eller flere faser tilbake i endringsprosessen. Til tross for tilbakefall vil imidlertid personen ha med seg mer aktivitetserfaring, og med fortsatt støtte og veiledning vil han være bedre rustet til å komme seg videre i sin endringsprosess enn han var i føreroverveielesesstadiet (Barth & Näsholm, 2007).

## ENDRINGSPROSESSER

Så langt er TTM beskrevet med vekt på stadiemodellen for endring. For å kunne bistå personer i deres endringsarbeid er det imidlertid viktig å identifisere hvilke prosesser som bringer personer over fra ett



stadium til det neste. Her vil vi beskrive disse prosessene i sammenheng med hvordan de kan bidra til et økt nivå av regelmessig fysisk aktivitet. Ti prosesser, der fem er kognitive og fem er atferdsmessige, har vist seg å være viktige for endring i ulike stadier (Lowther et al., 2007; Marks et al., 2011). De ulike prosessene synes å ha ulik betydning for endring avhengig av hvilken endringsfase personen befinner seg i (Prochaska & Velicer, 1997). De fem kognitive prosessene synes å være viktigst i de første fasene av endringsprosessen, mens de fem atferdsmessige prosessene er mer sentrale i de senere stadiene (Lerdal & Celius, 2011; Marcus, Banspach, et al., 1992; Marks et al., 2011).

### KOGNITIVE PROSESSER

Kognitive prosesser som er viktige for personen, særlig i de tidlige stadiene av endring, er bevisstgjøring, emosjonell reaksjon, revurdering i forhold til omgivelsene, revurdering i forhold til seg selv og sosial frigjøring (Marks et al., 2011). *Bevisstgjøring* består i at personen blir oppmerksom på hvilke helsegevinster fysisk aktivitet kan gi. For en person i føroverveiellesstadiet kan dette være svært viktig. Personen vil trolig ikke vurdere å være mer i fysisk aktivitet om han ikke oppfatter at det er gode grunner for å gjøre nettopp det. Personen gjør en kognitiv vurdering av balansen mellom de positive og negative sidene ved en endring (Prochaska et al., 1994). Helsegevinster ved aktivitet eller potensielle trusler mot helsen knyttet til fortsatt inaktivitet, representerer for de fleste gode grunner.

Etter en slik bevisstgjøring kan det komme en *følelsesmessig reaksjon* (Marks et al., 2011). Det går opp for personen hvilke negative helsemessige konsekvenser inaktivitet kan ha. Skam har vært nevnt tidligere som en mulig følelsesreaksjon – personen trekker sin egenverdi i tvil på bakgrunn av sine tidligere dårligere livsstilsvalg. Imidlertid kan det være viktig å gi rom til også de positive følelsene som kan knyttes til å ha foretatt en viktig kursendring i livet. I arbeid med personer med depresjon vil det være viktig å balansere mellom å gi rom for de vanskelige følelsene og samtidig holde fast i det som kan bidra til positiv endring.

Videre vil personen kunne foreta en *revurdering av seg selv*. Dette vil si at personen tar sin egen selvoppfatning og synet på seg selv som en fysisk aktiv eller inaktiv person opp til ny vurdering. Denne selv vurderingen vil berøre både de kognitive og de emosjonelle sidene ved personen (Marks et al., 2011).

En prosess dreier seg også om en *revurdering i forhold til omgivelsene*. Personen begynner å se på sin egen inaktivitet i forhold til det sosiale og fysiske miljøet han lever i. Fysisk inaktivitet vil for den nærmeste familien kunne bety at også de finner mindre rom til å delta i slike aktivitetsformer. Det vil også kunne ha som konsekvens at familiemedlemmene bekymrer seg og opplever stress knyttet til personens inaktivitet og de mulige følger dette kan ha for helsen hans.

Den siste erfaringsbaserte prosessen kalles *sosial frigjøring*. Denne kjennetegnes ved at personen oppnår bevissthet om sosiale normer knyttet til fysisk aktivitet, og kan samtidig knyttes til hvordan han oppdager muligheter i sitt sosiale miljø som kan bidra til å støtte opp om en nyvunnet livsstil med mer fysisk aktivitet. Oppdagelsen av muligheten for å bli med i en lokal turgruppe kan være et eksempel på sosial frigjøring – her kan personen både få styrket en gryende oppfatning av at fysisk aktivitet er verdsatt aktivitet, og han vil kunne få erfaring med et støttende miljø som kan bidra til å opprettholde motivasjonen.

### ATFERDSMESSIGE PROSESSER

De atferdsmessige prosessene gir viktige bidrag til endring først og fremst i de senere stadiene, i handlingsstadiet og i vedlikeholdsstadiet (Lerdal & Celius, 2011; Marcus, Banspach, et al., 1992; Marks et al., 2011). Å *finne erstatninger* er den prosessen som bidrar til å forme alternativer til en passiv livsstil med lite fysisk aktivitet. For en person som har hatt avislesing og TV-seing som sine faste helgeaktiviteter, vil det være viktig å finne ut hvordan mer fysiske aktivitetsformer kan erstatte noe av tiden som før ble brukt på aviser og TV.

Fysisk aktivitet kan gjerne utføres sammen med andre mennesker. Familie, venner, kolleger, naboer og andre bekjente kan spille en viktig rolle når det gjelder å etablere vanemessige aktiviteter og vedlikeholde disse, siden de representerer *støttende relasjoner* (Marks et al., 2011). Det kan være lettere å holde motivasjonen og innsatsen ved like når man er flere som holder på med et felles prosjekt.

*Belønning* er en sentral mekanisme for å forsterke atferd (Marks et al., 2011). Å belønne seg selv etter at man har vært fysisk aktiv, kan være med på å konsolidere det nye aktivitetsmønsteret, slik at sannsynligheten for at personen fortsetter med aktivitetene øker (Lerdal & Celius, 2011). En belønning kan for eksempel være å bevilge seg en



*Familie, venner, kolleger, naboer og andre bekjente kan spille en viktig rolle når det gjelder å etablere vanemessige aktiviteter og vedlikeholde disse. Foto Tom Wang*

tur på kino etter noen økter med fysisk aktivitet.

*Frigjøring av seg selv* dreier seg om at man har forpliktet seg til å være fysisk aktiv, og kontinuerlig velger å være det (Marks et al., 2011). Her handler det mye om å kunne se seg selv på en ny måte – personen må bli mer fortrolig med et bilde av seg selv som en som har en aktiv livsstil, og som utfører regelmessig fysisk aktivitet, og ikke lenger være bundet av rigide og begrensende selvoppfatninger.

*Endring av betingelser*, eller stimuluskontroll, vil si at personen former sin egen hverdag på en måte hvor han sørger for ikke å komme i situasjoner og forhold som bidrar til inaktivitet. Om situasjoner preget av fysisk inaktivitet tidligere har hatt en stor plass i livet, så kan nye og vedvarende møter med slike situasjoner representere en risiko for tilbakefall til en passiv og usunn livsstil (Marks et al., 2011).

### **Hvordan kan vi omsette denne kunnskapen til praksis?**

Gorczynski og medarbeidere har påpekt at intervensjoner med fokus på fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser ofte ikke har vært teoribaserte, og at dette kan ha ført til at intervensjonene har

vært lite effektive (Gorczynski, Faulkner, Greening, & Cohn, 2010). Det har videre blitt stilt spørsmål ved om TTM egentlig er en teori, eller om det snarere er en generell beskrivelse av hypotetiske endringsstadier som egentlig dreier seg om ulike grader av motivasjon (Marks et al., 2011). Adams og White (2005) har i tillegg vist til studier hvor individualiserte, stadiebaserte intervensjoner ikke var mer effektive enn intervensjoner med annen teoretisk forankring, og at TTM var nyttig som rettesnor kun i de tidlige endringsstadiene. De påpekte videre at også atferdsendring påvirkes av flere eksterne faktorer som TTM ikke inkluderer.

Til tross for denne kritikken har det vist seg at TTM gir en teoretisk forståelse av endringsprosesser som kan brukes til å bistå personer til å øke sitt nivå av fysisk aktivitet (Bezyak et al., 2011). Videre bør motivasjonsstrategier knyttet til fysisk aktivitet tilrettelegges i forhold til stadiet personen befinner seg i (Martinsen, 2011). Ifølge Lund og medarbeidere er det karakteristisk for mennesker med psykiske lidelser at de ofte sliter med å komme i gang og fortsette med betydningsfulle aktiviteter (Lund, Ouazzif, Edsberg, & Bonsaksen, 2009). Det er derfor viktig at

FASE	BESKRIVELSE	PROSESS	PRAKSIS
FØROVERVEIELSE	Fysisk inaktiv. Har ikke planer om å bli fysisk aktiv.	Bevisstgjøring, emosjonell reaksjon, revurdering av seg selv og av miljøet.	Helseinformasjon, informasjon om muligheter, kartlegging av personens erfaring.
OVERVEIELSE	Fortsatt fysisk inaktiv, men ønsker å endre på dette innen 6 mnd.	Bevisstgjøring, emosjonell reaksjon, revurdering av seg selv og av miljøet.	Bevisstgjørende samtaler, informasjon om fysisk aktivitet, vurdere fordeler og ulemper.
PLANLEGGING	Ikke regelmessig fysisk aktiv, men vil bli det innen 1 mnd. Har en konkret plan.	Personlig frigjøring.	Konkretisere planer, forslag til mål og aktiviteter, motivere og støtte til aktivitet og mestringsoppfatning.
HANDLING	Gjennomfører planen. Er regelmessig fysisk aktiv, men har vært det mindre enn 6 mnd.	Sosial frigjøring, finne erstatninger, stimuluskontroll, belønning, støttende relasjoner.	Støtte til aktivitet og mestring, positive tilbakemeldinger, evaluere måloppnåelse og prosess, forebygge tilbakefall.
VEDLIKEHOLD	Har vært regelmessig fysisk aktiv i mer enn 6 mnd.	Sosial frigjøring, finne erstatninger, stimuluskontroll, støttende relasjoner, (belønning).	Fortsette å støtte opp for å redusere faren for tilbakefall. Motivere for videre fysisk aktivitet.
TILBAKEFALL	Har vært fysisk aktiv, men har falt ut av aktivitet.		Avhengig av hvilken fase personen går tilbake til.

Tabell 1. Den transteoretiske modellen (TTM): Faser, prosesser og forslag til praksis. Bearbeidet etter Barth & Näsholm (2007), Lerdal & Celius (2011), Marcus et al (1992) og Marks et al (2011).

helsepersonell kan informere, veilede, oppmuntre, utfordre, forplikte, rose og støtte – alt etter behov – slik at personen kan starte og videreføre sin endringsprosess. TTM kan være et kognitivt hjelpemiddel for å kunne vite hvilke strategier som vil være mest nyttige å bruke for personer som er i ulike stadier av endring, og modellen kan dermed bidra til å strukturere kliniske intervensjoner (Gorczynski et al., 2010). Tabell 1 viser en oversikt over stadier og prosesser beskrevet i TTM, og viser forslag til praksis som kan utledes fra denne modellen.

I føroverveiellesfasen har personen ikke planer om å begynne med fysisk aktivitet, og innser kanskje ikke konsekvensene av dette. I denne fasen er det viktig at terapeuten informerer om betydningen av fysisk aktivitet for helsen. Terapeuten kan gjerne bruke samtale for å bli kjent og få overblikk over hvilke erfaringer personen har med fysisk aktivitet (Barth & Näsholm, 2007). Videre må terapeuten lytte til personens innsigelser og mulige grunner til *ikke* å endre, men samtidig gi grunner til å øke fysisk aktivitet og formidle at det er mulig å få til. Lerdal og Celius (2011) nevner at man blant annet kan gi

praktisk informasjon om hvilke treningstilbud som finnes i nærmiljøet.

I overveiellesfasen er personen klar over at den inaktive livsstilen ikke er gunstig, og er interessert i å begynne med fysisk aktivitet. Videre samtale mellom personen og terapeuten er viktig. Terapeuten må fortsette å lytte til utfordringene, og personen må kunne få uttrykke seg om fordeler og ulemper ved fysisk aktivitet. Slik kan det skje en bevisstgjøring hos personen (Marks et al., 2011; Prochaska et al., 1994). Det er fortsatt viktig med informasjon om sammenhengene mellom helse og fysisk aktivitet. Økt kunnskap kan bidra til at fordelene blir flere og ulempene færre i personens vurdering. Videre kan man gi forslag om å lese aktuelle blader og magasiner, og man kan tipse om TV- eller radioprogrammer som omhandler disse temaene (Lerdal & Celius, 2011). Å lytte til andre som har erfaring – særlig til de som har personlig erfaring med det arbeidet som kreves for å øke fysisk aktivitet – kan også være et godt virkemiddel. Barth og Näsholm (2007) angir at det er viktig å få fram og fokusere på ressursene personen innehar, men at det kan være for tidlig å komme med konkrete tiltak og

aktiviteter i denne fasen. Dersom personen fortsatt er i tvil om han ønsker å endre på sin aktivitet, kan forslag til en konkret utforming av endringen virke påtrengende og i stedet hemme endringsprosessen (Barth & Näsholm, 2007).

Helsepersonell kan med fordel undersøke konkret med den enkelte hvilken motivasjon han har for endring, og ikke anta en manglende endringsmotivasjon knyttet til at personen har en psykisk lidelse eller har vist manglende motivasjon tidligere. Archie og medarbeidere (2007) fant at flere var klare til å overveie en livsstilsendring enn det helsepersonellet trodde. Dette kom også frem i en annen studie, hvor det viste seg at flertallet av studiedeltakerne befant seg nettopp i overveiellesfasen (Gorczyński et al., 2010).

I forberedelsesfasen er personen i ferd med å sette tankene ut i handling, og forbereder seg på endringsarbeidet. Han forsøker seg i denne fasen gjerne litt fram med å delta i fysisk aktivitet. Personen skal i samarbeid med terapeuten utvikle en konkret plan for hvordan endringen kan gjennomføres. Planen kan inneholde kortsiktige og langsiktige mål, forslag til konkrete aktiviteter og når disse skal gjennomføres. Det er viktig at aktivitetene er noe som personen liker eller kan tenkes å like; da blir motivasjonen større. Terapeuten må fortsette å oppmuntre og motivere for videre endring (Lerdal & Celius, 2011; Martinsen, 2011). Den planlagte aktiviteten bør helst utføres innen en måned etter planen er lagt, slik at motivasjonen og beslutningen ikke mister sin verdi (Barth & Näsholm, 2007).

I handlingsfasen skal personen utføre de planlagte handlingene. I denne fasen må terapeuten fortsette å motivere og oppmuntre til fysisk aktivitet. Dette kan med fordel skje med henvisning til personens egen mestring i aktivitet – suksesserfaringer er en viktig vei mot å styrke opplevelsen av egen mestring (Bandura, 1997), noe som i sin tur gjerne styrker motivasjonen for aktivitet (Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal, 2013; Bonsaksen, Lerdal, & Fagermoen, 2012; Marcus, Selby, et al., 1992; Mostad et al., 2013). Erfaringer med aktivitet i grupper kan også være hensiktsmessig. Et moment med intervensjoner i grupper er knyttet til gruppesammensetningen. Dersom gruppe medlemmene er i omtrent samme endringsfase, vil sjansen være størst for å utnytte prosesser knyttet til sosial frigjøring (erfaring med positive sosiale normer og muligheter i sitt sosiale miljø) og støtte gjennom sosiale relasjoner. Terapeuten skal bidra til at personen lett kan se resultatet av endringsarbeidet. De kan sammen sammenlikne

hvordan ting er nå i forhold til før, se på hvilke mål som er oppnådd, og holde fokus på fremskrittene (Barth & Näsholm, 2007). Terapeuten kan også informere om faren for tilbakefall og gi råd om hvordan slike faser kan forebygges – og eventuelt mestres.

I vedlikeholdsfasen har fysisk aktivitet blitt til en rutine i hverdagen, og personen opplever å mestre det han gjør. Fokuset for terapeuten blir også her å fortsette med å oppmuntre og støtte opp om ny mestring, samt å bidra til å forebygge tilbakefall. Terapeuten kan også bidra til å bevisstgjøre personen om hvordan han føler seg nå i forhold til tidligere stadier. På denne måten kan personen motiveres til å fortsette med fysisk aktivitet (Barth & Näsholm, 2007).

## Konklusjon

TTM ble opprinnelig utviklet som en overordnet forståelse av endringsprosesser knyttet til distinkte atferder, som for eksempel røyking. Det kan være vanskeligere å bruke modellen som rettesnor for klinisk arbeid for å fremme sammensatte aktiviteter og atferdsmessige strategier, og for mange som lever med kronisk sykdom, vil nettopp dette være behovet (Holberg & Finlayson, 2007). Tross kritiske bemerkninger har vi i denne artikkelen vist hvordan TTM kan fungere som en rettesnor for klinisk arbeid knyttet til helserelatert atferdsendring. Vårt eksempel har vært hvordan modellen kan bidra til å skreddersy motiverende tiltak og strategier for å fremme fysisk aktivitet for personer som er plaget av depresjon. Dette handler gjerne om å finne fram til de riktige strategiene og bruke disse til riktig tid. Vi har beskrevet kjennetegn ved tenkning, følelser, og aktivitet blant personer som befinner seg i hvert av de fem endringsstadiene, og vi har beskrevet de kognitive og atferdsmessige prosessene som i ulik grad påvirker personens endringsforløp. Modellen synes egnet til å forklare viktige sider ved endringsprosesser, og helsepersonell vil kunne oppnå en bedre forståelse av klienten, samt sikre kvalitet og teoretisk forankring ved å orientere seg ut fra TTM.

## Referanseliste

- Adams, J., & White, M. (2005). Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Education Research*, 20(2), 237-243. doi: 10.1093/her/cyg105
- Archie, S. M., Goldberg, J. O., Akhtar-Danesh, N., Landeen, J., McColl, L., & McNiven, J. (2007). Psychotic disorders, eating habits, and physical activity: who is ready for lifestyle chan-



- ges? *Psychiatric Services*, 58(2), 233-239. doi: 10.1176/appi.ps.58.2.233
- Baird, T., Tempest, S., & Warland, A. (2010). Service users' perceptions and experiences of goal setting theory and practice in an inpatient neurohabilitation unit. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(8), 373-378. doi: 10.4276/030802210X12813483277189
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Barth, T., & Näsholm, C. (2007). Modeller for endring. In T. Barth & C. Näsholm (Eds.), *Motiverende samtale - endring på egne vilkår* (pp. 68-81). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bezyak, J. L., Berven, N. L., & Chan, F. (2011). Stages of change and physical activity among individuals with severe mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 182-190. doi: 10.1037/a0024207
- Bonsaksen, T., Fagermoen, M. S., & Lerdal, A. (2013). Trajectories of self-efficacy in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study (in press). *Psychology & Health*. doi: 10.1080/08870446.2013.856432
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2012). Factors associated with self-efficacy in persons with chronic illness. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(4), 333-339.
- Cropley, M., Ayers, S., & Nokes, L. (2003). People don't exercise because they can't think of reasons to exercise: an examination of causal reasoning within the Transtheoretical Model. *Psychology, Health & Medicine*, 8(4), 409-414. doi: 10.1080/13548500310001604540
- Eriksson, C., Tham, K., & Guidetti, S. (2013). Occupational therapists' experiences in integrating a new intervention in collaboration with a researcher. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(4), 253-263. doi: 10.3109/11038128.2012.727864
- Faulkner, G., & Carless, D. (2006). Physical activity in the process of psychiatric rehabilitation: Theoretical and methodological issues. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(4), 258-266. doi: 10.2975/29.2006.258.266
- Gorczynski, P., Faulkner, G., Greening, S., & Cohn, T. (2010). Exploring the construct validity of the transtheoretical model to structure physical activity interventions for individuals with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 61-64. doi: 10.2975/34.1.2010.61.64
- Holberg, C., & Finlayson, M. (2007). Factors influencing the use of energy conservation strategies by persons with multiple sclerosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(1), 96-107.
- Lerdal, A., & Celius, E. H. (2011). Trening på resept - en hjelp til å endre levevaner basert på den transteoretiske modellen. In A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Eds.), *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (pp. 161-184). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lowther, M., Mutrie, N., & Scott, E. M. (2007). Identifying key processes of exercise behaviour change associated with movement through the stages of exercise behaviour change. *Journal of Health Psychology*, 12(2), 261-272. doi: 10.1177/1359105307074253
- Lund, H. T., Ouazzif, L., Edsberggløkken, V., & Bonsaksen, T. (2009). Fysisk aktivitet ved alvorlig psykisk lidelse: Bakgrunn, intervensjon og kliniske erfaringer. *Ergoterapeuten*, 52(9), 30-33.
- Marcus, B. H. (1995). Exercise behavior and strategies for intervention. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 66(4), 319-323.
- Marcus, B. H., Banspach, S. W., Lefebvre, R. C., Rossi, J. S., Carleton, R. A., & Abrams, D. B. (1992). Using the Stages of Change Model to increase the adoption of physical activity among community participants. *American Journal of Health Promotion*, 6(6), 425-429.
- Marcus, B. H., Selby, V. C., Niaura, R. S., & Rossi, J. S. (1992). Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63(1), 60-66.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Estacio, E. V. (2011). *Health Psychology: Theory, Research and Practice* (3 ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Martinsen, E. W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 25-29.
- Martinsen, E. W. (2011). Kropp og sinn: Fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi. (2 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Mostad, M., Skjelbred, M. S., Bråten, V., & Bonsaksen, T. (2013). Forventning om mestring - et perspektiv på aktivitetsmotivasjon blant klienter med depresjon. *Ergoterapeuten*, 56(4), 30-35.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykkiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Nasjonalt folkehelseinstitutt-rapport nr. 8).
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2010). Stages of Change. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 143-154. doi: 10.1002/jclp.20758
- Nyboe, L., & Hvalsøe, B. (Eds.). (2009). *Lærebog i psykiatri for ergoterapeuter og fysioterapeuter*. København: Munksgaard.
- Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Trans-theoretical therapy - toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19(276), 288.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Rossi, S. R. (1994). Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46. doi: 10.1037/0278-6133.13.1.39
- Randomski, M. V. (2011). More than good intentions: Advancing adherence to therapy recommendations. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(4), 471-477.
- Saxena, S., Van Ommeren, M., Tang, K., & Armstrong, T. (2005). Mental health benefits of physical activity. *Journal of Mental Health*, 14(5), 445-451. doi: 10.1080/09638230500270776



# Personvern hensyn og etiske problemstillinger ved publisering av fagartikler i Ergoterapeuten

**I denne artikkelen vil vi kort gjennomgå noen aspekter ved meldeplikten og kriterier for behandling av personopplysninger i forskning og kvalitetssikring.**

Av Anne-Mette Somby og Katrine Utaaker Segadal,



*Anne-Mette Somby er cand. polit i administrasjon- og organisasjonsvitenskap. Hun er seniorrådgiver ved Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.*



*Katrine Utaaker Segadal har master i administrasjon- og organisasjonsvitenskap. Hun er seksjonsleder ved Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.*

Fagartiklene i Ergoterapeuten varierer i både tematikk og bakenforliggende forskningsmetodikk. Tematikken favner ergoterapifaglig stoff, organisasjonsstoff og helse- og sosialpolitikk. Noen av artiklene baserer seg på data hentet fra prosjekter som gjennomføres helt anonymt (uten at det samles inn/behandles opplysninger om enkeltpersoner), mens andre baserer seg på data fra prosjekter hvor det er blitt behandlet opplysninger om enkeltpersoner. Disse opplysningene kan være av sensitiv eller ikke-sensitiv karakter, men ofte vil det innenfor dette fagfeltet være et fokus på helse, og dermed vil mange artikler basere seg på sensitive opplysninger samlet inn fra enkeltpersoner.

Før publisering av fagartikler basert på opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner, må behandlingen meldes til et personvernombud (eventuelt til Datatilsynet<sup>i</sup>) eller REK (Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk<sup>ii</sup>). Dersom behandlingen (forskningsprosjektet) har som formål å skaffe ny kunnskap om sykdom og helse,<sup>iii</sup> skal det til REK. Øvrige formål skal meldes til personvernombudet.

Ansatte (og studenter) ved institusjoner som har valgt NSD som sitt personvernombud, skal melde sine forskningsprosjekter til NSD dersom meldeplikten utløses. Meldeplikten ved behandling av personopplysninger er lovpålagt, og prosedyren med melding til NSD er bestemt av institusjonen. Dersom prosjektet gjennomføres ved institusjoner som ikke har avtale med NSD, skal prosjektet meldes til Datatilsynet eller til eget ombud der det finnes.

Prosjekter som omfattes av helseforskningslovens bestemmelser, må søke REK om godkjenning. Ved tvilstilfeller kan REK kontaktes i forkant.

## NÅR GJELDER MELDEPLIKTEN?

Både ansatte og studenter bør sette seg inn i når meldeplikten gjelder, og institusjonene bør utvikle

rutiner for å ivareta dette. Meldeplikten gjelder også for prosjekter som ikke er et ledd i forskning. Det betyr at kvalitetssikring<sup>iv</sup> eller fagutvikling skal meldes dersom personopplysninger behandles. En personopplysning er en opplysning/vurdering som kan knyttes til en person. Opplysninger kan for eksempel knyttes til en person via fødselsnummer, navn, e-postadresse/IP-adresse eller referansenummer som viser til en navneliste, via bilde/video av ansikter eller ved å sammenstille flere bakgrunnsopplysninger. Dersom opplysningene ikke kan tilbakeløses til en enkeltperson, regnes det ikke som en personopplysning.

Behandlingen er meldepliktig dersom du skal behandle personopplysninger ved hjelp av:

- Datamaskinbasert utstyr (for eksempel i form av dokumenter, lyd- eller bildefiler på PC, minnepenn eller smarttelefon) og/eller
- Manuell systematisering av sensitive opplysninger, ordnet etter navn eller fødselsnummer.

Merk at meldeplikten gjelder uavhengig av om all rapportering fra prosjektet er anonym. Det er hvordan forfatteren behandler personopplysninger underveis, fra datainnsamlingen starter til resultatene publiseres, som avgjør om prosjektet må meldes. Dersom det utelukkende behandles anonyme data i prosjektet fra innsamling til publisering, er prosjektet ikke meldepliktig.

## INKLUSJON OG FØRSTEGANGSKONTAKT

Innenfor fagfeltet ergoterapi vil det ofte være aktuelt å rekruttere deltakere via for eksempel sykehus eller andre helserelaterte institusjoner. Dette reiser sentrale juridiske og forskningsetiske spørsmål. Rekruttering av deltakere via sykehus eller andre institusjoner må for det første gjennomføres slik at taushetsplikten ikke er til hinder, og for det andre slik at forskningsdeltakelse oppleves som frivillig. Forespørselen bør derfor formidles av noen som har naturlig tilgang til kontaktopplysninger om pasienten/klienten, men som fortrinnsvis ikke står i et direkte behandlingsforhold til vedkommende (for eksempel avdelingsleder).

Når barn skal delta, er det også noen hensyn som må ivaretas. Det er ikke uvanlig å rekruttere gjennom skole eller barnehage. Selv om skole eller barnehage er en obligatorisk arena for barn, foreldre og ansatte, skal deltakelse i forskning være frivillig. Forespørselen må derfor alltid rettes på en slik måte at de forespurte ikke opplever press om å delta,

gjærne ved å understreke at det ikke vil påvirke forholdet til barnehagen eller skolen om en ønsker å være med i studien eller ikke. Videre bør det planlegges et alternativt opplegg for de som ikke deltar. Dette er særlig relevant ved utfylling av spørreskjema i skoletiden, og ved lyd- eller filmopptak.

Når barn deltar aktivt, er deltakelsen alltid frivillig for barnet, selv om foreldrene samtykker. Det innebærer at barnet bør få tilpasset informasjon, og at forsker må få barnets aksept under datainnsamlingen. I tråd med dette bør den som foretar datainnsamlingen ha tilstrekkelig kompetanse til å tilpasse fremgangsmåten slik at barnets behov ivaretas.

## INFORMASJON OG SAMTYKKE

All behandling av personopplysninger skal som hovedregel baseres på et samtykke fra den opplysningene gjelder.<sup>v</sup> Det finnes muligheter for unntak fra samtykkekravet for forskning<sup>vi</sup> og kvalitetssikring.<sup>vii</sup> Disse unntaksbestemmelsene kan være relevante der en ikke er i direkte kontakt med dem det forskes på, og det av ulike grunner ikke lar seg gjøre å innhente samtykke. Blant annet i store registerstudier der opplysningene hentes fra for eksempel de sentrale helseregistrene (Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister, Norsk Pasientregister o.a.) eller i kvalitets-sikringsprosjekter i helsetjenesten som har hjemmel i lov.<sup>viii</sup>

For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert.<sup>ix</sup> Et frivillig samtykke betyr at det skal være avgitt uten ytre press, og at det kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt, uten at det får negative konsekvenser for deltakeren. Forhold som kan gå utover frivilligheten, er eksempelvis betaling eller premiering, eller gjentatte purringer over tid. Presentasjonen av prosjektet kan også påvirke frivillighetsaspektet, for eksempel dersom det presenteres som en fortsettelse eller utvidelse av et behandlingstilbud.

Et uttrykkelig samtykke må være aktivt. Man må klart og utvetydig ha sagt ja til deltakelse i prosjektet, det er ikke nok at man gis anledning til å reservere seg fra å delta.

For at samtykket kan sies å være informert, må den som forespørres om å delta, forstå hva samtykket gjelder, og hvilke konsekvenser det har å gi sitt samtykke til deltakelse i det aktuelle forskningsprosjektet. Samtidig må ikke informasjonen være så detaljert at det virker forvirrende, eller at fokus flyttes fra det som faktisk kan true personvernet.



Den bør gis på informantenes morsmål eller et språk de behersker godt, samt gis i en språkform som er forståelig for den aktuelle gruppen.

Informasjon til den som skal samtykke må minst omfatte:<sup>x</sup>

- Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig
- Forskers (eventuelt student og veileders) kontaktopplysninger
- Prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- At det er frivillig å delta, og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn
- Når prosjektet skal avsluttes, og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring.

Informasjonen kan gis muntlig eller skriftlig, eller som en kombinasjon. Hovedprinsippet er at informantenes rettigheter skal ivaretas best mulig, slik at dersom man for eksempel gir muntlig informasjon, bør det også gis et muntlig samtykke og ikke skriftlig. Her er det imidlertid ikke noe fasitsvar. Samtykket kan altså være muntlig eller skriftlig, men forsker har et ansvar for å vurdere hva som er mest formålstjenlig for de inkluderte i studien. Aktive handlinger som å stille til intervju eller besvare et spørreskjema er også å regne som samtykke.

Dersom det skal være mulig å dokumentere samtykket i etterkant, må det vanligvis gis skriftlig. Et dokumenterbart samtykke kan i noen sammenhenger være en fordel, for eksempel dersom det skal oppheve noens taushetsplikt, eller når foreldre samtykker på vegne av barn. Et skriftlig samtykke kan også være med på å oppfylle vilkårene for og muligheten til etterrettelighet og redelighet i forskningen.

Noen prosjekter er designet på en måte som gjør at skriftlige samtykker ikke er naturlig, for eksempel feltstudier. Andre ganger kan utvalget være avgjørende for om det skal innhentes skriftlig samtykke eller ikke. Dersom utvalget ikke kan skrive, vil selvsagt muntlig samtykke være å foretrekke.

Barn og personer med redusert samtykkekompetanse kan inkluderes i forskning, men kan vanligvis ikke avgi et gyldig samtykke. I henhold til tolkning av bestemmelsene i personopplysningsloven er det bare personer over 18 år som kan avgi gyldig samtykke. Praksis er likevel at barn og ungdom i noen prosjekter kan samtykke selv. Det vil imidlertid avhenge av prosjektets karakter, hvilke opplysning-

ger som samles inn, og barnets eller ungdommens modenhet.

## SÅRBARE GRUPPER

I en del tilfeller er det aktuelt å forske på pasienter eller andre sårbare grupper. Vær da oppmerksom på at forskning på sårbare grupper skal gjennomføres bare dersom det ikke er mulig å løse problemstillingen på annen måte.<sup>xi</sup> Sårbarhet er ikke enkelt å definere. Alle pasienter er ikke sårbare, men det kan finnes pasientgrupper som er spesielt sårbare.

Sårbarhet opptrer ofte samtidig med redusert eller manglende samtykkekompetanse, det vil si at personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse også er i en sårbar situasjon. Spørsmålet om redusert eller manglende samtykkekompetanse hos voksne kan være aktuelt i forbindelse med forskning på personer med psykisk utviklingshemming, personer med psykiske lidelser, personer med demens og ruspåvirkete personer.<sup>xii</sup> Vurderingen bør imidlertid ikke basere seg på gruppetilhørighet. Samtykkekompetansen må vurderes individuelt hos hver enkelt potensiell deltaker.<sup>xiii</sup>

Personvernombudet ved NSD samarbeider med NESH (Den nasjonale etiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora). I de tilfeller hvor det er vanskelig å avveie samfunnets nytteverdi mot belastningen den enkelte vil oppleve, kan det være aktuelt å be NESH om råd. Dersom personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse skal inkluderes i forskning, er hovedregelen at nærmeste pårørende informeres og bes om samtykke til deltakelsen i studien. Videre må deltakerne få tilpasset informasjon og forespørres om deltakelse i den grad dette er mulig. Ethvert uttrykk for at vedkommende motsetter seg deltakelse, skal respekteres. I tillegg må følgende være oppfylt:

- Det må være nødvendig for formålet å inkludere personer med redusert samtykkekompetanse
- Forskingen må ikke kunne utføres på personer som er i stand til å samtykke<sup>xiv</sup>
- Det må være grunn til å anta at resultatene av forskningen kan være til nytte for den aktuelle personen eller for gruppen<sup>xv</sup>
- Eventuell risiko eller ulempe for personen må være ubetydelig (spesielt dersom den direkte nytten for den enkelte som inkluderes, er fraværende, usikker eller ligger langt frem i tid)<sup>xvi</sup>
- Det må ikke være grunn til å tro at personen ville motsatt seg deltakelse i forskningsprosjektet hvis vedkommende hadde hatt samtykkekompetanse,

og ethvert uttrykk fra en forsøksperson som motsetter seg deltakelse, skal respekteres<sup>xvii</sup>

- I noen prosjekter kan det være aktuelt å kontakte REK for å avklare nødvendigheten av eventuell dispensasjon fra taushetsplikten, for eksempel i observasjonsstudier.

Personer med samtykkekompetanse kan også være sårbare, og man må ta hensyn til dette ved inklusjon i prosjekter. Eksempel på sårbare grupper er rusmisbrukere, innsatte, asylsøkere og barn og ungdom. Hvorvidt det må tas spesielle hensyn, avhenger av prosjektets formål og design.

Det kan oppleves belastende å delta i forskning. Belastningen informantene utsettes for, må stå i et rimelig forhold til den samfunnsmessige og vitenskapelige nytten av den aktuelle studien. I studentprosjekter har veileder et særskilt ansvar for planlegging av datainnsamlingen, for god oppfølging av både studenter og informanter, samt for at prosjektet gjennomføres i tråd med forskningsetiske retningslinjer.

Den som foretar datainnsamling, bør ha kompetanse til å gjøre dette på en slik måte at belastningen på deltakerne blir minst mulig. Dette gjelder spesielt ved forskning med inklusjon av personer fra såkalte sårbare grupper. Man bør være forberedt på å håndtere eventuelle problemer som kan oppstå, både underveis og etter datainnsamling. For eksempel kan enkelte informanter ha behov for oppfølging, eller det kan oppstå vanskelige situasjoner der forsker må vurdere taushetsplikt opp mot varslingsplikt. Det er nyttig å ha erfaring med gruppen eller feltet det forskes på, eller være tilknyttet en forskningsgruppe med slik kompetanse.

### **DATAINNSAMLING PÅ EGEN ARBEIDSPASS**

Datainnsamling på egen arbeidsplass reiser noen etiske og juridiske utfordringer. Som ansatt/behandler og forsker på samme tid inntar man en dobbeltrolle, og må være oppmerksom på en del problemstillinger dette reiser.

Ved rekruttering av informanter på egen arbeidsplass må det for det første tydeliggjøres overfor deltakere at en inntar en ny rolle som forsker i forbindelse med prosjektet, og at det som skjer ikke er en del av det ordinære behandlingstilbudet som sådant.

Videre bør en være oppmerksom på at prinsippet om frivillig deltakelse kan trues når de som forespørres om deltakelse står i et direkte avhengighets-

forhold til forskeren. Det kan oppleves vanskelig for pasienter/brukere å si nei til å delta i sin behandlers prosjekt. Dette kan løses på ulike måter, for eksempel ved å la ledelsen eller kollegaer ta kontakt på forskers vegne. Videre må det tydeliggjøres at det er helt frivillig å delta, og at det ikke vil få noen konsekvenser for pasientene/brukerne om de ikke ønsker å delta i prosjektet, eller senere velger å trekke seg.

Et tredje forhold en bør være oppmerksom på, er bruk av kunnskap i prosjektet som en har tilegnet seg om pasientene fordi man er deres behandler. Det vil være viktig å skille mellom den kunnskapen en allerede har i kraft av sin stilling, og de opplysningene eller dataene man innhenter som forsker. I prinsippet er det kun de dataene man konkret har innhentet som forsker en kan benytte i prosjektet, og en kan ikke uten samtykke trekke inn forhold og situasjoner en har fått kjennskap til som behandler.

Dersom det er ønskelig å benytte opplysninger hentet fra journaler eller saksmapper til forskning, må det i utgangspunktet innhentes samtykke til det fra den enkelte pasient eller bruker. Dette gjelder selv om en som arbeidstaker kjenner til disse opplysningene fra før. Hvis det ikke lar seg gjøre å innhente samtykke fra den enkelte, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten fra rette instans.<sup>xviii</sup> Opplysninger som kommer fram i forbindelse med forskning, kan heller ikke uten videre overføres til journalen eller saksmappen. Forsker har også taushetsplikt, og det er viktig å være klar over at denne taushetsplikten ikke er ensbetydende med den taushetsplikt man har i kraft av sin stilling.

### **INFORMASJONSSIKKERHET**

I forbindelse med et forsknings- eller kvalitets-sikringsprosjekt og det videre arbeidet med en fagartikkel, kan personidentifiserende data behandles på mange ulike måter: på papir, lagres elektronisk, overføres via post eller elektroniske media. Uansett hvilken form data har, eller hvilket middel de formidles gjennom og lagres på, bør de alltid beskyttes på en tilfredsstillende måte.

Informasjonssikkerhet handler om å sikre konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet ved behandling av personopplysninger. Kravet til konfidensialitet innebærer at en skal hindre uvedkommende i å få tilgang på opplysningene. Å sikre integritet betyr at ingen uautorisert eller utilsiktet skal kunne endre opplysninger. Tilgjengelighetskravet dreier seg om å sikre tilgang når det er nødvendig. Institusjonen som forskeren eller studenten er tilknyttet, har ansvar

for å ha overordnede rutiner for informasjonssikkerhet på plass.<sup>xi</sup> Prosjektleder har ansvar for å følge institusjonens rutiner på dette området. Den som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på at all informasjon de gir om personlige forhold, behandles konfidensielt.<sup>x</sup> Informasjonssikkerhetstiltakene i det enkelte prosjekt må tilpasses type, identifiseringsgrad og omfang av personopplysninger som behandles. Svært sensitive og omfattende opplysninger krever et annet sikkerhetsnivå enn opplysninger som ikke er sensitive og av begrenset omfang. Det avgjørende er hvilke konsekvenser det kan få dersom opplysningene kommer på avveie, og hvor stor risiko det er for at dette kan skje.

For å sikre konfidensialitet er det ofte enkle tiltak som bør iverksettes i det enkelte prosjekt. Som en hovedregel bør navn, fødselsnummer og andre direkte identifiserende opplysninger ikke registreres og lagres sammen med øvrige data. Disse opplysningene erstattes med et nummer, en kode, fiktive navn eller lignende som i datamaterialet viser til en atskilt liste med de direkte identifiserende opplysningene. Denne koblingsnøgkelen må oppbevares fysisk atskilt fra data. Den skal fortrinnsvis lagres på et eget og sikkert område på virksomhetens server med begrenset tilgang. Alternativt kan den oppbevares i papirformat eller på et bærbart lagringsmedium, da nedlåst og kun tilgjengelig for prosjektleder og eventuelle medarbeidere.

Konfidensialitet kan også enkelt ivaretas gjennom å passordbeskytte datafiler. Dette er spesielt viktig dersom en benytter bærbare lagringsenheter, som minnepinner og smarttelefoner.

Personopplysninger skal som hovedregel ikke sendes per e-post. E-post er i utgangspunktet ukryptert, som betyr at det kan være mulig for andre å lese innholdet. Ukryptert e-post kan sammenliknes med å sende et postkort. Dersom en ikke ville ha sendt informasjonen slik, bør en heller ikke sende den i en e-post. For å beskytte innholdet i en e-post kan den krypteres. Sensitive personopplysninger som skal sendes per e-post eller på annen måte overføres over nettet, bør alltid krypteres.

### **ANONYM PUBLISERING**

Hovedregelen er at forskningsresultater skal publiseres anonymt. Forskeren har et ansvar for å hindre formidling av informasjon som kan skade enkeltpersonene som har deltatt i prosjektet.<sup>xii</sup> Bak dette kravet ligger grunnleggende personvern hensyn som behov for personlig integritet og beskyttelse av privatlivets fred.

I praksis vil dette innebære at en ikke må gjengi opplysninger i fagartikkelen som kan gjøre det mulig å identifisere enkeltpersoner, med mindre det er innhentet samtykke for en slik publisering. Da er det særlig viktig å være oppmerksom på detaljnivået i beskrivelsen av enkeltkasus. Opplysninger om for eksempel institusjonstilknytning kombinert med kjønn, alder og diagnose, kan medføre at enkeltpersoner kan gjenkjennes. Også en svært detaljert beskrivelse av bakgrunn og historikk kan gjøre forskningsdeltakeren identifiserbar.

Dersom det er nødvendig å publisere personidentifiserende opplysninger, må det innhentes eksplisitt samtykke til det. I slike tilfeller bør informanten gis anledning til eventuell sitatsjekk i forkant av publisering. I tillegg må forsker gjøre en selvstendig vurdering av hvorvidt det er forsvarlig å publisere personopplysninger utfra hensynet til informanten og eventuelle tredjepersoner.

### **GRÅSONER OG BRUK AV SKJØNN**

I denne artikkelen er det gjort rede for hovedregler for behandling av personopplysninger i forskning og kvalitetssikring. Det finnes en rekke unntak og gråsoner som kan aktualiseres i løpet av et prosjekt. I prosjekter som behandler personopplysninger, foretas en rekke avveininger mellom personvern hensyn og samfunnsnytte. Designet må tilpasses de etiske og juridiske rammene samtidig som uventede problemstillinger kan oppstå. Personvernombudet ved NSD kan bistå med råd og veiledning i alle faser av et prosjekt. Ofte kan det være lurt å ta kontakt i en tidlig fase for å utforske de muligheter og utfordringer prosjektet har.

### **Kilder**

- 
- Lov av 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)
  - Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
  - Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)
  - Lov av 18. mai 2001 nr. 24 Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)
  - Lov av 20. juni 2008 nr. 44 Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)
  - Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi, NESH 2005
  - Redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning. Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse, NEM 2005

En veiledning om internkontroll og informasjonssikkerhet,  
Datatilsynet 2009

## Referanser

---

<sup>i</sup> Jf. personopplysningsloven § 31

<sup>ii</sup> Jf. helseforskningsloven § 9

<sup>iii</sup> Jf. helseforskningsloven § 2

<sup>iv</sup> Kvalitetssikring kan defineres som prosjekter, undersøkelser eller evalueringer som har som formål å kontrollere at den virksomheten en driver (diagnostikk og behandling) faktisk gir intenderte resultater. Helsepersonelloven § 26 åpner for at ansatte i helsetjenesten kan drive kvalitetssikring som forutsetter bruk av personidentifiserbare opplysninger, uten hinder av taushetsplikten. En slik behandling vil medføre meldeplikt, jf. helseregisterloven §§ 5 og 29. Kvalitetssikring kan også gjennomføres utenfor helsesektoren og meldeplikten kan være til stede.

<sup>v</sup> Jf. personopplysningsloven §§ 8 1.alternativ og 9 a)

<sup>vi</sup> Jf. personopplysningsloven §§ 8 d) og 9 h)

<sup>vii</sup> Jf. personopplysningsloven §§ 8 d) og 9 h)

<sup>viii</sup> Jf. helsepersonelloven § 26

<sup>ix</sup> Jf. personopplysningsloven § 2 nr. 7

<sup>x</sup> Jf. personopplysningsloven § 19

<sup>xi</sup> Se Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi nr. 22 om utsatte grupper.

<sup>xii</sup> Jf. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi nr. 9.

<sup>xiii</sup> Jf. Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse nr. 6

<sup>xiv</sup> Jf. Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse nr. 2a

<sup>xv</sup> Jf. Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse nr. 2b

<sup>xvi</sup> Jf. Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse nr. 3

<sup>xvii</sup> Jf. Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse nr. 12

<sup>xviii</sup> Se Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi nr. 34 om veileders ansvar.

<sup>xviii</sup> Jf. forvaltningsloven § 13 d.

<sup>xix</sup> Jf. personopplysningsloven § 13.

<sup>xx</sup> Jf. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi nr. 14

<sup>xxi</sup> Jf. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi nr. 14.



# FAGARTIKLER I ERGOTERAPEUTEN

## – STATUS OG OPPDATERTE RETNINGSLINJER FRA 2014

**Artikkelen presenterer oppdaterte formelle retningslinjer for fagtidsskriftet Ergoterapeuten. Et av målene med retningslinjene er å bistå forfatterne i deres skriveprosess. Tydelige krav og standarder letter arbeidet med å skrive en god, og dermed publiserbar, fagartikkel.**

Av Cathrine Hagby og Tore Bonsaksen



*Cathrine Hagby er ergoterapeut og arbeider ved NAV Hjelpemiddelsentral Buskerud, Drammen. E-post: Cathrine.Hagby@nav.no*



*Tore Bonsaksen er høyskolelærer ved Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo*

**D**et har i mange år vært mulig å finne tips på Ergoterapeutens nettsider om hvordan man kan og bør skrive fagartikler som søkes publisert i tidsskriftet. Først i 2010 publiserte redaksjonskomiteen imidlertid en artikkel som i detalj søkte å presisere både de innholdsmessige og de mer tekniske kravene som stilles til innsendte fagartikler (Hagby & Bonsaksen, 2010). Vi hadde to mål med å presisere kravene. Dels var målet å bistå forfatterne i deres skriveprosess – tydelige krav og standarder letter arbeidet med å skrive en god og dermed publiserbar fagartikkel. Dels var det også et mål for redaksjonen å motta artikler som var mer like formmessig, slik at vi i større grad kunne konsentrere oss om en vurdering av innholdet i artiklene.

Vi oppfatter det slik at disse målene i stor grad er nådd. Manuskripter som sendes inn til tidsskriftet, forholder seg definitivt til de standardene som er beskrevet, om enn fortsatt i noe varierende grad. Etter vår oppfatning har fagartiklene som de siste fire årene har nådd frem til publisering i Ergoterapeuten holdt et høyere nivå enn i tidligere år, faglig såvel som i måten stoffet er presentert på. Dette har naturlig sammenheng med at mange ergoterapeuter

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

de seneste årene har gjennomført fagutviklingsprosjekter, og mange har avlagt mastergradseksamen og gjennomført andre typer videre- og etterutdanninger. Dette genererer i seg selv både skrivetrening og gode temaer å skrive om. Vi er åpne for at en presisering av krav og standarder kan gi en følelse av at nåløyet blir trangere, og at det kan holde enkelte borte fra å sende stoffet sitt til Ergoterapeuten. De fleste innsendte bidrag når imidlertid frem til publisering etter revisjon.

Vår revisjon av retningslinjene for utforming av fagartikler er ikke veldig omfattende. For en stor del består den av justeringer og språklige presiseringer av det som har vært gjeldende de siste fire årene. To områder er det likevel grunn til å fremheve. Det ene er av teknisk karakter, og medfører at lengden på innsendte manuskripter til Ergoterapeuten skal være inntil 4000 ord (eksklusive referanser, tabeller og figurer). Dette grepet har flere begrunnelser. Artiklene i Ergoterapeuten blir mer leservennlige. For de fleste er det lettere å lese litt enn mye. Et kortere artikkelformat harmonerer også bedre med tidsskriftet som universelt utformet. Det vil samtidig stimulere forfatterne til å uttrykke seg så klart og presist som mulig, slik at de får fram poengene sine innenfor det knappere formatet. Kortere artikler vil også åpne for flere publiserte artikler i samme nummer, noe som kan stimulere til en bredere dekning av aktuelle temaer enn hva som er mulig med dagens ordning.

Det andre området dreier seg om fagartiklenes krav til etterrettelighet hva angår etiske vurderinger og personvern hensyn. Dette er et viktig område også for fagformidling som ligger i randsonen av hva som kan karakteriseres som forskning. Redaksjonen mener derfor at også fagartikler skal kunne la seg etterprøve med tanke på hvilke etiske vurderinger som er foretatt. Det kan derfor bli aktuelt å etterspørre godkjenninger fra offentlige instanser som Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller instanser som regulerer innsamling og oppbevaring av personopplysninger (Datatilsynet, Personvernombudet og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)), dersom artikkelens innhold tilsier det. På generelt grunnlag oppfordrer vi alle bidragsytere til å sette seg inn i aktuelle regelverk knyttet til etikk og personvern (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009; Personvernombudet for forskning, 2012; Somby & Segadal, 2014).

## PROSEDYRE FOR VURDERING

Alle artiklene som kommer inn, blir fortsatt vurdert

av minst to medlemmer av redaksjonskomiteen. Artikkelen kommenteres og vurderes med utgangspunkt i kriteriene som er beskrevet nedenfor, og artikkelforfatteren (ved flere forfattere vil det være en kontaktperson) skal motta en skriftlig tilbakemelding innen to måneder etter innsending. Tilbakemeldingen skal inneholde en oversikt over hvilke endringer som må gjøres før artikkelen er klar for publisering. Punktene som presiseres i tilbakemeldingen skal være retningsgivende for forfatteren i revisjonsarbeidet. De fleste vil gjennomgå en revisjonsprosess med mindre eller mer omfattende endringer før de blir akseptert for publisering. Redaktøren lager en konklusjon på basis av egne og redaksjonskomiteens kommentarer.

Konklusjonen kan være:

- Godkjent
- Godkjent under forutsetning av at små endringer blir foretatt på en tilfredsstillende måte
- Godkjent under forutsetning av at store endringer blir foretatt på en tilfredsstillende måte
- Avslått.

Redaktøren har direkte kontakt med artikkelforfatterne. De av redaksjonskomiteens medlemmer som vurderte artikkelen første gang, blir spurt om å gjøre en andregangsvurdering dersom de har anbefalt omfattende endringer. Der vurderes det om artikkelen nå har en tilfredsstillende kvalitet og om forfatteren har tatt kommentarene til følge. Vi anbefaler at alle reviderte artikler sendes inn i en form hvor endringer er tydelig markerte, for eksempel ved å bruke «spor endringer» eller rød skriftfarge på endringene. I tilfeller hvor forfatteren likevel ikke ønsker å etterkomme komiteens forslag eller krav, bør dette begrunnes. Om et manuskript blir avslått, vil forfatteren få en kort skriftlig begrunnelse for avslaget.

## INNHOLDSMESSIGE KRAV TIL FAGARTIKLER

Vi åpner for ulike strukturer på innsendte fagartikler, siden ikke alle typer av innhold vil kunne passe med en og samme type rammeverk. Noen krav er imidlertid like for alle innsendte fagartikler, mens andre krav kun kommer i betraktning dersom artikkelens innhold tilsier det. Tabell 1 bakerst i denne artikkelen viser en sjekkliste som kan brukes før innsending av fagartikler til Ergoterapeuten.

For å tilfredsstille innholdsmessige krav til fagartikkel må forfatteren:

- Ha et aktivitetsperspektiv og et fokus som er rele-

vant for ergoterapi

- Tilføre ny kunnskap eller vise anvendelse av kunnskap på et relevant område
- Plassere og diskutere temaet i forhold til relevant og oppdatert kunnskap på feltet.

Der hvor artikkelens innhold tilsier det, vil det også stilles krav om:

- Konkrete og begrunnede beskrivelser av metode
- Kritisk refleksjon over metode og/eller fagutøvelse
- Redegjørelse for håndtering av spørsmål knyttet til etikk og personvern.

### FORMMESSIGE KRAV TIL FAGARTIKLER

- Tittelsiden skal inneholde:
  1. Tittel, så kort og konsis som mulig
  2. Navn på forfatter(e) og arbeidsplass
  3. Korrespondanseadresse til forfatteren, inkludert e-postadresse. Ved flere forfattere oppgis en av forfatterne som kontaktperson.
  4. Bekreftelse på at det ikke er interessekonflikter knyttet til det innsendte manuskriptet, eller en kort redegjørelse for innholdet i slike konflikter.
- Artikkelen skal ha et kort sammendrag (inntil 150 ord) og inntil fem nøkkelord. Dette plasseres på side 2 i manuskriptet, etter tittelsiden. Et sammendrag gjør det lettere for biblioteker å plassere artikkelen tematisk, og gjør artikkelen lettere søkbar i aktuelle databaser.
- Manuskriptet skal ordinært være på maksimalt 4000 ord eksklusive referanser, tabeller og figurer. I spesielle tilfeller kan redaksjonen bestemme at dette kan fravikes.
- Hele artikkelen, inkludert eventuelle tabeller og bilder/figurer, skal sendes til redaktøren i ett og samme dokument.
- Hver side skal være nummerert øverst i høyre hjørne, med start på side 1 (tittelsiden).
- Vise god sammenheng i det som presenteres. Strukturen på artikkelen vil kunne variere med artikkelens innhold, men inkluderer ofte bakgrunnsinformasjon, problemstillinger, metode- og praksisbeskrivelser, erfaringer, resultater, diskusjon og konklusjon. IMRAD-strukturen (Introduksjon, Metode, Resultater og [And] Diskusjon) kan gi god retning, men er ikke et krav.
- Manuskripter skal være innsendt i Word-format.
- Teksten skal ha dobbel linjeavstand, skriftstørrelse 12, skrivestil Times New Roman, venstrestilt tekst.

- Bruk inntil to nivåer av overskrifter. På nivå 1 er overskriften fet og midtstilt, mens på nivå 2 er den fet og venstrestilt.
- Referansene skal være skrevet i henhold til APA (følg alltid nyeste versjon) eller Vancouver referansesystem. Den viktigste informasjonen om disse systemene er referert på tidsskriftets nettside (Horghagen & Sveen, 2008).
- Tabeller og figurer plasseres til sist i dokumentet, etter referansene. Plasser kun en tabell eller figur på hver side. Tabeller og figurer skal være mest mulig selvforklarende, de skal være nummererte og ha en tittel som beskriver innholdet. Dersom det er nødvendig, skal forklaring til innholdet inkluderes nedenfor tabellen eller figuren. I manuskriptet skal det indikeres hvor forfatteren ønsker tabellen eller figuren plassert (for eksempel «Sett inn tabell 1 omtrent her»).

Ergoterapeuten ønsker å publisere fagartikler om alle aspekter ved praksis, teori, utvikling og forskning relatert til ergoterapi. Gjennom å skrive og publisere fagartikler bidrar du til å øke kompetansen blant kolleger, til å drive faget fremover, og til å gi inspirasjon til andres faglige utviklingsarbeid. Er du usikker på om det du har lyst til å skrive egner seg for publisering som fagartikkel, så er det mulig å ta kontakt med redaksjonen og spørre seg for.

Lykke til!

### Referanser

- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2009). Forskningsetisk sjekkliste. Retrieved 23.01.2014, from <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekkliste/>
- Hagby, C., & Bonsaksen, T. (2010). Retningslinjer for fagartikler i Ergoterapeuten. *Ergoterapeuten*, 53(4), 46-47.
- Horghagen, S., & Sveen, U. (2008). Referansesystemer. Ergoterapeuten. <http://www.ergoterapeuten.no/Fagbladet-Ergoterapeuten/Forfatterveiledning/Referansesystemer>
- Personvernombudet for forskning. (2012). Må prosjektet meldes? Retrieved 23.01.2014, from <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/>
- Somby, A-M., & Segadal, KU. (2014). Personvernens syn og etiske problemstillinger ved publisering av fagartikler i Ergoterapeuten. *Ergoterapeuten*, 57(2), 44-49.

Sjekkpunkter før innsending av fagartikler		
	SJEKKPUNKT	SPØRSMÅL
1	Relevant fokus	Er artikkelen relevant? Har den et aktivitetsperspektiv?
2	Tilfører kunnskap	Tilfører artikkelen ny kunnskap, eller viser den ny anvendelse av kunnskap?
3	Temaet står i en sammenheng	Hvordan er forholdet mellom det du skriver om, og andre publikasjoner om samme tema?
4	Strukturert fremstilling	Er det tydelig hva du vil med artikkelen – hva er hensikten eller problemstillingen? Er artikkelen din logisk bygget opp? Er det god sammenheng mellom de ulike delene i teksten?
5	Klar metodebeskrivelse	Er metoden du har brukt klart beskrevet, og har du argumentert for dine valg?
6	Kritisk refleksjon	Viser du et reflektert forhold til temaet? Tydeliggjør du styrker og svakheter ved arbeidet?
7	Etikk og personvern	Hvordan har du håndtert spørsmål om etikk og personvern? Oppgir du eventuelle godkjenninger?
8	Tittel	Er den så kort og konsis som mulig?
9	Navn og arbeidssted	Har du oppgitt navn og arbeidssted på forfatterne? Er kontaktforfatters e-post-adresse oppgitt?
10	Interessekonflikter	Har du oppgitt hvilke interessekonflikter som finnes, alternativt oppgitt at det ikke er noen?
11	Kort sammendrag	Har du skrevet et sammendrag på inntil 150 ord, og satt dette inn på side 2?
12	Innenfor ordgrensen	Er artikkelen innenfor 4000 ord, ikke medregnet referanser, tabeller og figurer?
13	Ett dokument	Er alt materialet samlet i ett (1) dokument?
14	Sidetall	Er hver side nummerert øverst i høyre hjørne? Starter nummereringen på side 1 (tittelsiden)?
15	Word-format	Er artikkelen i Word-format?
16	Skrift og linjeavstand	Bruker du Times New Roman, punktstørrelse 12, og dobbel linjeavstand?
17	Nivå på overskrifter	Bruker du inntil to nivåer av overskrifter?
18	Referansebruk	Står referansene i henhold til Vancouver eller siste versjon av APA? Er referanselisten plassert mellom teksten og eventuelle tabeller/figurer?
19	Tabeller og Figurer	Er tabeller og figurer nummererte og plassert bak referanselisten? Er de selvforklarende, eller har de tilstrekkelig forklaring plassert nedenfor tabellen/figuren? Har du oppgitt i teksten hvor du ønsker tabellen/figuren plassert?
20	Innsending	Ser punkt 1-19 bra ut? Hvis ja: Send artikkelen som vedlegg til e-post til <a href="mailto:emt@ergoterapeutene.org">emt@ergoterapeutene.org</a>

Tabell 1. Sjekkpunkter før innsending av fagartikler.



# Hvordan skrive vitenskapelig artikkel

**Tidsskriftet Ergoterapeuten har siden 2009 publisert fagfelleverderte vitenskapelige artikler. Ergoterapeuten er et nivå 1-tidsskrift og gir publiseringspoeng. Artikler som godkjennes, blir publisert på nett og i papirutgaven.**

Av Anne-Stine Dolva, Sissel Horghagen og Unni Sveen



*Anne Stine Dolva er førsteamanuensis ved Høgskolen i Lillehammer. E-post: Anne-stine.dolva@hil.no*



*Sissel Horghagen er høskolelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. E-post: Sissel.Horghagen@hist.no*



*Unni Sveen er høskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus. E-post Unni.Sveen@hioa.no og Unni.Sveen@ous-hf.no*

## HVA ER EN VITENSKAPELIG ARTIKKEL?

Man kan undre seg over hva som er en vitenskapelig artikkel. Det fins mange gode fagartikler, og det kan synes vanskelig å lage skille mellom en fagartikkel og en vitenskapelig artikkel. Det finnes en god veiledning om dette på følgende nettadresse: <http://bridge.kib.ki.se/vetartikel/player.html>. Generelt kan man si at vitenskapelig publisering betegner publisering av vitenskapelige resultater. En vitenskapelig publikasjon skal inneholde funn eller tolkninger som er nye for vitenskapen. Den skal altså øke kunnskapen om et vitenskapelig spørsmål. Det kan være presentasjon av et nytt funn, en ny hypotese, en test av en hypotese eller nye metoder, eller en ny tolkning av eksisterende funn. Publikasjonen skal være i en slik form at resultatene er etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning. Vitenskapelige publikasjoner skal kvalitetssikres gjennom fagfellevurdering, som innebærer at artikkelen blir sendt til andre forskere som arbeider i samme fagfelt. Prosessen med fagfellevurdering og eventuelle revisjoner av artikkelen kan ta inntil et år, men dette varierer.

## GENERELLE KRAV TIL VITENSKAPELIG ARTIKKEL HOS OSS

Siden Ergoterapeuten er et nivå 1-tidsskrift, er krav og forventninger til vitenskapelige publiseringer store. Det innebærer at artikkelen skal være gjennomgått med kritisk blikk av fagfeller som har kjennskap til fagområdet og de forskningsmetodene som er anvendt. Generelle krav som artikkelen må innfri:

- Artikkelen har et aktivitetsperspektiv eller et

fokusområde som er relevant for fagområdet ergoterapi eller aktivitetsvitenskap.

- Artikkelen er aktuell og tilfører ny kunnskap til faget ergoterapi eller aktivitetsvitenskap.
- Artikkelens utvalg kan være både terapeuter, brukere og andre.
- Artikkelen kan være en litteraturstudie der det gjøres en grundig gjennomgang av et definert kunnskapsfelt som følger en systematisk metode dokumentert i metodelitteratur.
- Artikkelen har et oppdatert og begrunnet teoretisk grunnlag.
- Artikkelen har konkrete og begrunnede metodiske beskrivelser, og forfatterne viser evne til å vurdere studiets design og metodikk med vitenskapelig kritisk refleksjon.
- Artikkelens analyse er konkret presentert.
- Forfatterne har informert om etisk godkjenning og informert samtykke og har drøftet eventuelle etiske problemstillinger.
- Resultatene og konklusjonen er troverdige.
- Artikkelen viser god sammenheng mellom teoretiske antakelser i introduksjon, metode, resultat og diskusjon.

#### **MÅL FOR VITENSKAPELIG ARTIKKEL TIL TIDSSKRIFTET ERGOTERAPEUTEN**

- Artikkelen skal være på inntil 5500 ord inkludert abstrakt og referanser, men ikke tabeller og figurer.
- Abstraktet skal være inntil 200 ord.
- Referansene skal være skrevet i henhold til APA referansesystem eller Vancouver referansesystem (se egen artikkel om dette). Forfatterne har selv ansvar for å sette seg inn i disse retningslinjene.
- Artikklens struktur anbefales å være: introduksjon, metode, resultat, diskusjon.
- Linjeavstand: dobbel, skriftstørrelse 12, skrivestil: Times New Roman.
- Tabeller og figurer sendes som eget vedlegg.
- Det skal gjøres rede for at det ikke er uenigheter forfatterne imellom om rettigheter til artikkelen.
- Det må gjøres rede for om den bakenforliggende studien for artikkelen har godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), NSD, eller er meldt til det lokale Personvernombudet.
- Vitenskapelige artikler som publiseres i Ergoterapeuten, skal ikke ha vært publisert i andre tidsskrifter tidligere, verken nasjonale eller internasjonale.

- Dersom artikler publisert i Ergoterapeuten ønskes dobbeltpublisert, for eksempel i avhandlinger, tidsskrifter eller bøker, må søknad sendes redaktøren.

#### **PROSEDYRER FOR VURDERING AV VITENSKAPELIG ARTIKKEL**

Fagredaktørene leser først den innkomne artikkelen for å vurdere om den tilfredsstillende generelle krav til publisering i tidsskriftet Ergoterapeuten. Dersom fagredaktørene mener den kan være egnet for publisering, sender de en forespørsel til minst to eksterne fagfeller som har særlig kompetanse og forskningserfaring på det aktuelle fagområdet og/eller på metoden som er anvendt. Konkret innebærer dette at fagfellene er doktorgradsstipendiater eller har doktorgrad eller førstelektorkompetanse og har erfaring med publisering av vitenskapelige artikler. Denne ordningen skal sikre en høy vitenskapelig, faglig og etisk standard på publikasjonene. Artiklene som sendes inn for publisering, kan være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Alle artikler skal ha et abstrakt. Abstraktet skal uansett språk på artikkelen være på engelsk. Fagfellene gir tilbakemelding til fagredaktørene om hvorvidt de tar oppdraget. Dersom de aksepterer å gjøre en vurdering, har de en tidsfrist på cirka to måneder til å gi tilbakemelding på artikkelen.

Redaktøren og redaksjonskomiteen har utarbeidet *Skjema for vurdering av vitenskapelig artikkel til Ergoterapeuten* på norsk og engelsk. Dette skjemaet sendes til fagfellene når de får tilsendt en artikkel. Skjemaet inneholder punkter som skal krysses av samt kommenteres. Disse punktene skal tydeliggjøre en begrunnelse for eventuell refusering av artikkelen eller være retningsgivende for forfatteren dersom denne må gjøre mindre eller omfattende endringer før en eventuell publisering. Redaktør for fagfellevurdering lager en konklusjon på basis av fagfellenes kommentarer. Konklusjonen kan være:

- Godkjent
- Godkjent under forutsetning av at små endringer blir foretatt på en tilfredsstillende måte
- Godkjent under forutsetning av at store endringer blir foretatt på en tilfredsstillende måte
- Avslått

Det er gjensidig anonymitet mellom forfatter og fagfellene. Kommunikasjon mellom forfattere og fagfeller går gjennom fagredaktørene. Fagfellene gir sine tilbakemeldinger gjennom det anonymiserte vurderingsskjemaet. Innholdet i artiklene skal

behandles som fortrolig informasjon inntil artikkelen eventuelt er publisert.

Fagfellene kan bli spurt om å gjøre en andre gangs, eventuelt tredjegangs vurdering dersom de har anbefalt omfattende endringer av artikkelen. Dersom det skal gjøres små endringer av artikkelen, er det fagredaktørene som vurderer om revisjonen har fulgt fagfellenes kommentarer. Der vurderes det om artikkelen nå har en tilfredsstillende kvalitet, og om forfatteren eller forfatterne har tatt fagfellenes kommentarer til følge. Det lages en avtale mellom fagredaktørene og forfatterne om tidsfrist for revisjon av artikkelen. Alle korrespondanser mellom partene skjer normalt elektronisk via e-post. Tilbakemelding skjer via *Skjema for fagfelleevaluering i tidsskriftet Ergoterapeuten*.

### MEDFORFATTERSKAP

Forsteforfatter står ansvarlig for artikkelen i sin helhet. Rekkefølge er noe gruppen må bli enige om. Alle må kunne forklare sin plassering på listen og sitt bidrag til studien. For å kunne stå som medforfatter skal man ha oppfylt følgende kriterier:

- Gitt et betydelig faglig bidrag til idé og utforming, eller innsamling av data, eller analysering og tolking av data.
- Utarbeiding av selve artikkelen eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold.
- Godkjenning av artikkelversjonen som skal publiseres.

Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke oppfyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelen. Husk da å innhente vedkommendes samtykke til dette.

Ved innsending av artikkel skal e-postadresse til alle forfattere oppgis. Tilbakemelding på mottatt artikkel vil bli sendt alle forfatterne.

### IVARETAKELSE AV FORFATTERNE

Dersom fagfellene mener at artikkelen ikke tilfredsstiller krav for publisering i *Ergoterapeuten*, får forfatterne en kort skriftlig begrunnelse på avslaget. Man kan i enkelte tilfeller anbefale at artikkelen omgjøres til en annen faglitterær sjanger som for eksempel kronikk eller essay. Det kan være at artikkelen i seg selv er god, men tematisk ikke er egnet for publisering i *Ergoterapeuten* og blir avvist av den grunn (jmfør generelle krav til vitenskapelige artikler i *Ergoterapeuten*). Rollen til fagfellene er ikke å være veileder, men en som vurderer kvaliteten

på artikkelen. Likevel oppfordrer vi fagfellene til å være konstruktive i tilbakemeldingene og formulere tydelig hva som skal til for å forbedre kvaliteten på artikkelen.

### REDAKSJONENS RETNINGSLINJER

Som vist i avsnittet ovenfor, har redaksjonskomiteen og redaktøren utarbeidet retningslinjer som artikkelforfatterne må følge. Redaksjonen ønsker at tidsskriftet *Ergoterapeuten* skal ha en høy etisk standard. Fagfellene må undersøke om artikkelforfatterne har overholdt etiske retningslinjer. Dette handler om at retningslinjer for informert samtykke er fulgt, og om artikkelen er av en slik art at den må være godkjent av Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk ([www.etikkom.no/](http://www.etikkom.no/) REK) og eventuelt Norsk samfunnsvitenskapelig datateneste AS ([www.nsd.uib.no/](http://www.nsd.uib.no/)). Fagredaktørene og fagfellene må være årvåkne og sjekke om eventuelle interessekonflikter foreligger, men hovedansvaret for dette ligger hos forfatterne. Tidsskriftet *Ergoterapeuten* forholder seg til Helsinki-deklarasjonen og Vancouver-reglene.

### TIDSSKRIFTETS VEDTATTE FORMÅL

Norsk Ergoterapeutforbund eier og utgir tidsskriftet *Ergoterapeuten*. Tidsskriftet redigeres av ansvarlig redaktør i samsvar med Redaktørplakaten og presens Vær-Varsom-plakat. Tidsskriftet *Ergoterapeuten* er også medlem av Den Norske Fagpressens Forening.

Ved hvert landsmøte velges en redaksjonskomitee. Redaksjonskomiteen skal arbeide i henhold til tidsskriftets formålsparagraf og være rådgivende for sentralstyret i alle spørsmål vedrørende fagtidsskriftet. Redaksjonskomiteen skal også være et kritisk forum for å sikre bladets kvalitet. *Ergoterapeuten* skal gjennom en saklig og fri informasjonsformidling bidra til at ergoterapifaget utvikler seg i samsvar med samfunnets og befolkningens behov for helse-tjenester.

Tidsskriftet *Ergoterapeuten* skal være et medium for å belyse ergoterapifaglige, organisasjonspolitiske, utdanningspolitiske og helse- og sosialpolitiske forhold. Blant flere mandater som er pålagt redaksjonskomiteen, skal den også kvalitetssikre innsendte artikler.

Vi håper at du med dette kan la deg inspirere til å sende din vitenskapelige artikkel til *Ergoterapeuten*. Artikkel sendes til en eller flere av fagredaktørene:

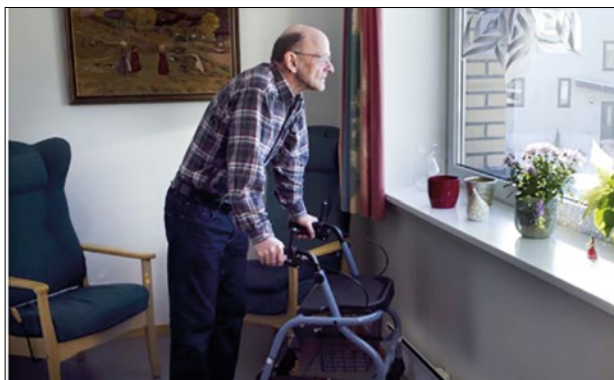
## Presseklipp

3. april, Adresseavisen

### GIR ELDRE BEDRE HVERDAG UTEN SYKDOM

SINTEF, Ergoterapeutene og Arendal og Kristiansand kommune har samarbeidet om prosjektet «Hverdagsrehabilitering og teknologi». – Siden hverdagsrehabilitering er så nytt, tror vi det finnes mange muligheter for å gjøre arbeidet smidigere for både brukere og ansatte blant annet ved hjelp av teknologi, sier Hanne Linander i SINTEF. Nestleder i Ergoterapeutene Nils Erik Ness beskriver hverdagsrehabilitering som en stille revolusjon.

– Vi må spørre innbyggere og brukere hva de ønsker å delta i og mestre selv, i stedet for å spørre hva de vil ha hjelp til. Det utløser ressurser, sier Ness.



3. april, NRK - Møre og Romsdal

### FEKK HELSA TILBAKE ETTER FLÅTTBITT

Bernt Gulla fekk problem med å røyre kroppen etter at han vart biten av flått for eit år sidan. Han fekk borrelia, men ser no på seg sjølv som heldig. Han meiner at ergoterapeut Irene Stolpnes og kvardagsrehabiliteringa har hjelpt han til å stake ut kursen mot ei betre helse.



3. april, Bergens Tidende

### DOKTORGRAD

Liv Grethe Kinn disputerte torsdag 3. april for Ph.D.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: *Round Trips to Work. Qualitative studies of how persons with severe mental illness experience work integration*. Doktorgradsarbeidet avdekker metaforen «å balansere på skøyter på arbeidslivets glattis», som illustrerer brukernes vansker med å balansere og navigere etter arbeidslivets krav og forventninger.

31. mars, Høgskolen i Gjøvik - Startsidene

### STUDIEBESØK VED BEITOSTØLEN HELSESPORTSENTER

Ergoterapistudentene var i mars på studiebesøk ved Beitostølen Helseportsenter for å lære mer om folkehelse og hvordan ulike aktiviteter blir brukt i habilitering og rehabilitering for å øke mestringsevnen. Helseportsenteret bruker tilrettelagt fysisk aktivitet som hovedvirkemiddel i tilnærmingen.

29. mars, Oppland Arbeiderblad

### BLI MED PÅ «KARTREFF»

Hver mandag treffes en gjeng pensjonerte karer i lokalene til Gjøvik Røde Kors' aldersboliger. Kartreffet er en uformell møteplass for pensjonister.

– Det finnes mange tilbud til pensjonister, men de fleste appellerer kanskje mest til damer. Tanken med «kartreffet» er å skape en arena der menn kan få prate om sine interesser og det de er opptatt av. Det vil også være mulig å prøve ut nye aktiviteter og høre om aktuelle temaer, sier ergoterapeut Elin-Marie Slåtsveen i Rådgivningstjenesten 65+.

26. mars, Østlandets Blad

### GODE IDEER GIR LYST PÅ LIVET

«Lyst på livet» er en livskafé. Dette er hyggelige og meningsfulle møteplasser som skapes av deltakerne i fellesskap. En eller to pensjonister leder grupper på åtte til 12 personer. Det planlegges seks livskaféer i løpet av åtte måneder, men dette kan deltakerne justere. – «Lyst på livet» er et verktøy for å møte ensomhet og isolasjon, sier ergoterapeut Kristin Vågen.



# Veien videre

**Rektor Svein Andersen fra Trysil, ble rammet av høyresidig hjerneslag i 1997. Han vet mye om nytteverdien av egentrening etter hjerneslag og har laget to dokumentarfilmer om sin rehabilitering.**



Heftet «Veien videre» inneholder mye nyttig informasjon for mennesker som er rammet av slag.

Hjerneslaget som rammet rektor Svein Andersen fra Trysil, tok fra ham både bevegelse og taleevne. Men siden 1997 har han systematisk trent seg tilbake til livet – både med hjelp og alene. Derfor vet han mye om nytteverdien av egentrening etter hjerneslag.

## VEIEN VIDERE

Svein Andersen laget sin første dokumentarfilm, «Veien videre», med et teksthfte i 2005. Nå har han tatt steget videre og laget «Veien videre – del 2, et utvalg øvelser til egentrening». Dette er en unik dokumentasjon av trening etter hjerneslag som viser fortsatt fremgang etter mer enn elleve års trening. Det er en utbredt oppfatning at man ikke kan forvente fremgang i mer enn to år.

Filmklippene gir gode ideer for egentrening og vil være en kilde til ny motivasjon for personer som har hatt slag, pårørende og helsepersonell.

## ENKLE TRENINGSMETODER

Svein Andersen har benyttet sin livserfaring og fagkunnskap til å utvikle et mangfold av enkle treningsmetoder. Disse er oppfinnsomme og gjerne knyttet til hverdagens utfordringer. De er ingen direkte behandlingsoppskrift, men de mange ulike øvelsene som vises, kan for eksempel være nyttige som en form for idébank. Samtidig er de en påminning om aldri å gi opp, og en inspirasjon til å bruke egne ideer og erfaringer i rehabiliteringsprosessen. De ulike øvelsene blir presentert med beskrivelser i form av tekst og tale underveis. I tillegg til ideer for egentrening, finner du også klipp fra treningen Svein har blitt tilbudt via kommunefysioterapi og fysikalsk institutt i egen kommune.

## TRENING NYTTER!

- «Veien videre del 1» (2005) ble laget som en DVD med et medfølgende teksthfte, og selges privat av Svein Andersen. Han kan kontaktes enten

# VEIEN VIDERE

SVEIN ANDERSENS VIDEOER OM SIN SLAGREHABILITERING

Hjem / Home | Om denne siden / About this site

 Norsk

 English

## Velkommen til "Veien videre" - Svein Andersens videoer om sin slagrehabilitering

Årlig rammes om lag 16 000 personer av hjerneslag, og svært mange av dem som rammes må gjennom en rehabiliteringsprosess etterpå for å trene opp funksjoner som ble svekket etter slaget. For mange varer rehabiliteringsprosessen i mange år etter slaget, for andre hele livet ut.

Rektor Svein Andersen fra Trysil, ble rammet av høyresidig hjerneslag i 1997. Han vet mye om nytteverdien av egentrening etter hjerneslag og har laget to dokumentarfilmer om sin rehabilitering:

1. "Veien videre" med teksthefte (2005) i samarbeid med to fysioterapeuter i Trysil
2. "Veien videre - del 2, et utvalg øvelser til egentrening" (2009) i samarbeid med Sunnaas sykehus og Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin v/Helsekompetanse.no

"Veien videre - del 2" får du tilgang til i videoene på denne siden.

Dette er en unik dokumentasjon av trening etter hjerneslag og som viser fremgang etter mer enn 11 år, tilgjengelig gratis på nett!

[Klikk her for å se videoene](#)

[Last ned heftet «Veien videre» her](#)



Film og hefte kan lastet ned fra nettstedet *Veien videre*.

- via e-post (kaisa.svein@gmail.com) eller post: Svein Andersen Østlia 15, 2420 Trysil.
- Tekstheftet «Veien videre» har samlet mye nyttig informasjon for personer som har blitt rammet av slag, og pårørende. Det kan lastes ned gratis fra <http://helsekompetanse.no/slagrammet>.
  - Videoen «Veien videre – del 2» kan også lastes ned fra dette nettstedet. Den viser et utvalg øvelser til egentrening i sam-

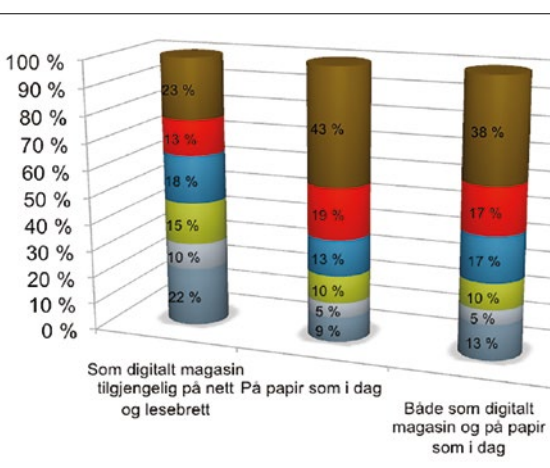
beid med Sunnaas sykehus og Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin ved Helsekompetanse.no.

Det finnes ikke mange vitenskapelige studier som viser at en blir bedre av å trene når det har gått lang tid etter hjerneslaget. Slagrammede og pårørende erfarer likevel at bedring og fremgang fortsetter i mange år. Svein Andersen gir gode eksempler på akkurat dette.

# Ergoterapeutens undersøkelse på fagkongressen

**Ergoterapeuten gjennomførte en uformell kvalitativ spørreundersøkelse på den norske fagkongressen i ergoterapi i september 2013. Svarene viser at forbundets medlemmer er glade i fagbladet sitt, ønsker seg både flere fagartikler og lettere stoff, og de sier ja takk til blad i papir og digitalt format.**

Av Else Merete Thyness



*I 2012 svarte to av fem at de svært gjerne kunne tenke seg å fortsette med dagens papirmagasin, mens om lag like mange svært gjerne i tillegg kan tenke seg bladet levert som et digitalt magasin. Hele én av fem kunne svært gjerne tenke seg utelukkende å motta magasinet digitalt.*

**B**akgrunnen for denne undersøkelsen var en annen medlemsundersøkelse, som ble gjennomført av forbundet i 2012. Dette var en stor spørreundersøkelse som omhandlet mange av forbundets arbeidsområder – også fagbladet. Undersøkelsen ble sendt ut til 3444 medlemmer i oktober/november 2012. Av disse svarte 1062. Dette utgjør 30,8 prosent. I undersøkelsen fikk vi blant annet følgende informasjon om fagbladet:

- 40 prosent av de som svarte leste fagbladet noen ganger, 32 prosent leste det månedlig, mens tre prosent leste det ukentlig.
- Tolv prosent var svært godt fornøyd med fagbladet, 47 prosent var meget godt fornøyd, 31 prosent var godt fornøyd, mens ti prosent mente fagbladet var ok.
- 49 prosent ønsket seg bladet i papirutgave, mens 39 prosent

ønsket seg bladet både i papirformat og digitalt format.

## STARTE EN DIALOG

Dette var nyttig informasjon. Likevel ønsket redaksjonen og redaksjonskomiteen seg flere opplysninger om hvordan leserne oppfatter fagbladet. Vi ville også starte en dialog med leserne. På den norske fagkongressen presenterte vi derfor en ny undersøkelse, godt plassert blant de andre posterne. Vi stilte fem spørsmål på et eget ark. Svarene kunne legges i en postkasse. Her følger en oppsummering av de tilbakemeldingene vi fikk.

## ER DET TEMAER DU SAVNER I FAGBLADET I DAG?

Svarene viste at medlemmene stort sett er fornøyd med temaene som blir behandlet av fagbladet. Noen av de emnene som respondentene ønsket seg mer stoff om, var:

- Folkehelse





Redaksjonskomiteen, her representert ved Cathrine Hagby, Tore Bonsaksen og Sissel Horg-hagen, bidro med en undersøkelse på den femte fagkongressen i ergoterapi.

- Arbeidshelse
- Psykisk helse
- Barn helse

Det var også et ønske om flere artikler og reportasjer som omhandler arbeidsdagen til ergoterapeuter.

#### *Redaksjonskomiteens svar:*

Dette sammenfaller bra med det fagbladet har presentert etter fagkongressen, og planer fremover.

- I desember 2013 hadde vi et temanummer om barn.
- Vi planlegger et temanummer om arbeidshelse i 2015.
- Psykisk helse er også et tema vi ønsker å løfte mer fram.

For øvrig vil vi oppmuntre ergote-

rapeuter til å skrive inn til spalten: «Arbeidsplassen min». Her er det fritt fram for glimt inn i ergoterapeuters arbeidshverdag.

#### **HVA KAN GJØRE FAGBLADET MER INTERESSANT Å LESE?**

Her ønsket leserne seg flere gode fag- og vitenskapelige artikler. Det kom også forslag om mer humor, lettere fagstoff, lettere forskningsstoff og mulighet for å bruke fagbladet til nettverksbygging.

#### *Redaksjonskomiteens svar:*

Vi oppfordrer alle medlemmer til å sende oss fagartikler og vitenskapelige artikler. Og – vi ønsker bidrag til «Arbeidsplassen min» og «Småstoff». Ergoterapeuten har også en annen spalte, som

dessverre er lite benyttet, men som gir en mulighet til å dele forskningsstoff. I CAPS (Critically Appraised Papers) kan dere fortelle om gode forskningsartikler som dere mener flere vil ha glede av. Når det gjelder nettverksbygging, oppgir alle kontaktforfattere e-postadressen sin når artikkelen publiseres. Om man tar nærmere kontakt med artikkelforfattere kan kanskje det være ett skritt mot nettverksbygging? For øvrig tar fagbladet gjerne i mot andre forslag til nettverksbygging.

#### **HVORDAN NYTTIGGJØR DU DEG DET DU LESER I FAGBLADET I ARBEIDET SOM ERGOTERAPEUT?**

Mange bruker fagbladet til å holde seg faglig oppdatert. Fagartiklene og de vitenskapelige



*Hvordan kan vi lage et enda bedre fagblad? spurte redaksjonen og redaksjonskomiteen på fagkongressen.*

artiklene blir lest, og videre blir de i noen tilfeller brukt som grunnlag for faglige diskusjoner på arbeidsplassen.

#### *Redaksjonskomiteens svar:*

Det er gledelig at mange bruker fagbladet aktiv til faglig oppdatering, og også at de deler innholdet videre med andre. Vi tar gjerne imot korte beskrivelser om hvordan man arbeider med internskolering gjennom kunnskapsbasert praksis.

#### **HVORDAN KAN FAGBLADET BEDRE FREMME FAGLIG UTVIKLING OG OPPDATERING?**

Mange ønsket seg flere fagartikler og flere vitenskapelige artikler. Vi fikk også tips om å skrive om ny forskning, og gjøre forsknings-

stoffet lettere tilgjengelig. Det var også et ønske om at artiklene skulle være mer tilgjengelige på nettet.

#### *Redaksjonskomiteens svar:*

Vi ønsker oss flere fagartikler og vitenskapelige artikler. Send inn! Videre er alle ergoterapeuter hjertelig velkomne til å levere stoff som kunngjøringer, referater fra interessante kongresser, opplysninger om gode nettstedet og ellers hint om saker som rører seg i fagfeltet. Når det gjelder fagartikler på nett, blir alle artikler lagt ut på [www.ergoterapeuten.no](http://www.ergoterapeuten.no). Vi har problemer med noen av linkene for tiden, men det er nettopp satt i gang et prosjekt for å bedre den digitale presentasjonen av stoffet.

#### **FORETREKKER DU BLADET I PAPIRFORMAT, ELLER ER DU POSITIV TIL EN DIGITAL UTGAVE?**

Her ønsket de fleste seg fagbladet i papirutgave, men veldig mange var positive til en digital utgave i tillegg. Noen få svarte at de ønsket seg fagbladet kun på nett.

#### *Redaksjonskomiteens svar:*

Det er igangsatt et prosjekt som har fått navnet: Ergoterapeuten 2018. Her skal vi utrede hvordan Ergoterapeuten kan presenteres på ulike digitale plattformer. Dette er både med tanke på at artikler, reportasjer og forbundsstoff skal være tilgjengelige i ettertid, og fordi mange ønsker lett å kunne dele stoff med andre på nettet. Prosjektet har ikke som mandat å erstatte papirutgaven med en digital utgave.



## Bokomtale

# DEN FØRSTE BOKEN OM HVERDAGSREHABILITERING

**Hverdagsrehabilitering er en tverrfaglig rehabiliteringsform som setter søkelys på aktiviteter personen selv vektlegger. Dette er den første boken om hverdagsrehabilitering.**

**H**verdagsrehabilitering er spesielt egnet for rehabilitering av eldre hjemmeboende personer i kommunehelsetjenesten, men andre målgrupper for rehabilitering kan også være aktuelle.

Fagboken sammenfatter brukerkunnskap, erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap som finnes om temaet. Boken dekker ulike teoretiske og praktiske aspekter ved hverdagsrehabilitering, som:

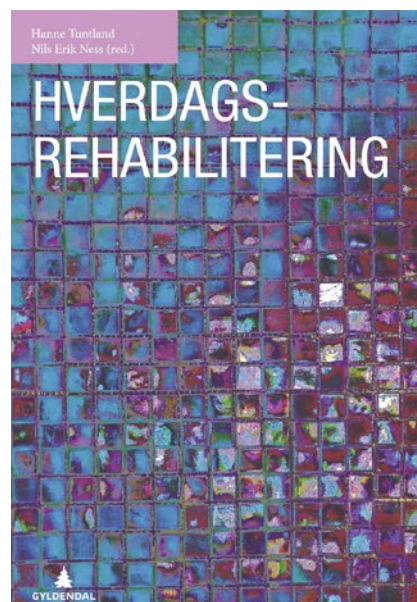
- Hva er hverdagsrehabilitering?
- Hvorfor er det behov for hverdagsrehabilitering?
- Hvem er målgruppen for hverdagsrehabilitering?
- Hvordan kartlegger man og samarbeider om hverdagsrehabilitering?
- Hvordan foregår etisk refleksjon innen hverdagsrehabilitering?
- Hvordan kan hverdagsrehabilitering organiseres?
- Hva er forskningsresultatene på feltet?

Boken henvender seg til bachelor-

studenter i sykepleie, fysioterapi, ergoterapi og vernepleie, samt studenter ved relevante videreutdanninger. I tillegg vil boken være nyttig for fagutøvere som planlegger oppstart eller er i gang med hverdagsrehabilitering i kommunehelsetjenesten.

**Hanne Tuntland** er ergoterapeutspesialist i eldres helse og arbeider som førstelektor ved Høgskolen i Bergen, tilknyttet studiet Helsefremmende og rehabiliterende arbeid med eldre. Hun har hatt en rekke publikasjoner innen temaene ADL, eldre, rehabilitering og kunnskapsbasert praksis. Hun er involvert i flere forskningsprosjekter på hverdagsrehabilitering.

**Nils Erik Ness** er nestleder i Norsk Ergoterapeutforbund og førstelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. Han står bak publikasjoner om samspillet mellom person og omgivelser for å fremme hverdagsaktivitet og deltakelse, blant annet en fagbok om hjelpemidler og tilretteleg-



*Tittel: Hverdagsrehabilitering  
Forfattere: Hanne Tuntland og  
Nils Erik Ness.  
Utgivelse: Medio juni.  
Sideantall: Cirka 225.  
Pris: Cirka 350 kroner.*

ging. Han er prosjektleder for Hverdagsrehabilitering i Norge, et samarbeid mellom KS, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Ergoterapeutforbund.

## GLADNYHET OM BOLIGBYGGING?

**Torsdag den 16. januar presenterte NRK Nyheter en fornøyd Jan Tore Sanner. Han uttalte at det er ønskelig med en lemping på kravene i plan- og bygningsloven, slik at ungdom kommer inn på boligmarkedet. Det sies ingenting om at høye byggekostnader kan skyldes høye tomtepriser, beliggenhet, materialpriser, lønninger og annet. Det er krav til universell utforming som påpekes som et fordyrende element.**

Av Randi Katharina Øverland



*Randi Katharina Øverland er ergoterapeut og rådgiver i Statens vegvesen.*

**L**eilighetsbygg har for øvrig kun krav om tilgjengelig-  
hetsstandard. Arbeids-  
bygninger og publikumsbygg har krav om universell utforming. Sanner viser til Sverige når han nå foreslår at beregnet snusirkel i leiligheter skal reduseres fra 150 cm til 130 cm. Slik jeg har forstått det, har Sverige i mange år arbeidet for å få en snusirkel på 150 cm, da de ser at 130 cm medfører problemer for mange.

### **BOLIGER**

Vi vet at kun syv til ti prosent av boligene i Norge er tilgjengelige. Vi vet at det vil være 819 000 pensjonister i Norge i 2014. Tallet er kraftig økende, og Aftenposten viser til Statistisk sentralbyrå, som sier at om et par tiår er antallet over 67 år doblet, det vil si 1,5 - 2 millioner. Folk flest i godt voksen alder må flytte fra utilgjengelige hus og leiligheter. Da må det finnes alternativer på markedet

som passer i størrelse og funksjon. Unge mennesker med små barn trenger også tilgjengelig inngangsparti, heis, romslig gang hvor de har plass til å sette barnevogn, og bad med plass til stellebord og vaskemaskin.

I fremtiden vil det ikke være nok sykehjem eller omsorgsboliger til de som ønsker det, og det er helt klart at det er nødvendig å satse på at så mange som mulig kan bo hjemme. Mange selger eneboligen sin når de begynner å bli eldre, spesielt når de mister sin ektefelle. Mange som blir alene, ønsker å bo i en mindre leilighet, som er lett å holde i orden. Mye tilsier at det er helsebringende å bo i sitt eget hjem, i en tilgjengelig bolig. Derfor er det viktig at den type boliger finnes, og at man kan flytte inn mens man enda er forholdsvis sprek. Når alderen øker og kroppsfunksjoner minker, er det viktig å bo riktig i trygge, kjente omgivelser. Mangel

på stimuli kan gå over i depresjoner og demens. En tilgjengelig bolig i et «levende» område vil kunne forebygge isolasjon og ensomhet. Det er ønskelig at boligen har kort avstand til butikk, kafe og hjelpeapparat, slik at det er lett å komme seg ut. Boligpolitikk er altså en svært viktig premisse for et bærekraftig samfunn i de kommende tiår.

Alle som har arbeidet med rehabilitering, eller som selv er rullestolbruker, vet at en snusirkel på 130 cm ikke er funksjonelt for de aller fleste med rullestol. På 1980-tallet drev Norges Byggeforskningsinstitutt omfattende og seriøs forskning på arealkrav i forhold til tilgjengelige løsninger. De brukte kompetansen fra rullestolbrukere, ergoterapeuter og annet helsepersonell for å finne ut hvor stor plass som var nødvendig for å kunne manøvrere rullestoler – både innendørs og utendørs.

De tok også utgangspunkt i Rikstrykdeverkets omhyggelige tester på plassbehov for alle typer rullestoler, både manuelle og elektriske.

På de drøyt 30 årene som har gått, har befolkningen økt i vekt og størrelse. Stolene er mer varierte; mange har elektrisk framdrift, som brukes både ute og inne. Mange av stolene er blitt lettere og mer funksjonelle. Men universell utforming dreier seg om å inkludere flest mulig. Selv om utstyret har blitt bedre, har mange brukere de samme sykdommene og begrensningene, som gjør at behovene for plass ikke nødvendigvis blir mindre.

Mange er ikke i stand til å bytte stol. En kombinasjon av manuell og elektrisk rullestol gjør at de er selvhjulpne og kan komme seg ut. Slike stoler krever plass. I samme stund som det dokumenteres

at arealbehovene er like store eller større enn i 1980, går ministeren ut og foreslår reduserte krav som gir løsninger som vil utelukke mange, både unge og eldre, fra det ordinære boligmarkedet.

### ARBEIDSLIV

Sett i et bærekraftperspektiv er dette det verst tenkelige tidspunktet å endre plan- og bygningslovens krav på. Eldrebølgen er på topp i 20 - 40 år. Den startet for fullt i 2012, da de første etterkrigskullene var 67 år. Eldrebølgen dreier seg om de store barnekullene som ble født mellom 1945 og 1965. Disse lever også lengre, fordi de vokste opp i en tid med et sunt kosthold og med mye fysisk aktivitet. I 2050 er det forventet at nyfødte i snitt vil leve til de er 86 år. I mellomtiden vil oljeformuen ha krympet, og vi vil ha færre yrkesaktive og svært mange gamle å betjene. Rigmor Aaserud presiserte de utfordringene vi står overfor: I Samhandlingsreformen er det beregnet et samlet underskudd på 43 000 årsverk knyttet til helse- og sosialfaglig personell om 15 år. Det er et stadig synkende antall yrkesaktive i forhold til alle de samfunnsoppgavene som vi har. Således ønsker arbeidslivet både seniorer og mennesker med nedsett funksjonsevne velkommen, gjerne med heltids, men også med deltids arbeidsevne. Forskning viser at deltakelse i arbeidsliv, fritid og reiseliv utsetter behovet for offentlig hjelp med åtte til ti år. Folk flest ønsker å velge selv hvor de kan bo, om de kan arbeide. De ønsker å kunne invitere – men også besøke – venner, familie og kollegaer i egen bolig.

### ET SAMFUNN KUN FOR SUPERBRUKERE?

Spørsmålet blir om kravene til

deltakelse og tilgjengelighet vil bli redusert på andre områder også. Det kan se ut som næringsministeren tenker kortsiktig profitt for byggefirmaene, og ikke tar ansvar for den samfunnsutviklingen som ikke bare er ønskelig ut fra et likestillingsperspektiv. Universell utforming er helt nødvendig for at landet skal ha en bærekraftig utvikling.

Paradoksalt nok sier allikevel Sanner: «Forslagene vil bidra til å holde byggekostnadene nede, øke tempo i planprosessene og skape en enklere hverdag for næringsliv, kommuner og folk flest. Vi vil med dette også gjøre det enklere for unge å komme inn på boligmarkedet.»

Det er nettopp den nåværende plan- og bygningsloven som gir muligheter til nytenkning og innovasjon og et friskere næringsliv. Tilgjengelige boliger, arbeidsbygninger, hotell- og overnattingsbedrifter, butikker, toalett og servicebygg langs vei, og transportmidler gir nye muligheter for alle.

Universell utforming gir også muligheter for nye kundegrupper. Det har mange andre land funnet ut for flere år siden. Reiselivet i mange andre land tar imot alle, også de med redusert funksjonsevne. Mange eldre har både tid og penger. Flere innen reiselivet i Norge har ennå ikke sett dette potensialet. Mange godt voksne ønsker ikke å reise utenlands lenger. De ønsker kortere reiser og et kjent klima, uten for sterk varme. Mange som har flyttet til mindre boliger ønsker kanskje å komme ut av sentrumsområder og nyte naturen. Reiselivet har derfor et stort marked, men transport, bygningsmasse og aktiviteter må være tilgjengelige.





# STUDENTER I KLEM

**Marit Jensen skal få rullestolen over dørstokken. I tillegg skal hun presse opp utgangsdøren med en lukkemekanisme som byr på motstand. – Krevende, sier ergoterapistudenten.**

**F**or første gang har ergoterapistudenter tatt i bruk Norsk forskningslaboratorium for universell utforming på Gjøvik. Studentene kommer fra Høgskolen i Gjøvik (HiG). De skulle få føle på kroppen hvordan livet kan arte seg for personer med funksjonsnedsettelse.

## RISTER I RULLESTOLEN

– Dette er et klassisk problem. Vaktmesteren vil være sikker på at utgangsdøra lukker seg, og drar til dørpumpa litt ekstra. Dermed får dørpumpa en kraft på 50 Newton – cirka fem kilo, sier høgskolelektor Hans Petter Olsen.

Så tar studentene plass i rullestol og skal for egen kraft komme seg gjennom døra. Marit Jensen må ta i for å komme seg fram. Rullestol, en dør som hele tiden truer med å lukke seg, og dørstokk som skal forseres, gjør det ikke enkelt.

– Dette var plundrete og lære-rikt, sier Jensen før nye studenter skal igjennom samme øvelse. Senere justeres dørpumpa til 20 Newton.

I andre rom i laboratoriet måler noen studenter vibrasjoner i

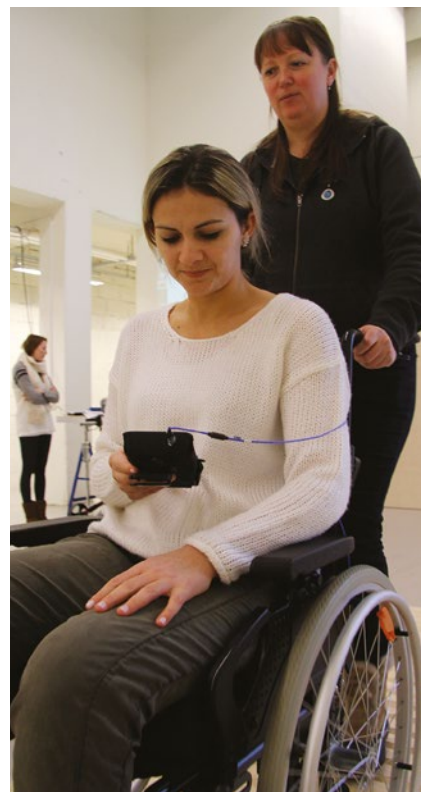
rullestoler på ulike type underlag. Ulike underlag gir ulike rystelser. Andre sjekker stigning på rullestolrampe og hva som er god høyde på håndlistene.

## SLÅR I BORDET

I et annet rom smeller Sofie Enebakk fra Vestby en bok i pul-ten, mens medstudentene Aline Nedrud fra Raufoss, Tor Kristian Lundbekk fra Skreia og Ellinor Olsen fra Bodø, måler lyden, inkludert etterklangen, i ti sekunder. Hensikten er å vise hvordan lyd kan leve lenge, og at det kan skape vansker for personer med hørselsproblemer.

Noen ganger er etterklang riktig. Som i kirker og konserthus. Andre ganger er det viktig å unngå etterklang, som her, i et klasserom. Da må det være minst mulig forstyrrelser. Byggforskriftene setter krav til maksimalt støynivå, men studentene visste ikke at det også var krav til nivået på etterklang.

– Husk at det er behovet til brukerne som skal legge føringer på lydens oppførsel. Etterklang kan påvirkes ved hjelp av materialene i rommet, sier førsteamanuensis Jonny Nersveen i Seksjon



*Ulike underlag gir ulike rystelser. Hva passer best for brukeren? Aline Nedrud i rullestolen følger målingene, mens hun trilles av Ellinor Olsen.*





*Sofie Enebakk (til høyre) fra Vestby smeller en bok i pulten, mens medstudentene (fra venstre) Aline Nedrud, Tor Kristian Lundbekk, og Ellinor Olsen måler lyden og gjenklangen.*

for byggfag ved HiG. Han leder forskningslaboratoriet.

– Dette var en ny erfaring som er viktig å ta med seg. Vi skal jo jobbe med mennesker med ulike funksjonsnedsettelse, sier Ellinor Olsen.

### **ANERKJENT AKTØR**

HiG har mål om å være en nasjonalt anerkjent aktør innen universell utforming.

Høsten 2013 var det oppstart for ergoterapiutdanningen med 25 studieplasser. Utdanningen legger ekstra vekt på fagområdene universell utforming og velferdsteknologi. Om lag en tredjedel av studiet består av praksis og ferdighetstrening. Praksisperiodene gjennomføres

i kommunene, i spesialisthelsetjenesten og i organisasjoner og bedrifter i Hedmark og Oppland. Ferdighetstreningen foregår inne på skolen i ulike laboratorier og utenfor skolen. Ergoterapiutdanningen passer sammen med satsningsområdene på skolen og laboratoriet for universell utforming, fordi det gir studentene gode og praktiske læringssituasjoner.

– Helsearbeidere trenger ny kunnskap, og de må være forberedt på nye arbeidsmetoder. Derfor har vi lagt vekt på at studentene våre også skal få kunnskap om innovasjon og prosjektledelse, sier høyskolelærer Laila Vatn ved ergoterapiutdanningen ved HiG.



*Den nye ergoterapiutdanningen ved Høgskolen i Gjøvik har lagt vekt på universell utforming og velferdsteknologi. Her høyskolelektor Hans Petter Olsen og høyskolelærer Laila Vatn.*

### «Helsearbeidere trenger ny kunnskap, og de må være forberedt på nye arbeidsmetoder»

*Laila Vatn, høyskolelærer*

#### HØGSKOLEN I GJØVIK

Høgskolen på Gjøvik åpnet Norsk forskningslaboratorium for universell utforming i de gamle fabrikklokalene på Mustad Næringspark i 2012. Her er det sanselaboratorium, fullskalalaboratorium og undervisningsrom. Fullskalalaboratoriet er konstruert som et byggesystem med lettvegger. Dette gjør det mulig å lage en etasje i et bygg i løpet av noen timer.

**ANNONSEANSVARLIG: ERIK SIGURDSSØN**

Adresse: ADDmedia AS,  
 Boks 9178 Grønland, 0134 Oslo  
 Sentralbord +47 40 10 05 01  
 Mobil: 90 03 09 43  
 Faks: 22 17 25 08  
 E-post: erik@addmedia.no

**Søke støtte til fagutvikling (FoU)**

Norsk Ergoterapeutforbund har midler til fagutvikling, forskning og prosjekter som deles ut hver høst. Prosjekter som gis støtte skal være kunnskapsbaserte og ha relevans for andre ergoterapeuter. Det kan søkes om arbeidsstipend, reisestipend eller dekning av prosjektkostnader. Det kan ikke søkes støtte til videreutdanning og studier, men det kan søkes støtte til et prosjekt knyttet til studier og praksis.

I 2014 er det satt av 200 000 kroner til medlemmenes utviklingsarbeider. Ingen prosjekter blir fullfinansiert av disse midlene, men de kan være et viktig bidra for å komme i gang med et prosjekt. Mange av ergoterapeutene som har tatt en doktorgrad har mottatt fagutviklingsmidler fra Ergoterapeutene i oppstarten. Sentralstyret vedtar årlig hvilket satsningsområde midlene skal rettes mot. For 2014 prioriteres: Undersøkelse, vurdering og intervensjon i ergoterapi, relatert til aktivitet og mestring.

**Søknadsfrist:** 1. september 2014

Mer informasjon om denne ordningen finner du på hjemmesiden.

Spørsmål kan rettes til spesialrådgiver Anita Engeset [anita.engeset@ergoterapeutene.org](mailto:anita.engeset@ergoterapeutene.org)

**Ergoterapi ved kognitiv svikt og demens**

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

Norske ergoterapeuter som forsker på demens har bekreftet deltakelse og innlegg på kurset; bla Anne Lund (HiOA), Torhild Holthe (Aldring og Helse), Kjersti Vik (HiST), Linda Stigen (HiG).

Kurset er for ergoterapeuter, både medlemmer og ikke-medlemmer og vektlegger praktiske metoder.

**Faglig ansvarlig:** Nils Erik Ness, nestleder i Ergoterapeutene  
**Dato:** 6. og 7. oktober 2014  
**Pris:** Medlemmer kr 1.800 ikke-medlemmer kr. 3.600  
**Sted:** Oslo

Kurset er meritterende for ergoterapispesialister.

## Arbeidsdeltakelse

### HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE STRATEGIER MED FOKUS PÅ ERGONOMISKE FORHOLD VED ARBEIDSMILJØET

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

<b>Arrangør</b>	Norsk Ergoterapeutforbund i samarbeid med ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus.
<b>Kurssted:</b>	Høgskolen i Oslo og Akershus
<b>Dato:</b>	29.september – 3.oktober 2014
<b>Påmelding:</b>	i Kurskalenderen på <a href="http://www.ergoterapeutene.org">www.ergoterapeutene.org</a>
<b>Påmeldingsfrist</b>	29. august 2014



## Kurs i Velferdsteknologi for ergoterapeuter

Kurset arrangeres i samarbeid mellom Norsk Ergoterapeutforbund og ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Målsettingen med kurset er å gi ergoterapeuter kompetanse om velferdsteknologi. Det oppnås ved innlegg om politiske føringer og definisjoner av velferdsteknologi og med hovedtemaer knyttet til ergoterapeuters rolle og redskaper i arbeidet med innføring av velferdsteknologi i kommuner og for enkeltpersoner. Deltakerne skal lære metoder for å arbeide med undersøkelse og vurdering, samt tiltak og virkemidler knyttet til velferdsteknologi.

Målgruppen er ergoterapeuter som ønsker å styrke kompetansen om velferdsteknologi og ergoterapeuters oppgaver og roller knyttet til området. Kurset gir anledning til studiebesøk på kunnskapssenteret Almas Hus. [http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/eldre/geriatrik\\_ressurssenter/almas\\_hus/](http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/eldre/geriatrik_ressurssenter/almas_hus/)

<b>Faglig ansvarlig:</b>	Toril Laberg, generalsekretær, Anne Lund, førsteamanuensis og Else Britt Bruset, høgskolelektor.
<b>Kontaktpersoner:</b>	Toril Laberg ( <a href="mailto:tl@ergoterapeutene.org">tl@ergoterapeutene.org</a> )
<b>Kurssted:</b>	Høgskolen i Oslo og Akershus
<b>Dato:</b>	21. - 22. mai 2014
<b>Pris:</b>	Kr 1800 for medlemmer, kr 3600 for ikke-medlemmer og kr 900,- / 1800,- for studenter
<b>Påmeldingsfrist:</b>	10. mai 2014

Påmelding og program: [www.ergoterapeutene.org/kurskalender](http://www.ergoterapeutene.org/kurskalender)  
Kurset er meritterende med tolv timer som ergoterapispesifikt kurs.



## Kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og COPM

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

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

**Kurssted:** Høgskolen i Oslo og Akershus

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

**Oppfølgingsdag:** 7. november 2014 kl. 09.00 – 12.00

**Pris:** Medlemmer kr. 2700, ikkemedlemmer og andre faggrupper kr. 5400, studentmedlemmer kr. 1350,-



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



**- KURS, KONFERANSER OG LEDIGE STILLINGER -**

# ergoterapeuten

www.ergoterapeuten.no

- Ergoterapeuter arbeider blant annet med tilpasning av hjelpemidler, boliger og arbeidsplasser
- Ergoterapeuter er den yrkesgruppen som har størst påvirkning på valg av hjelpemidler til funksjonshemmede
- Ergoterapeuter står bak de fleste anbefallinger og søknader om hjelpemidler til hjelpemiddelcentrale

## ANNONSEPRISER

Format	4 farger
1/1 side	12.500
1/2 side	8.500
1/3 side	7.500
1/4 side	6.000
1/8 side	4.500
Bakside	14.500

NB: Alle stillings- og kursannonser får 25 % rabatt

## ANNONSEFORMATER

1/1 side	178 x 266
1/2 side	178 x 133
1/2 side	88 x 266
1/3 side	57 x 266
1/4 side	88 x 133
1/4 side	178 x 65
1/8 side	88 x 65
1/8 side	178 x 29
Bakside	180 x 220

## AVBESTILLINGSFRIST

Fire uker før utgivelse

## BILAG

Bilagspriser oppgis på forespørsel

## OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET

Kr. 1.210,- per år for fire linjer for første produktgruppe.  
Deretter kr. 825,- per produktgruppe.  
Rabatt 10 prosent for minimum seks oppføringer.

## ANNONSEPRISER RUBRIKKANNONSER NETT

180 x 60 px kr. 1 500  
180 x 120 px kr. 2 000  
Per mnd.

## KURS- ELLER STILLINGSANNONSER PÅ NETT

Kr 2.500,- inn til to mnd. Hvis annonse i bladet  
Kr 4.500,- hvis kun på nett

## OPPLAG

3.837

ANSVARLIG REDAKTØR: ELSE MERETE THYNESS  
STORTINGSGAT. 2, 0158 Oslo  
MOBIL: 95 73 93 13 FAX: 22 05 99 01,  
E-POST: EMT@ERGOTERAPEUTENE.ORG  
INTERNETT: WWW.ERGOTERAPEUTEN.NO

## SALGSANSVARLIG

ERIK SIGURDSSØN  
MOBIL: 90 03 09 43  
E-POST: ERIK@ADDMEDIA.NO

Ergoterapeuten utkommer med seks utgaver i året. Bladet vektlegger ergoterapifaglig stoff, organisasjonsstoff og helse- og sosialpolitikk. Bladet sendes til i overkant av 3.800 medlemmer i Norsk Ergoterapeutforbund og til om lag 500 abonnenter, vesentlig helse- og sosialpersonell, sykehus, institusjoner og hjelpemiddelfirmaer.

## TEMANUMMER

Utkommer med flere temanummer i året

## UTGIVELSESPÅN 2014

Nr. Frist annonser Utgivelse

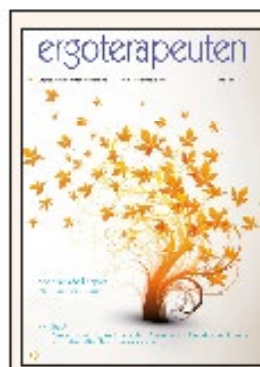
1	03.02	28.02
2	01.04	02.05
3	04.06	02.07
4	01.08	28.08
5	01.10	30.10
6	01.12	24.12

## TRYKKERI

07 Gruppen A/S  
Adresse: Tærkoppveien 10, 1570 Dilling  
Telefon: 22799513  
Hjemmeside: www.07.no

## TEKNISKE DATA

Bladformat: 210x297(A4)  
Seteflate: 185x260  
Ferdiggjøring: Stiftet  
Uttellende: Ja  
Fletter: 70 linjer  
Papir: 100 gr. Multart Silk  
Annonsemateriell: Digitalt



Salgsansvarlig:  
Erik Sigurdsson  
Mobil: 90 03 09 43  
E-post:  
erik@addmedia.no

## KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN-

Adresse: ADDmedia AS, Boks 9178  
Grønland, 0134 Oslo  
Sentralbord +47 40 10 05 01  
Mobil: 90 03 09 43  
Faks: 22 17 25 08  
E-post: erik@addmedia.no

### 1. BEHANDLING/TRENING

#### 0330

#### HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING

##### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no  
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler  
CYPROMED AS  
Vikaveien 17, 2312 Ottestad  
Tlf.: 62 57 44 33, fax: 62 57 44 34  
wes@cypromed.no  
www.cypromed.no  
Elektriske varmhjelpemidler for alle.  
MINITECH AS  
Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad  
Tlf.: 62 57 78 00, fax: 62 57 77 51  
mail@minitech.no www.minitech.no  
Elektriske varmhjelpemidler til barn og voksne

#### 0333

#### ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKK- FOREBYGGENDE HJELPEMIDLER

##### ADL PRODUKTER AS

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

##### BARDUM AS

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

##### BERGEN MEDIKAL AS

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

##### MEDEMA NORGE AS

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

##### TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar  
Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11  
company@mail@togemo.no  
Dekker alle behov for trykkavlastning

##### VITAL BASE AS

Myrvegen 2, 6060 Hareid  
Tlf.: 71 51 42 84, fax: 71 51 40 73

firmapost@vitalbase.no www.vitalbase.no  
Sårbehandling/trykkavlastnings-  
produkter

#### 0348

#### BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSUTSTYR

##### AT RONDA

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

##### BARDUM AS

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

#### 0606/0612/0618

#### ORTOSER

##### AT RONDA

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

#### 0630

#### PROTESER

##### NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

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

### 3. PERSONLIG STELL OG KLÆR

#### 0903

#### KLÆR OG SKO

##### ØYTEX AS

6917 Batalden  
Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77  
post@oytex.no www.oytex.no  
Uteklær for rullestolbrukere  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
P.b. 604, 3412 Lierstranda  
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Arcona tørkler, Arcona smekker

#### 0909

#### HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
REHATEKNIKK AS  
PB 10, 2312 Ottestad  
Tlf.: 62 57 44 46, fax: 62 57 44 45

#### AT RONDA

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

#### 0912

#### HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK

##### ADL PRODUKTER AS

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

##### HEPRO AS

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

##### AT RONDA

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

#### 912 B

#### HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK

##### HEPRO AS

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

##### AT RONDA

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

#### 0933

#### HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING

##### ADL PRODUKTER AS

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

##### ASTEC AS

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

##### AT RONDA

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

# PRODUKTREGISTER

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler  
ERGOGRIIP

[www.ergogrip.no](http://www.ergogrip.no)

Tlf. 92 20 93 99 faks 56 30 66 99

Støttebøyle for vask

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

[firmapost@hepro.no](mailto:firmapost@hepro.no) [www.hepro.no](http://www.hepro.no)

Kaskad dusjkabin

ML HJELPEMIDDEL-LEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

[firmapost@hml.no](mailto:firmapost@hml.no) [www.hml.no](http://www.hml.no)

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10

Fax: +47 62 95 06 11

[www.klubben.no](http://www.klubben.no)

Se: [http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)

[www.medema.no](http://www.medema.no)

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

## 0933 B

**HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING,**

**BADING**

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

[post@astec.no](mailto:post@astec.no) [www.astec.no](http://www.astec.no)

Hev/senk stellebenker/bord, servanter

HJELPEMIDDELSPECIALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

[firmapost@hm-spes.no](mailto:firmapost@hm-spes.no)

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)

[www.medema.no](http://www.medema.no)

## Y 1

**YRKESKLÆR/SKO**

PRAXIS ARBEIDS- OG FRITIDSKLÆR AS

Sjøtun Næringspark, 6899 Balestrand

Tlf.: 57 69 24 10, fax: 57 69 24 93

[firma@praxis.no](mailto:firma@praxis.no) [www.praxis.no](http://www.praxis.no)

En ledende leverandør av yrkesklær, fottøy

og naturhudpleie

## 4. FORFLYTNING

### 1203/1206

**GANGHJELPEMIDLER**

ACCESS MOBILITY AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01

[access@access-gruppen.no](mailto:access@access-gruppen.no)

[www.accessgruppen.no](http://www.accessgruppen.no)

Rollatorer

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

[salg@adl.no](mailto:salg@adl.no) [www.adl.no](http://www.adl.no)

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[veronica@bardum.no](mailto:veronica@bardum.no)

[www.bardum.no](http://www.bardum.no)

FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 Ås

Tlf: 64 94 21 65

[www.follo-futura.no](http://www.follo-futura.no)

Gåbord

HJELPEMIDDELSPECIALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

[firmapost@hm-spes.no](mailto:firmapost@hm-spes.no)

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)

[www.medema.no](http://www.medema.no)

### 1212

**BILTILPASNINGER**

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

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

[mail@handpro.no](mailto:mail@handpro.no) [www.handpro.no](http://www.handpro.no)

Totallev. i biltilpasninger og utstyr

### 1218

**SYKLER**

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23

4353 Klepp Stasjon

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

[www.alurehab.no](http://www.alurehab.no)

Sykler - man. og el.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)

[www.medema.no](http://www.medema.no)

### 1221

**RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE**

ACCESS MOBILITY AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01

[access@access-gruppen.no](mailto:access@access-gruppen.no) [www.accessgruppen.no](http://www.accessgruppen.no)

Elektriske scootere. El. rullestoler.

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23

4353 Klepp Stasjon

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

[www.alurehab.no](http://www.alurehab.no)

Rullestoler - man. og el.

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

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

[mail@handpro.no](mailto:mail@handpro.no) [www.handpro.no](http://www.handpro.no)

Balder el. rullestoler

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

[firmapost@hepro.no](mailto:firmapost@hepro.no) [www.hepro.no](http://www.hepro.no)

HJELPEMIDDELSPECIALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

[firmapost@hm-spes.no](mailto:firmapost@hm-spes.no)

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)

[www.medema.no](http://www.medema.no)

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

[firmapost@permobil.com](mailto:firmapost@permobil.com),

[www.permobil.com](http://www.permobil.com)

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

### 1221 B

**RULLESTOLER FOR BARN**

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

[www.alurehab.no](http://www.alurehab.no)

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

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

[mail@handpro.no](mailto:mail@handpro.no) [www.handpro.no](http://www.handpro.no)

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)

[www.medema.no](http://www.medema.no)

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

[firmapost@permobil.com](mailto:firmapost@permobil.com),

# PRODUKTREGISTER

[www.permobil.com](http://www.permobil.com)

## SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

## **1224 TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER**

### ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

[www.alurehab.no](http://www.alurehab.no)

### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[veronica@bardum.no](mailto:veronica@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

### HJELPEMIDDELSPELISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

[firmapost@hm-spes.no](mailto:firmapost@hm-spes.no)

### HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

[firmapost@hml.no](mailto:firmapost@hml.no) [www.hml.no](http://www.hml.no)

E-mobil hjelpemotor/ drivaggregat

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)

[www.medema.no](http://www.medema.no)

### PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

[firmapost@permobil.com](mailto:firmapost@permobil.com),

[www.permobil.com](http://www.permobil.com)

### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

## **1227 ØVRIGE KJØRETØYER**

### HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

[post@handinor.no](mailto:post@handinor.no) [www.handinor.no](http://www.handinor.no)

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

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)

[www.medema.no](http://www.medema.no)

## **1227 A**

### **ØVRIGE KJØRETØYER. SKILATOR/ RULLATOR M/SKI**

### HJELPEMIDDELSPELISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

[firmapost@hm-spes.no](mailto:firmapost@hm-spes.no)

### HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

[firmapost@hml.no](mailto:firmapost@hml.no) [www.hml.no](http://www.hml.no)

Skilator

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)

[www.medema.no](http://www.medema.no)

## **1230**

### **OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER**

### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

[salg@adl.no](mailto:salg@adl.no) [www.adl.no](http://www.adl.no)

### EPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

[firmapost@hepro.no](mailto:firmapost@hepro.no) [www.hepro.no](http://www.hepro.no)

Gripo støttestang

### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

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

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Overflyttingshjelpemidler, Dreilett ,

Jøhl Stolløfter

## **1233**

### **VENDEHJELPEMIDLER**

### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

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

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Eliglide

## **1236**

### **LØFTEHJELPEMIDLER**

### HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

[post@hcn.no](mailto:post@hcn.no) [www.hcn.no](http://www.hcn.no)

Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten  
gjennomgående skinne

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)

[www.medema.no](http://www.medema.no)

### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

## **1503**

### **HJELPEMIDLER TIL MATLAGINGEN**

### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

hovedkontor@etac.no [www.etac.no](http://www.etac.no)

### MEDINOR CARE

Divisjon i Medinor ASA

Postboks 94 Bryn, 0611 Oslo

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

[medinor@medinor.no](mailto:medinor@medinor.no) [www.medinor.no](http://www.medinor.no)

Brannforebyggende prod. for eldre/funksj.h.

## **1509**

### **SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER**

### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

[salg@adl.no](mailto:salg@adl.no) [www.adl.no](http://www.adl.no)

### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad

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

### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

[firmapost@picomed.no](mailto:firmapost@picomed.no)

[www.picomed.no](http://www.picomed.no)

Dynamiske armstøtter og spise-

hjelpemidler Omgivelseskontroll/fjernstyring.

## **1512**

### **RENGJØRINGSHJELPEMIDLER**

### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

[firmapost@hepro.no](mailto:firmapost@hepro.no) [www.hepro.no](http://www.hepro.no)

## **1803**

### **BORD**

### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

[post@astec.no](mailto:post@astec.no) [www.astec.no](http://www.astec.no)

Arbeidsbord/spesialbord, skolepult

### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

[firmapost@hepro.no](mailto:firmapost@hepro.no) [www.hepro.no](http://www.hepro.no)

### HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

[firmapost@hml.no](mailto:firmapost@hml.no) [www.hml.no](http://www.hml.no)

Nora og Ina underarnstøttebord

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)

[www.medema.no](http://www.medema.no)



# PRODUKTREGISTER

**1809**

## **SITTEMØBLER**

### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no www.bardum.no

### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

### HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal

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

HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

firmapost@hm-spes.no

### KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat jockey, barnestol

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

**1812**

## **SENGER**

### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

### HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

firmapost@hml.no www.hml.no

Reiseseng

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

**1815**

## **HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE**

### **TILSATSER TIL MØBLER**

#### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

#### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

E-post: post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad – hev/senk

### GRANBERG INTERIØR AS

P.b. 3938 Ullevål stadion, 0806 Oslo

Tlf.: 22 69 16 90, fax: 22 69 63 10

even.olsen@granberg-interior.no

www.granberg-interior.no

Kjøkken og bad – hev/senk – garderobe

**1818**

## **STØTTEANORDNINGER**

### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Dynamiske armstøtter og

spisehjelpemidler.

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

**1821**

## **DØR-, VINDUS- OG GARDIN-**

### **ÅPNERE/-STENGERE**

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

#### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

**1830**

## **HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEI-**

### **SER OG RAMPER**

#### ACCESS TRAPPEHEISER AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01

access@access-gruppen.no

www.accessgruppen.no

Seteheiser. Plattformheiser.

Løfteplattformer.

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

**S 1**

## **UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV**

### **TEKN. HJ.MIDLER**

#### HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

firmapost@hml.no www.hml.no

NORINA utvikling og individuell tilpasning

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra

individuelle behov

**1833**

## **SIKKERHETSUTSTYR TIL BOLIGER**

### **OG ANDRE LOKALER**

#### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

**1836**

## **OPPBEVARINGSMØBLER**

### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad – hev/senk

### GRANBERG INTERIØR AS

P.b. 3938 Ullevål stadion, 0806 Oslo

Tlf.: 22 69 16 90, fax: 22 69 63 10

even.olsen@granberg-interior.no

www.granberg-interior.no

Kjøkken og bad – hev/senk

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

**K 1**

## **KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER**

### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

## **7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/VARSLING**

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

**2103**

## **OPTISKE HJELPEMIDLER**

### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Optiske hj.midler

**2109**

## **TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVE-**

### **MASKINER OG KALKULATORER**

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Tilbehør til datamaskiner.

**2110**

## **KOGNITIVE HJELPEMIDLER**

### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

# PRODUKTREGISTER

info@abilia.no www.abilia.no

## COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo

Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30

info@cognita.no www.cognita.no

## ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

## MYLIFEPRODUCTS AS

Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo

Tlf: 92631425

post@mylifeproducts.no

www.mylifeproducts.no

## **2127**

### **IKKE-OPTISKE LESEHJELPEMIDLER**

#### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

## **2136**

### **TELEFONER OG**

### **TELEFONERINGSHJELPEMIDLER**

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Telefon og telefoner og telefoneringshj.

#### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

#### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

## **2139**

### **LYDOVERFØRINGSSYSTEMER**

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Lydoverføringssystemer

#### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

## **2142**

### **SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON**

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

#### COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo

Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30

info@cognita.no www.cognita.no

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

Bolig, kommunikasjon, installasjon

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Samtalehj.midler

#### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

## **2145**

### **HØREAPPARATER**

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Høreapparater

## **2146**

### **HØRSELTEKNISKE HJELPEMIDLER**

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Hørseltekniske hjelpemidler

## **2148**

### **VARSLINGSHJELPEMIDLER**

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

#### COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo

Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30

info@cognita.no www.cognita.no

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Varslingshj. midler

#### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

#### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

#### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no www.picomed.no

Varslingshjelpemidler.

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

## **2151**

### **ALARMSYSTEMER**

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Alarmsystemer

#### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Epi-alarm, Sengealarm, Døralarm,

Varslingsmatte, Stotalarm

#### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

## **8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)**

## **2412**

### **HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL**

#### ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01

access@access-gruppen.no www.accessgrup-  
pen.no

Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Hjelpemidler for omg

#### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

# PRODUKTREGISTER

**2418**

## **GREPTILPASNINGER OG HJELPEMIDLER SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER HÅND- OG/ELLER FINGERGREP**

### **ADL PRODUKTER AS**

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

### **ABILIA AS**

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

### **PICOMED AS**

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no www.picomed.no

Dynamiske armstøtter/spisehjelpemidler Omgi-  
velseskontroll/fjernstyring.

### **REHATEKNIKK AS**

PB 10, 2312 Ottestad

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

**2436**

## **TRANSPORTHJELPEMIDLER**

### **MEDEMA NORGE AS**

P.b. 133, 1483 Skytta, Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

**3003**

## **LEKER**

### **ABILIA AS**

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

### **AMAJO AS**

Hellinga 16 D 1481 Hagan

Tlf.: 67 07 43 40, fax: 67 07 43 41

amajo-as@nokab.no www.amajo.no

### **AT RONDA**

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### **ABILIA AS**

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

### **AS HANA & HOLMENS POTTERIER**

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

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

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

### **BARDUM AS**

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

### **KLUBBEN AS**

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: [http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med  
produkter for sansestimulering.

### **AS RIKTIGE LEKER**

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo

Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53

www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

### **3006 SPILL**

### **KLUBBEN AS**

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: [http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

### **AS RIKTIGE LEKER**

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo

Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53

www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

**3009**

## **MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR**

### **AT RONDA**

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### **BAMSE PRODUKTER AS**

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: [info@bamseprodukter.no](mailto:info@bamseprodukter.no)

### **BARDUM AS**

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no www.bardum.no

### **HANDINOR AS**

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

post@handinor.no www.handinor.no

### **KLUBBEN AS**

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: [http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

### **AS RIKTIGE LEKER**

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo

Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53

www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

## **10. HJELPEMIDLER FOR BARN**

(For andre hjelpemidler for barn, (Se også 3. Personlig

stell og Klær og 4. Forflytning.)

### **B.ADL**

### **ADL- HJELPEMIDLER**

### **ADL PRODUKTER AS**

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

### **AT RONDA**

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### **BAMSE PRODUKTER AS**

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: [info@bamseprodukter.no](mailto:info@bamseprodukter.no)

Hjelpemidler for posisjonering av barnet i

hverdagen.

### **KRABAT AS**

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,

Krabatskjerf, sikleskjerf

### **AS RIKTIGE LEKER**

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo

Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53

www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

### **B.ERG**

## **ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE**

### **ASTEC AS**

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Ergonomiske produkter for stellerom/bad,

kjøkken/garderobe i barnehager/skoler.

### **BAMSE PRODUKTER AS**

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: [info@bamseprodukter.no](mailto:info@bamseprodukter.no)

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

### **B.LØF**

## **LØFTEHJELPEMIDLER FOR BARN**

### **MEDEMA NORGE AS**

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

### **B.KOM**

## **KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR**

## **BARN**

### **ABILIA AS**

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

### **ABILIA AS**

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no -

### **GEWA AS**

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00 Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Kommunikasjonshj. for barn

### **KLUBBEN AS**

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: <http://www.klubben.no/asp/asp/info>.

# PRODUKTREGISTER

[aspx?info\\_id=11&txt=Gratis](#)

+katalog, Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

## B.MOS

### MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

#### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

#### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: [info@bamseprodukter.no](mailto:info@bamseprodukter.no)

Posisjonering og trening for små og store barn.

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[veronica@bardum.no](mailto:veronica@bardum.no)

[www.bardum.no](http://www.bardum.no)

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

[www.klubben.no](http://www.klubben.no)

Se: [http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no) [www.medema.no](http://www.medema.no)

## B.ROL

### ROLLATORER

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no) [www.medema.no](http://www.medema.no)

## B.SEN

### SENGER FOR BARN

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[veronica@bardum.no](mailto:veronica@bardum.no)

[www.bardum.no](http://www.bardum.no)

#### HJELPEMIDDELSPELISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

[firmapost@hm-spes.no](mailto:firmapost@hm-spes.no)

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no) [www.medema.no](http://www.medema.no)

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda

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

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Arcona barneseng

## B.SPO

### SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

#### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[veronica@bardum.no](mailto:veronica@bardum.no)

[www.bardum.no](http://www.bardum.no)

#### HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

[post@handinor.no](mailto:post@handinor.no) [www.handinor.no](http://www.handinor.no)

#### HJELPEMIDDELSPELISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

[firmapost@hm-spes.no](mailto:firmapost@hm-spes.no)

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

[www.klubben.no](http://www.klubben.no)

Se: [http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no) [www.medema.no](http://www.medema.no)

## B.STI/SAN

### STIMULERING/SANSEMOTORIKK

#### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

#### AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

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

[www.hana-holmens.no](http://www.hana-holmens.no)

Leire for modellering, formingsartikler.

#### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: [info@bamseprodukter.no](mailto:info@bamseprodukter.no)

Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[veronica@bardum.no](mailto:veronica@bardum.no)

[www.bardum.no](http://www.bardum.no)

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10

Fax: +47 62 95 06 11

[www.klubben.no](http://www.klubben.no)

Se: [http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

[aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](#)

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

#### AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo

Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53

[www.riktigeleker.no](http://www.riktigeleker.no) [ordre@riktigeleker.no](mailto:ordre@riktigeleker.no)

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda

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

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

## B.SYK

### SYKLER

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[veronica@bardum.no](mailto:veronica@bardum.no)

[www.bardum.no](http://www.bardum.no)

#### HJELPEMIDDELSPELISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

[firmapost@hm-spes.no](mailto:firmapost@hm-spes.no)

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

[www.klubben.no](http://www.klubben.no)

Se: [http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

#### KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

[fb@krabat.no](mailto:fb@krabat.no) [www.krabat.no](http://www.krabat.no)

Krabat trioBike, transportsykkel

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no) [www.medema.no](http://www.medema.no)

## SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

#### BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

[www.bojo.no](http://www.bojo.no) [post@bojo.no](mailto:post@bojo.no)



**ABLOY**

Picomed tlf: 37 11 99 50  
Action trykkavlastende

**ALVEMA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**ARDO MEDICAL AG**

togemo Med.Supply  
tlf: 62 52 62 72

**ARRO CONTROL**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**ATENA NORDIC AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**ATO FORM**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BALDER EL. RULLESTOLER**

Hand-Pro tlf: 32 18 16 00

**BARRY EMONS**

AMAJO tlf: 67 07 43 40

**BC-LIFT**

Access AS tlf: 62 51 85 00

**BERNAFON**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**BEKA HOSPITEC**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BERROLKA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BEST MOBILITY**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BO EDIN AB**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**BORRINGIA AS**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**BOS MEDICAL**

togemo MedSupply  
tlf: 62 52 62 72

**CABICARES**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**CAREZIA AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**CERTEC KLOKKA,TRIACON**
**CHESTNUT COMPANY APS**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50  
COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

**CIRRUS**

Handicare tlf: 69 24 44 00

**CLEAN LINE**
**HYGIENEPRODUKTER**
**COBI REHAB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**COMFORTA AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**CONSTELLA**

Astec tlf: 22 72 23 55

**CONTUR TRYKKAVLASTNING CURA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DAYS (DMA)**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DORMA**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**DRAISIN GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DYNAMO STOL APS**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DYNAVOK**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**EASYLIFE GRIPESTANG**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**ECN SENGELØFTER**

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

**EDU-PLAY**

Riktige Leker,tlf: 22 01 78 50/52

**EDWARD SENGEN**

Eurocontact Norge

**ELICARE AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**E-MOBIL HJELPEMOTOR FOR**
**RULLESTOLER**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**EUROFLEX**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**FAAC**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**FITFORM**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**FLIPSTICK. HØYDEREGULERBAR**
**SITTESTOKK**

At ronda tlf: 51 58 87 81

**GRANBERG INTERIOR AB**

Astec tlf: 22 72 23 55

**G. S. SMIRTHWAITE-(PETØ)**

Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

**HABO VÅTDUKPRESSER**

At ronda tlf: 51 58 87 81

**HAMATIC SENGEUNNER**

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

**H. BOCK**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00  
Highriser

**HIRO-LIFT GMBH**
**HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS**

tlf: 66 81 60 70  
Access AS tlf: 62 51 85 00

**HML REISESENG**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**HML STOKK- OG KRYKKEHOLDER**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**HML STASTATIV**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**HUMANTECHNIK**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**HUNTLEIGH HEALTHCARE**

Medinor care, tlf: 22 07 65 00

**HØRAT**

Oticon tlf: 23 35 59 00

**IDC LIFESTAND STARULLE -**
**STOLER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**ILLER BELTEKJØRETØYER**
**IMAGETALK**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

**JAMES**

Picomed tlf: 37 11 99 50

**JAZZY EL. RULLESTOLER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**JØHL HUMAN CARE**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**KNOP**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**KOMBIKLOSSEN**

Enteron tlf: 22 64 78 70

**KOM - I - KAPP**

AMAJO tlf: 67 07 43 40

**KOMFYRVAKT**

Medinor care tlf: 22 07 65 00

**LAVASET SENGEDUSJ**
**HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN**

tlf: 63 87 05 80

**LIKO**

Handicare tlf: 69 24 44 00

**LOPITAL**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**LUNOLETT**

Øy-tex tlf: 57 74 55 20

**MEDICA GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MINI CROSSER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MINITECH-VARMEHJ.M. FOR**
**BARN OG VOKSNE**

Minitex AS tlf: 62 57 78 00

**MINOS**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MOVING PEOPLE**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MOVITA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**NILBILD AB**

Gewa tlf: 66 99 60 00

**NORDIC AID**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**NORINA PRODUKTER**

HML Hjelpemiddel-leverandøren tlf:  
63 87 05 80

**NOTTINGHAM REHAB**

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

**NTD-HISS AB**

Access AS tlf: 62 51 85 00

# AGENTURREGISTER

## **NYPRO AS**

togemo Med. Supply  
tlf: 62 52 62 72

## **OTTO BOCK**

HML Hjelpemiddelleverandøren  
tlf: 63 87 05 80

## **PEGASUS LTD. ENGLAND**

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

## **PERMOBIL EL. RULLESTOLER**

Permobil AS, tlf: 815 30 077

## **PHRASE-IT, C-INNOVATION AB**

cOGNiTA AS tlf: 22 43 05 00

## **PIKOTECH**

Picomed AS tlf: 37 11 99 50

## **PROTAC**

AMAJO AS, tlf: 67 07 43 40

## **QORPUS VITA AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

## **QUALIWORLD, QUALILIFE**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **REBEX TOADUSJ AB**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **REHATEC GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **REINECKER**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

## **ROBER LTD.**

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

## **RONDA.OSTEHØVEL**

## **M/KERAMBELEGG**

At ronda tlf: 51 58 87 81

## **ROOMER TAKHEIS**

Human care A/S, tlf: 63 87 78 13

## **SAFE PUTER OG MADRASSER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **SARO STØTABSORBERENDE**

## **SALER**

HML Hjelpemiddelleverandøren  
tlf: 63 87 05 80

## **SAVI BARNESENGER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **SCHUCHMANN GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **SCOOTER-LINE TILBEHØRS - PROGRAM**

SENSE-MATIC AS

Access AS tlf: 62 51 85 00

## **SHOPRIDER**

## **STEENS INDUSTRIER**

Medinor care tlf: 22 07 65 00

## **STEMMEFORSTERKER, HEARING PROD LTD**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **STOLETEC**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **STORM EL. RULLESTOLER**

INVACARE AS, tlf: 22 57 95 00

## **STRATUS ELEKTRISKE**

## **SCOOTERE**

## **SUNGIFT SCOOTER**

Arna Medikal, tlf: 55 24 18 70

## **SYKLER FOR BARN**

Alu rehab AS, tlf: 51 68 18 89

## **SVAN CARE AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **SWERECO AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

## **TERGEO AS**

tlf: 22 35 47 07

Bidet elektronisk bidet

## **THE GRID, SENSORY SOFTWARE**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **TIMEX DATALINK**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **TOLARM AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **TOYS FOR THE HANDICAPPED AS**

Riktige Leker,  
tlf: 22 01 78 50/52

## **TRULIFE PUTER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

Bidet elektronisk bidet

## **TT MED**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **UNIK PRODUKTER**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **VASTIA DUSJROM**

HML Hjelpemiddelleverandøren  
tlf: 63 87 05 80

## **VESTURE CORPORATION**

(MICROCORE)

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

## **V. GULDMANN A/B**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **VILFRED-PUTEN**

At ronda tlf: 51 58 87 81

## **VILGO**

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

## **WIMA-GRIPEN**

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

## **WIMA -LABBEN**

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

## **WIMA -UNDERLAGET**

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

## **WINSLOW PRESS OG**

## **SPEECHMARK**

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

## **WI-VIK, PRENTKE ROMIC INT**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **ØVREBØ REHABILITERING**

Øvrebø rehab. AS, tlf: 32 24 42 50w

## BESTILLING AV KURS- OG STILLINGS- ANNONSER

For bestilling og nærmere  
opplysninger:  
Erik Sigurdssøn  
Mobil: 90 03 09 43, e-post:  
erik@addmedia.no

Priser:  
1/8 side kr 4.500, - 25%  
1/4 side kr 6.000, - 25%  
1/2 side kr 8.500, - 25%  
1/1 side kr 12.500, - 25%

Ved annonse i papirutgaven  
kan annonsen legges ut på nett  
www.ergoterapeuten.no mot et  
tillegg på kr 2.500,-  
Nettannonse ordinært kr  
3.500,-

