

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



## Vi teller ned til landsmøtet 6

Vi ser oss tilbake **10** Er det behov for Norsk Ergoterapeutforbund? **26**

Kandidater til forbundsledelsen, sentralstyret og utvalg **58**



# 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. 6 – 1. des / 24. des

Nr. 1 – 2. feb / 27. feb

Nr. 2 – 1. april / 30. april

**Trykkeri** 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

**Design** Fete Typer

**Layout** Else Merete Thyness

## Redaksjonskomité

Unni Sveen / 91 88 47 68

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Tore Bonsaksen / 22 45 25 47

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Marena Brännare – varamedlem

## Norsk Ergoterapeutforbund

**Adresse** Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

**Telefon** 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

**Generalsekretær/fagsjef**

Toril Laberg

**Forhandlingssjef**

Brit-Toril Lundt

**Advokat**

Berit Førli

**Organisasjonssjef**

Karl-Erik Tande Bjerkaas

**Spesialrådgiver**

Anita Engeset

**Controller**

Mette Jacobsen

**Controller**

Tove Olsen

## Sentralstyremedlemmer

Mette Kolsrud, forbundsleder

Nils Erik Ness, 1. nestleder

Synnøve O. Melseth, 2. nestleder

Solrun Hauglum

Bjørnar Rovde

Reidun Holm

Ragna Gjone

Benedicte Borge Bakstad

Hege Tollås

Tove Settem

Stine Marie Nord Slyngstad, 1.

varamedlem

Hanne Berntsen, 2. varamedlem

Camilla Syvertsen, 3. varamedlem

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

fagpressen (F)



6



16



26



56

---

## REPORTASJER

### **6 Vi teller ned til landsmøtet**

Av Else Merete Thyness

### **10 Vi ser oss tilbake**

Av Else Merete Thyness

### **14 Vil redusere studiefrafallet**

Av Lisa Lund Haga

### **16 Å skape fremtiden gjennom å dele tradisjoner**

Av Sissel Horghagen

### **21 5 på kongress**

Av Sissel Horghagen og  
Else Merete Thyness

---

## FORBUNDET

### **28 Landsmøtet - saker og saksbehandling**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

### **30 Oppsigelser - hvilken rolle har de tillitsvalgte?**

Av Ine Hagen

### **32 Arrangementer 2015**

### **33 Tenåringer kan ha barneforsikringer**

Av Roar Hagen

### **35 Innspel: Dårlig kombinajon**

Av Anders Folkestad

---

## AKTUELT

### **51 Håndtrening bedrer aktivitetsutførelse**

Av Toril Hennig og  
Ingvild Kjekken

### **56 Første norske professorer i ergoterapi**

### **57 Astrid Gramstad disputerer**

---

## LANDSMØTET 2014

### **58 Kandidater til forbundsledelsen, sentralstyret og utvalg**

---

## NY ARENA

### **22 Ergoterapeut tilknyttet helsestasjon**

Av Else Merete Thyness

---

## FAGLIG

### **36 Mestring av funksjonstap og smerter hos kvinner med en-arms dysmeli**

Av Heidi Johansen,  
Inger-Lise Andresen  
og Kirsten Thorsen

### **44 Interpersonlig resonnering**

Av Knut Vøllestad, Silje  
Torgimsen, Therese Öqvist  
og Tore Bonsaksen

---

## ANNONSER

### **74 Kurs og stilling**

### **75 Produktregister**

### **82 Agenturregister**

---

## KRONIKK

### **24 Aktivitet og psykisk helse**

Av Tove Gunderen

---

## YTRING

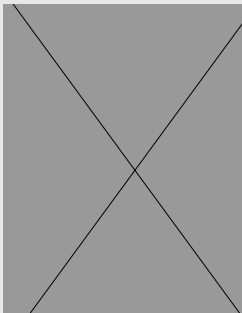
### **26 Er det behov for Norsk Ergoterapeutforbund?**

Av Synnøve O. Melseth



# Er organisasjonen bare hverdagsrehabilitering?

**Svaret på det spørsmålet er selvsagt nei. Både organisasjonen og ergoterapeuter ute i arbeidsfeltet arbeider med mye mer enn hverdagsrehabilitering.**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

**Hverdagsrehabilitering har** vært en gyllen sjanse til å sette ergoterapi på kartet. Satsingen på hverdagsrehabilitering har også ført til at alle leddene av organisasjonen i mye større grad enn tidligere har arbeidet om å dra et stort lass sammen.

Om ikke lenge møtes flere av oss til landsmøte, og et nytt program og nye mål skal vedtas. I ett intervju i denne utgaven av fagbladet sier Nils Erik Ness: «Vi skal fortsette trykket på hverdagsrehabilitering – tross alt er det nå kun 81 kommuner av 438 som prøver ut denne modellen. Samtidig må vi være våkne på den politiske satsningen fremover og tydeliggjøre vår kompetanse innen andre områder. Sentrale stikkord her er opptrapping av re/habilitering, forebygging, psykisk helse, arbeidsdeltakelse og et demensvennlig samfunn».

Jeg mener at suksessen med hverdagsrehabilitering har skapt et godt grunnlag for organisasjonen i denne satsningen. Tjenestene og kompetansen vår har blitt bedre kjent. Det er stor etterspørsel etter kunnskap på områder der ergoterapeuter er på trygg grunn: hverdagsmestring, hverdagsaktivitet og deltagelse. Ergoterapeuter har vist Helse-Norge gode eksem-

pler på hvordan disse begrepene kan settes ut i konkrete tiltak.

Vi har fått politisk erfaring. Flere politikere enn før betrakter nå ergoterapi som en innovativ tjeneste med mange av løsningsene på fremtidens helseutfordringer. I den forrige regjeringens innovasjonsstrategi, «Vegar til framtidens velferd», trekkes Norsk Ergoterapeutforbunds initiativ fram som et godt eksempel på innovasjon. I tillegg har forbundet etablert tett samarbeid med for eksempel KS, Arendalskonferansen og Kunnskapssenteret (Gode pasientforløp) samt styrket samarbeidet med flere brukerorganisasjoner. Det samarbeidet og den kompetansen vi har bygget opp her, kan komme godt med når vi skal profilere oss på andre fagområder også.

Vi har også lært noe om å håndtere media. Aldri før har ergoterapeuter skrevet så mange debattinnlegg til aviser rundt om i det ganske land. Vi har heller aldri opplevd å bli så ofte omtalt i media som nå.

Satsningen på hverdagsrehabilitering bærer derfor ikke bud om snever satsing på ett fagområde. Tvert imot har innsatsen her gitt oss et solid grunnlag for å møte nye samfunnsutfordringer.

# Utfordringer i kø



**METTE  
KOLSRUD**  
Forbundsleder

**Den blå regjeringen** har store ambisjoner om å sette sitt preg på utviklingen av helse- og velferdstjenestene framover. Arbeid er igangsatt på mange områder som får betydning for ergoterapeuters yrkesutøvelse og rammebetingelser i arbeidslivet framover. Neste år er det varslet en stortingsmelding om nasjonal helse- og sykehusplan som skal skissere kriterier for ulike typer sykehus og framtidig sykehusstruktur. Den skal inneholde forslag til tiltak for å sikre tilstrekkelig personell, riktig kompetanse og arbeidsdeling i fremtidens spesialisthelsetjeneste. En ny stortingsmelding om folkehelse med større fokus på psykisk helse er under arbeid. En ny melding om primærhelsetjenestene er også på trappene. Et viktig tema i primærhelsetjenestemeldingen vil være hvordan det kan legges til rette for nye roller og samarbeidsformer. Regjeringen har i den forbindelse varslet at de vil gjeninnføre de lovpålagte tjenestene i kommunehelsetjenestene(!). Når et ekspertutvalg i EU har slått fast at ergoterapeuter er nødvendige i primærhelsetjenesten, må vi selvsagt også inkluderes i Norge. Alt annet er utenkelig.

Videre skal det komme en ny demensplan, en opptrappingsplan for psykisk helse (2015) og en opptrappingsplan for rehabilitering. Regjeringen vil skape pasientenes helsetjenester og flytte makt til brukere. Det målet er vi enige i, og forbundet vil gjerne bidra i arbeidet. Om vi er enige i alle virkemidlene, gjenstår å se.

Andre viktige saker som vil angå ergoterapeuter framover er den kommende kommunereformen og de nylig foreslåtte endringene i arbeidsmiljøloven. Arbeidsmiljøloven er en vernelov, og her foreslås «oppmykninger». Forbundet mener at de foreslåtte endringene verken vil gi flere faste ansettelser eller få flere med funksjonsbegrensninger inn i arbeidslivet. Derimot kan det bli et tøffere arbeidsliv med mer styringsrett og fleksibilitet for arbeidsgivere og mindre innflytelse for arbeidstakere.

Ergoterapeutforbundet og ergoterapeuter på ulike arbeidsplasser vil få mange utfordringer framover. Noen vil vi like, andre ikke, men opp gjennom årene har det også vært mange utfordringer for faget og ergoterapeutenes yrkesutøvelse. For førte år siden startet jeg utdanningen til arbeidsterapeut. Jeg er utdannet

i det første kullet hvor grunnutdanningen var treårig, hovedfag i ergoterapi en sjeldenhet og ytterligere akademisk kompetanse en utopi. I dag tar mange ergoterapeuter videreutdanninger og mastergrader og spesialiserer seg. Ergoterapeuter forsker på ulike aspekter av aktivitet og deltakelse. Nitten ergoterapeuter har tatt doktorgrad, og tre er blitt professorer. Utviklingen som har skjedd innen faget er spennende og imponerende, og kompetansen er svært tidsaktuell i forhold til samfunnets behov. Jeg er stolt av å være ergoterapeut og over å ha vært med i denne utviklingen.

Når jeg nå går av som forbundsleder på landsmøtet i november, er det i klar forvisning om at Norsk Ergoterapeutforbund har blitt en sterkere aktør i det helse- og velferdspolitiske arbeidet de siste årene. Ergoterapeutenes kompetanse er mer etterspurt på stadig flere områder. Jeg er sikker på at også denne utviklingen vil fortsette. Jeg er sikker på at det vil bli behov for langt flere ergoterapeuter, og at forbundet framover vil ha et tydelig budskap med utgangspunkt i ergoterapeutenes kompetanser. Lykke til med arbeidet til alle som deltar!.

# VI TELLER NED TIL LANDSMØTET

**Ergoterapeutenes 24. landsmøte går snart av stabelen. Den perioden vi legger bak oss, har vært preget av mye aktivitet. Det nye programmet lover at forbundet har flere store og spennende oppgaver i sikte.**

**D**et forrige landsmøtet fant sted i Lillestrøm i november 2010. Det ble en tredagers fest hvor over 100 ergoterapeuter fra alle landets fylkesavdelinger var til stede. Sidsel Bjørneby ble tildelt Kongens fortjenstmedalje i sølv, Nils Erik Ness ble valgt til nestleder på full tid, og forkortelsen NETF ble strøket fra vedtektene.

## TAKKER FOR SEG

Mette Kolsrud har vært forbundsleder siden 2008. Nå takker hun for seg etter seks år.

– Du har ledet forbundet under visjonen «Aktivitet og deltakelse for alle». Har forbundet klart å leve opp til denne visjonen?

– På mange måter ja. Det har vært stor aktivitet både internt og eksternt, selv om man alltid kunne ønske seg mer. Satsningen på hverdagsrehabilitering har for eksempel vært utrolig morsomt å holde på med. Den har engasjert hele organisasjonen med kursvirksomhet, artikler i fagbladet og mange innlegg på møter og konferanser. Det har også vært spennende å jobbe opp mot politiske miljøer og få gehør for våre standpunkter.

– Hva har gjort mest inntrykk på deg i de disse seks årene?

– Det må være at hverdagsrehabilitering har fått så stor oppmerksomhet og gjennomslag ute i kommunene. Det er gledelig at ergoterapeutene blir etterspurt som ressurspersoner og eksperter når hverdagsrehabilitering skal etableres. Ved forrige landsmøte visste vi engang ikke hva hverdagsrehabilitering var. Dette har skjedd i rekordfart.

– Hvilke landsmøtevedtak har dere jobbet mest med?

– Vi har fire satsingsområder i programmet: Samfunns-, helse- og velferdspolitik, ergoterapiutøvelsen, inntekts- og arbeidsforhold og fagorganisasjonen. Vi har gjennomført to krevende streiker, jobbet med et stort organisasjonsendringsprosjekt, styrket kursvirksomheten og fulgt opp ulike elementer i samhandlingsreformen, så vi har vært aktive på alle områdene.

– Hva gleder du deg mest til med det kommende landsmøtet?

– Jeg gleder meg til spennende diskusjoner rundt Norsk Ergoterapeutforbunds fremtid. Vi skal blant annet stemme fram et nytt politisk program og bestem-

me hvordan organisasjonen skal rigges for å møte framtiden.

– Er det noen spesielle saker i det nye politiske programmet du vil trekke fram?

– Det blir viktig å videreføre og dra nytte av satsningen og gjennomslaget vi har fått på hverdagsmestring, og overføre denne tilnærmingen til andre områder. Og så blir det viktig å etablere vår nye organisasjon, så vi får engasjement og aktivitet.

– Du blir fremdeles å finne i forbundets kontorer, men i en ny rolle som rådgiver. Hva innebærer det?

– Det gir kontinuitet i arbeidet på forbundskontoret og betyr at vi kan videreføre de erfaringene vi har høstet, ikke minst i det politiske arbeidet. Helt praktisk kommer jeg til først og fremst å forberede saker til den nye politiske ledelsen.

## NY ORGANISASJONSMODELL

En av de største sakene på det kommende landsmøtet er forslaget om ny organisasjonsmodell. Arbeidsgruppa «Ergoterapeutene 2020» foreslår å legge ned dagens 19 fylkesavdelinger og samtidig opprette seks regio-



*Tove Holst Skyer har sittet i Arbeidsgruppa 2020. Til daglig arbeider hun i ergo- og fysiotjenesten i Telemark kommune. Hun er kandidat til vervet som første nestleder.*



*Mette Kolsrud takker for seg som leder av Norsk Ergoterapeutforbund.*



*Nils Erik Ness stiller som kandidat til forbundsledervervet.*

ner. Disse skal ledes av et styre, som blir valgt av medlemmene gjennom elektroniske valg. En fra regionstyret skal også sitte i sentralstyret slik at det blir en rød tråd fra det enkelte medlem og helt inn i styret. Tove Holst Skyer har sittet i Arbeidsgruppa «Ergoterapeutene 2020».

– Hva er bakgrunnen for at dere foreslår å legge ned fylkesavdelingene og i stedet opprette seks regioner?

– Prosessen startet med at vi ønsket tettere bånd mellom sentralstyret og resten av organisasjonen. Med nitten fylkesstyrrer var det helt umulig med en representant fra alle fylkene inn i sentralstyret. Med seks regioner derimot, lar det seg gjøre. Det sikrer blant annet at hele organi-

sasjonen jobber med de samme målsetningene.

– Hvilke andre fordeler ser dere ved å ha bare seks regioner?

– Forbundet ønsker å satse mer på de tillitsvalgte og systematisk opplæring og oppfølging av disse. For å få ressurser til dette mente arbeidsgruppa at vi må jobbe smartere og mer effektivt. Med nitten avdelinger må man legge ned relativt mye arbeid for få medlemmer. Seks regioner vil gjøre jobben mer effektiv.

En annen fordel arbeidsgruppa har vektlagt, er flere kurs og at mer aktivitet skal ut og nærmere medlemmene. I dag har nitten fylkesavdelinger ansvar for å arrangere for eksempel fagpolitisk konferanse.

– Det er lite effektivt, når

mange av fylkesavdelingene har få medlemmer. Som fylkesleder i Telemark har jeg kjent på at jobben hadde vært den samme, selv om arrangementet hadde rommet flere. Telemark og Vestfold har samarbeidet om fagpolitisk konferanse i flere år. Likevel kunne vi arrangert for flere. En tredje fordel handler om at flere fylkesavdelinger i perioder har hatt lite aktivitet fordi de ikke har fått folk inn i vervene. Med seks regioner sikrer vi også mer kontinuitet i det arbeidet.

– Vil de store avstandene mellom de enkelte medlemmene i regionene bli et problem?

– En av forutsetningene for at dette skal fungere, er at vi må finne nye og gode måter å samhandle på. Vi kan for eksempel







utvide bruken av elektroniske møteplasser. I tillegg blir det kanskje naturlig å legge arrangementer til ulike deler av regionen. Håpet er uansett at hvert enkelt medlem skal føle at avstanden til resten av organisasjonen blir mindre, ved at det satses mer på hver enkelt tillitsvalgt.

– Har dere fått mange tilbakemeldinger på dette forslaget fra medlemmene?

– Vi har hatt temaet oppe på fylkesavdelingsmøter i Telemark, og da har alle tilbakemeldingene vært positive. Særlig har tanken om mer systematisk opplæring og oppfølging av tillitsvalgte vært velkommen. I organisasjonen har forslaget vært presentert på representantskapsmøtet i fjor og vårmøtet i år. Der er mitt inntrykk at de fleste er positive.

– Hvordan deles regionene inn?

– Det står et konkret forslag til regioninndeling i landsmøtepapirene. Vi har satt sammen forskjellige fylker og har blant annet sett på at størrelsene skal være mest mulig like i antall medlemmer. Det handler blant annet om antall delegater som blir valgt til landsmøtet. I dag har for eksempel Oslo 82 medlemmer bak hver delegat, mens i Telemark har vi 25. I den nye modellen blir antall medlemmer bak delegatene jevnere. En annen ting vi har prøvd å ta hensyn til, er å ha en utdanning i hver region. Det klarte vi bare nesten. Høyskolene i Rogaland og Bergen ligger for tett, derfor får region Sør ingen utdanning. Det er likevel ingenting i veien for at region Sør kan samarbeide med for eksempel Høgskolen i Rogaland. Vi har også prøvd å ta hensyn til geografiske avstander, men avstander vil det bli uansett.

– Dere foreslår også å redusere størrelsen på landsmøtet –

hva ligger i det?

– Det begynte med at vi ønsket en mer demokratisk delegatfordeling enn i dagens modell. Da vi fikk til det, så vi på antall delegater i dagens modell kontra hva som vil være tilstrekkelig antall delegater i ny modell. Derfor foreslår vi å gå fra 75 til 54 delegater. Vi mener landsmøtet fremdeles er stort nok til å ta alle de viktige avgjørelsene.

### LEDERSKIFTE

Forbundsleder Mette Kolsrud takker altså for seg. Nåværende første nestleder Nils Erik Ness er kandidat til forbundsleder vervet.

– Etter fire års som nestleder er du klar for å ta over roret selv. Hva er det som motiverer deg til denne oppgaven?

– Jeg ser hele tiden små og store eksempler på at ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig for folk. Det motiverer meg. Særlig har arbeidet med hverdagsrehabilitering vært utrolig givende. Der har hele organisasjonen jobbet sammen i små og store ledd, og sammen har vi fått til en forandring i helsetjenestene i Norge.

– Hvilke oppgaver er det du først og fremst gleder deg til å kaste deg over?

– Det kommende landsmøtet skal vedta et program, som igjen skal bestemme en retning. Deretter skal sentralstyret konkretisere en handlingsplan. Jeg gleder meg derfor først og fremst til å samarbeide med det nye landsstyret og knytte tettere kontakter med medlemmene rundt i fylkene eller regionene. Selvsagt håper jeg på en ny organisasjonsmodell og med det en større satsing på IKT. Da kan vi utnytte ressursene bedre, og det vil gi oss en smartere organisasjon.

– Hva tror du kommer til å

prege de neste fire årene?

– Vi skal fortsette trykket på hverdagsrehabilitering – tross alt er det nå kun 81 kommuner av 438 som prøver ut denne modellen. Samtidig må vi være våkne på den politiske satsingen fremover og tydeliggjøre vår kompetanse innen andre områder. Sentrale stikkord her er opptrapping av rehabilitering og habilitering, forebygging, psykisk helse, arbeidsdeltakelse og et demensvennlig samfunn.

### FØRSTE GANG PÅ LANDSMØTE

Ergoterapeutenes landsmøte er forbundets øverste myndighet og derfor en viktig arena for debatt og engasjement blant medlemmene. Fredrik Imislund er andreårsstudent på Ergoterapiutdanningen i Oslo og Akershus, og skal på landsmøtet for første gang.

– Gleder du deg til landsmøtet?

– Ja, det gjør jeg, og særlig fordi jeg ikke har vært med på det før. Jeg ser det som en bratt og nyttig læringserfaring for hvordan organisasjonen fungerer, og hvordan jeg som medlem og fremtidig ergoterapeut kan være med på å påvirke ergoterapeuters arbeidshverdag. Det er interessant å engasjere seg og få innflytelse.

– Hvilke saker tror du blir mest spennende å diskutere?

– Som student er jeg naturligvis opptatt av det som angår kvaliteten på utdannelsene rundt om i landet. Under landsmøtet er jeg selv i psykisk helse-praksis og kommer fortløpende til å høre om hvordan medstudentene mine har det ute i sin egen praksis. Videre syns jeg forslaget rundt sammenslåingen av fylkestyrene til regionstyrer er spennende. Det har kommet fram mange gode grunner både for og imot, så jeg gleder meg til å være med i diskusjonen og avstemningen rundt dette.

## HØY AKTIVITET OG STOR OPTIMISME

# Vi ser oss tilbake

**– Vår tid er nå, sa forbundsleder Mette Kolsrud i sin velkomsttale på det forrige landsmøtet i november 2010. Hun skulle vise seg å få rett.**

Sentralstyret, sekretariatet og resten av landets ergoterapeuter har hatt mange og spennende oppgaver i de siste årene.

Januar 2011 ble fagbladet *Ergoterapeuten* godkjent som vitenskapelig tidsskrift. Dette var et resultat av et dugnadsarbeid som mange hadde deltatt i. Ikke bare kunne vi skilte med to forskningsartikler, men også mange flotte fagartikler i søknaden til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Våren 2011 gjennomførte vi et fredelig lønnsoppgjør. Da var det en annen vind som blåste desto sterkere. Rapporter fra Östersund kommune i Sverige og Fredericia i Danmark viste tydelig at hverdagsrehabilitering hadde stor suksess i nabolandene. I Fredericia kommune hadde de i 2007 startet prosjektet «Lengst mulig i eget liv», der ergo- og fysioterapeuter veiledet pleie- og hjemmepersonalet i å støtte innbyggernes aktivitet og deltagelse i hverdagssituasjoner. I april arrangerte Ergoterapeutene frokostseminar på Litteraturhuset med representanter fra Fredericia. De presenterte modellen og resultatene for ergoterapeuter, andre helsegrupper og politikere.

Kommunal- og regionalministre Liv Signe Navarsete kviterte noen måneder senere med



*Det nye sentralstyret på plass i forbundets nye lokaler. Fra venstre: Solrun Hauglum, Reidun Holm, Synnøve Melseth, Toril Laberg, Nils Erik Ness, Arve Sigmundstad, Tove Settem, Hege Tollås og Bjørnar Hovde.*



*Nils Erik Ness og Mette Kolsrud møter Liv Signe Navarsete i Stortinget.*





*Hovedtariffoppgjøret 2012 endte i streik.*

å invitere Nils Erik Ness, Mette Kolsrud og Solrun Hauglum til møte i Kommunal- og regionaldepartementet. Temaet for møtet var forbundets arbeid med hverdagsrehabilitering i landets kommuner. På denne tiden hadde Voss kommune startet opp med Vossaprojektet, der de satte hverdagsrehabilitering ut i livet.

Men organisasjonen var også opptatt med andre viktige saker. Høsten 2011 fullførte organisasjonen arbeidet med kompetansebeskrivelser basert på samfunnets utfordringer. Kompetansebeskrivelsene omfattet generell ergoterapi og alle syv fagområdene. De er tilgjengelige på nett og papir.

Og så – helt på tampen av året bevilget Helse- og omsorgsde-

partementet 400 000 kroner til «Prosjekt Hverdagsrehabilitering i Norge». Prosjektet var et samarbeid mellom KS, sykepleierne og fysioterapeutene og ble ledet av Nils Erik Ness.

Ikke overraskende satte sentralstyret hverdagsrehabilitering i kommunene som første prioritet på handlingsplanen for 2012.

## 2012

2012 startet like bra som 2011 endte. I et stort oppslag på forsiden av Aftenpostens papirutgave og i Dagsrevyen sa Liv Signe Navarsete at hun ville endevende norsk eldreomsorg med hverdagsrehabilitering. «Jeg ønsker ikke å gjøre dette til en partipolitisk sak. Vi trenger en tverrpolitisk

dugnad», sa hun. På denne tiden opplevde forbundet en stadig økende interesse for hverdagsrehabilitering både fra Kommunal- og regional departementet, helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, og ikke minst Arendalskonferansen, hvor vi snart skulle bli en samarbeidspartner. I juni 2012 ble hverdagsrehabilitering presentert både i plenums- og i parallellsesjoner på konferansen.

Men før vi kom så langt, var vi gjennom hovedtariffoppgjøret 2012. Da meklingsfristen gikk ut, var det klart: Vi var i streik – igjen. Under parolen «Utdanning må lønne seg» streiket vi på tre tariffområder samtidig. Streiken varte i om lag to uker og





*I anledning av at Ergoterapeututdanningen i Oslo og Akershus og Norsk Ergoterapeutforbund fylte 60 år, ble det invitert til en stor konferanse.*



*Mona Dahl ledet over 150 ergoterapeuter gjennom markeringen.*



*Jonas Gahr Støre la fram «Morgendagens omsorg» på Almas hus..*

involverte over 250 medlemmer i Norsk Ergoterapeutforbund. «Gjennom tariffoppgjøret i kommunene har vi fått gjennomslag for vårt viktigste krav om at utdanning skal lønnes bedre», sa forbundsleder Mette Kolsrud.

På høsten var det tid for fest. Ergoterapeututdanninga i Oslo og Akershus og Norsk Ergoterapeutforbund fylte 60 år. Alle medlemmene i forbundet ble invitert til konferansen «60 år med hverdagsliv». Nils Erik Ness og Mona Dahl ledet over 150 ergoterapeuter gjennom markeringen. «Ergoterapeututdanningen startet samtidig med at Hjallis gikk på Bislett under OL i 1952», kunne Mona Dahl fortelle.

Senere på høsten vedtok representantskapsmøtet at hverdagsrehabilitering og *velferdsteknologi* skulle være forbundets satsingsområde for 2013.

## 2013

Våren 2013 presenterte regjerin-

gen to viktige stortingsmeldinger. I april la helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre fram «Morgendagens omsorg». Meldingen vektla hvordan nye omsorgsformer skulle utvikles gjennom ny teknologi og nye faglige metoder, som velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering. Han anbefalte at det ble etablert hverdagsrehabilitering i alle norske kommuner. Uken etter la han fram «Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar». Her ble det referert til forskningsprosjekter med ergoterapeuter i sentrale roller, som Lev Vel-prosjektet i Malvik kommune.

En oversikt over hverdagsrehabilitering i Norge per juni 2013 viste at 19 kommuner var i ferd med å gjøre seg praktiske erfaringer, mens 34 kommuner planla oppstart.

I juni var vi igjen medpartner i Arendalskonferansen. Denne gangen hadde Ergoterapeutene brukermedvirkning i psykisk helse som tema.



## Alle partiene på Stortinget hadde hverdagsrehabilitering i sitt politiske program.

Høsten 2013 var valgsirkuset i gang. Alle partiene på Stortinget hadde hverdagsrehabilitering i sitt politiske program. Liv Signe Navarsete ønsket å lære enda mer om temaet, og ble invitert til et møte med en bruker og ergoterapeutene i bydel St. Hanshaugen i Oslo. «Jeg ønsker at alle bydeler og alle kommuner i landet skal kunne tilby hverdagsrehabilitering til dem som har nytte av det», sa Navarsete. Begivenheten ble dekket både av fagbladet og av NRK Østlandssendingen.

Denne høsten åpnet Høgskolen på Gjøvik dørene for 25 ergoterapistudenter. Startskuddet gikk for bachelor i ergoterapi med profilering på innovasjon, velferdsteknologi og universell utforming. «Utdanningen er svaret på kommunenes behov for ekspertise på akkurat disse områdene», sa Evastina Bjørk, førsteamanuensis ved Høgskolen.

Tiden sto ikke stille på andre områder heller. Ergoterapeutenes sentralstyre vedtok at det skulle utarbeides nye kriterier for oppbygging av spesialistkompetanse. Den nye ordningen skal tuftes på en mastergrad. En annen arbeidsgruppe var også i full sving. Ergoterapeutene 2020 fikk som mandat å komme med et forslag for framtidig organisering av forbundet med fokus på en rød tråd i organisasjonen fra det enkelte medlem og inn i forbundets styre.

Og så var det tid for fest igjen. For femte gang ble det arrangert Norsk Fagkongress i ergoterapi

– denne gangen i Oslo. 18. September samlet temaet «Ergoterapeuter for nye samfunnsutfordringer» nesten 600 ergoterapeuter. Ingvild Kjekken fikk Erganeprisen, og Ergoterapeutenes Seniorforum presenterte den rykende ferske boken: «Pionerenes fortellinger – da ergoterapi var et nytt fag i Norge».

På representantskapsmøtet i november bestemte representantskapet at Ergoterapeutenes satsingsområde for 2014 skal være rehabilitering.

### 2014

I årets første utgave fremsto Ergoterapeuten i ny drakt. På landsmøtet ble det besluttet at forbundets grafiske profil skulle være universelt utformet. Nå kan vi skilte med å være det første universelt utformede fagbladet i Norge.

På vårparten ventet et nytt hovedoppgjør. Det ble gjennomført uten streik. Forbundslederen skrev i sin leder at «Vi mener vi har fått et akseptabelt resultat sett under ett og ut fra de gitte rammene».

Høsten 2014 er preget av hektisk aktivitet. Også den nye regjeringen heier på hverdagsrehabilitering. På KS' frokostmøte i september sa statssekretær Lisbeth Normann at hun «er hundre prosent enig i satsingen på hverdagsrehabilitering».

Og sist, men ikke minst, holder forberedelser til landsmøtet oss aktive. Det gjøres opp status, og det skal pekes ut en kurs videre. Mye tyder på at vi vil fortsette å markere oss i tiden som kommer.



*Liv Signe Navarsete møtte en bruker og ergoterapeutene i bydel St. Hanshaugen i Oslo.*



*Marit Borg var æresforeleser på den femte norske fagkongressen i ergoterapi.*



*Ergoterapeutenes Seniorforum presenterte den rykende ferske boken «Pionerenes fortellinger – da ergoterapi var et nytt fag i Norge».*

# Vil redusere studiefrafallet

**Ergoterapistudentene engasjerer seg for at færre skal droppe ut av utdanningen.**

Av Lisa Lund Haga

**M**arina Hagenes er leder for Ergoterapistudentenes landsstyre. – Vi opplever at flere studenter ikke helt vet hva ergoterapifaget innebærer før studiestart. Det kan være en viktig årsak til at mange dropper ut. En annen grunn er at studenter ikke kommer inn på førstevalget sitt, men kommer inn på ergoterapi. Det kan svekke motivasjonen hos mange, sier hun.

Hagenes presiserer at Ergoterapistudentene ikke har dokumentasjon som bekrefter uttalelsene. Studentorganisasjonen baserer seg på uttalelser fra studenter som landsstyremedlemmene har snakket med.

– Uansett synes vi det er en viktig sak å rette søkelyset mot, sier hun.

## **GJENNOMSnittlig 33 PROSENT FRAfall**

Faktiske frafallstall er innhentet fra alle de seks lærestedene som tilbyr ergoterapi (se faktaboks). Ergoterapistudentene har sammenlignet antall studenter som startet på utdanningene i 2012 og 2013 og antall studenter i nåværende andre- og tredje-klasse. Differansen tilsvarer hvor mange som har sluttet på utdanningen. Dette gir en gjennomsnittlig frafallsprosent på cirka 33. Ergoterapistudentene tar høyde for at tallene kun belyser utviklingen de to siste årene.

– Vi synes dette tallet er for høyt. Saken engasjerer oss, og vi ønsker å bidra til å redusere tallet, tilføyer Hagenes.

## **OPPLYSE NYE STUDENTER**

Ergoterapistudentene ønsker å nå de personene som skal studere ergoterapi før disse blir studenter. Målet er at erfarne studenter kan gi råd til og opply-



*Marina Hagenes ønsker å gi råd til, og opplyse nye studenter om, hva ergoterapifaget innebærer.*

se nye studenter om hva ergoterapifaget innebærer.

– Vi ser for eksempel for oss en frittstående stand på utdanningsmesser der vi i Ergoterapistudentene kan fronte og synliggjøre faget for nye studenter, forklarer Hagenes.

Til opplysning har ergoterapistudenter ved flere skoler blitt invitert til å stå på stand sammen med høgskolen eller universitetet sitt. Forskjellen er at Ergoterapistudentene nå ønsker å stå for seg selv for ytterligere synliggjøring. I tillegg er Ergoterapistudentenes lokalstyret i kontakt med nye førsteklasinger og kan dermed dele erfaringer gjennom året. Dette skjer både på sosiale samlinger, men også via foredrag. Eksempelvis holdt Oslo-lokalstyret foredrag for årets førsteklasinger om erfaringer med å være andre- og tredjeklassing.

– Disse faktorene håper vi kan motivere til å fortsette, forklarer Hagenes.

## **STØRST FRAfall ETTER FØRSTEÅRET**

Susanne Grødem Johnson er studieleder ved institutt for ergoterapi, fysioterapi og radiografi ved Høgskolen i Bergen. Hun opplyser at høgskolen ikke har gjennomført spørreundersøkelser over hvorfor studenter har sluttet. Johnson har likevel informasjon om hva som kan være årsaker hos en del av studentene.

– Noen slutter ganske tidlig i første studieår fordi de får plass ved det studiet de opprinnelig hadde som førstevalg. Størst frafall hos oss ser vi etter at førsteåret er ferdig. En årsak til det er stryk på eksamen. En annen er at studenter etter førsteåret takker ja til et annet studium som de ønsker å gå på. Andre igjen har hatt ergoterapi som førstevalg fra starten. Etter ett år finner de kanskje ut at det ikke





*Guri Einbu kontaktet alle studentene før de sluttet, for å kunne tilrettelegge for at de fortsatte å studere.*



*Susanne Grødem Johnson mener at mange ikke helt vet hvilken utdannelse de ønsker å ta.*

var ergoterapeut de ønsket å bli, eller at ergoterapi ikke var helt det de trodde det var, sier Johnson.

### KONTAKTET ALLE FØR DE SLUTTET

I fjor høst startet 32 personer på ergoterapiutdanningen ved Høgskolen i Gjøvik. Nå har klassen 24 elever. Høgskolelektor og studieprogramansvarlig ved bachelor ergoterapi ved Høgskolen i Gjøvik, Guri Einbu, har oversikt over hvorfor de åtte studentene sluttet. Det viste seg at det var seks ulike årsaker til at studentene sa fra seg studieplassen. For øvrig var 2013 oppstart for utdanningen ved Høgskolen i Gjøvik.

Studieprogramansvarlig opplyser om at hun og andre lærere ved utdanningen kontaktet alle studentene før de sluttet.

- Vi ville undersøke om vi kunne tilrettelegge slik at de kunne fortsette å studere. Dette hadde vi muligheter til fordi vi fikk en god oversikt over studentene gjennom utstrakt bruk av basisgrupper som blir veiledet av lærerne, sier Einbu.

### FRA VIDEREgåENDE TIL HØGSKOLE

Studieleder Johnson påpeker de mange valgmulighetene ungdom står overfor i dagens samfunn.

- Det kan føre til at mange ungdommer ikke helt vet hvilken utdannelse de ønsker å ta. Mange velger studiespesialisering på videregående skole, til tross for at de kanskje heller ville passet inn i en yrkesfaglig retning. Når de så søker seg inn på høgskolen, så klarer de ikke å fullføre utdanningen her. Det er ikke alle som burde ta en akademisk utdanning. Viktigheten av at mange også velger en yrkesfaglig utdannelse på videregående, burde vært mye mer verdsatt, avslutter Johnson.

### FRAFALL FRA ERGOTERAPIUTDANNINGEN

#### Oslo:

Kull 2012 ved start: 99

Kull 2012 nå: 63 (frafall: 36 prosent)

Kull 2013 ved start: 99

Kull 2013 nå: 63 (frafall: 36 prosent)

#### Trondheim:

Kull 2012 ved start: 97

Kull 2012 nå: 61 (frafall: 37 prosent)

Kull 2013 ved start: 102

Kull 2013 nå: 66 (frafall: 35 prosent)

#### Bergen:

Kull 2012 ved start: 51

Kull 2012 nå: 35 (frafall: 31 prosent)

Kull 2013 ved start: 51

Kull 2013 nå: 40 (frafall: 21,5 prosent)

#### Tromsø:

Kull 2012 ved start: 30

Kull 2012 nå: 23 (frafall: 23 prosent)

Kull 2013 ved start: 21

Kull 2013 nå: 11 (frafall: 48 prosent)

#### Sandnes:

Kull 2012 ved start: 37

Kull 2012 nå: 22 (frafall: 40,5 prosent)

Kull 2013 ved start: 43

Kull 2013 nå: 32 (frafall: 25,5 prosent)

#### Gjøvik:

Kull 2013 ved start: 32

Kull 2013 nå: 24 (frafall: 25 prosent)

\*Ergoterapistudiet ved Høgskolen i Gjøvik hadde oppstart høsten 2013.

# Å SKAPE FREMTIDEN GJENNOM Å DELE TRADISJONER

**Det fins en halv million ergoterapeuter i verden. Seks tusen av disse var samlet i en uke i juni på verdenskongress i Yokohama i Japan. Kongressen fikk stor nasjonal og internasjonal oppmerksomhet. Selveste keiseren og keiserinnen deltok på åpningen.**

Hvert fjerde år arrangerer World Federation of Occupational Therapists (WFOT) en verdenskongress i ergoterapi. For første gang ble denne konferansen arrangert i Asia. Over 6400 delegater fra 72 land deltok. Av disse var det cirka 20 norske deltakere, som bidro med muntlige presentasjoner, verksteder og posterpresentasjoner. Norsk Ergoterapeutforbund var representert ved generalsekretær Toril Laberg og første nestleder Nils Erik Ness, som har vært medlem av styret i WFOT i en årrekke.

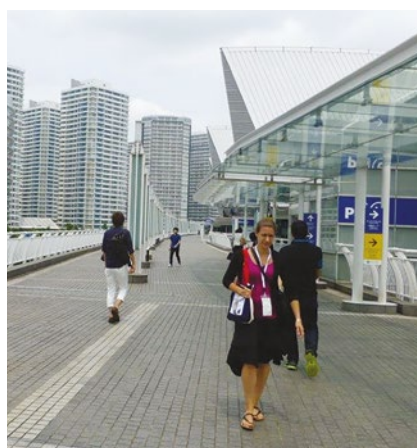
## KONGRESSENS TEMA

Kongressen hadde et hovedtema: *Sharing Traditions, Creating Futures*. I tillegg var de ulike fremleggene og aktivitetene inndelt i åtte underkategorier:

- Disaster preparedness, response and recovery
- Inter-professional collaboration and the role of occupational therapy
- Wisdom: Learning from the past, tradition for the future
- Innovation and challenges in



*Spente kongressdeltakere på vei til Japan. Fra venstre Monica Lillefjell, Inger Britt Werge-Olsen og Gunn Fornes.*



*Kongressen ble avholdt i et futuristisk arkitektonisk landskap i Yokohama.*

occupational therapy

- Evidence-based practice and quality of occupational therapy
- The nature of human occupation
- Community and occupational therapy

## WFOTS LECTURESHIP

Presidenten i WFOT, professor Sharon Brintnell, holdt WFOTs lectureship, som hadde tittelen «Seizing the Future: Occupational therapy's readiness for the global Health stage». Her la Brintnell vekt på ergoterapeuters innsats i forhold til:

- bruker- og pasientfokuserte innsatser og intervensjoner
- å muliggjøre selvstendighet
- å iverksette aktivitet og engasjement for en innovativ praksis

Brintnell påpekte at ergoterapi fortsatt er en profesjon som ikke blir utnyttet til fulle, paradoksalt nok i en verden der det aldri vil bli nok helsepersonell. Hun utfordret ergoterapeuter til å kaste seg mer frampå og delta i helsedebatter utover sin egen profesjon.





*Akvarellmaling som meningsfull aktivitet i Yokohama.*

– Ergoterapeuters kompetanse bidrar til økt selvstendighet og mestring i menneskers hverdagsliv. Vi må synliggjøre våre perspektiver tydeligere i eksterne fora, ikke bare forklare det for hverandre. Etterspørselen av ergoterapi er økende der hvor vi har tydelig lederskap og tydelige forskningsresultater, sa Brintnell.

### **INNOVASJON OG UTFORDRINGER FOR ERGOTERAPEUTER I JAPAN**

Professor Kumiko Terayama var første inviterte hovedforeleser. Hun er en av pionerene i Japan. Sammen etablerte hun og andre faget ergoterapi i Japan i 1963. Hun har videre arbeidet innen rehabilitering av barn og voksne og

med den aldrende befolkningen.

– Med en befolkning som blir svært gamle, er det behov for mange innsatser slik at de eldre kan ha et godt liv, også i den siste livsfasen, sa Terayama.

Hun fortalte videre at faget har hatt en sterk vekst, og at det nå er over 65 000 ergoterapeuter i Japan. Hele 177 skoler utdanner ergoterapeuter.

– Forskning innen ergoterapi kan bidra til å utvikle høyteknologi, samtidig som den kan styrke hvordan vi ivaretar menneskers opplevelse av livskvalitet, sa den mer enn 80-årige professoren. Hun imponerte mange med sin vitalitet og sitt engasjement.

### **WFOT**

- › The World Federation of Occupational Therapists ble etablert i 1952.
- › WFOT organiserer i dag 79 medlemsland.
- › Norsk Ergoterapeutforbund har vært medlem siden 1958.
- › Alle medlemmer i Norsk Ergoterapeutforbund er også automatisk medlemmer i WFOT.







## Hva trenger vi fra utdanning og forskning for å støtte en fremtidsrettet utvikling av ergoterapi?

Susanne Iwarsson

### ERGOTERAPI I ET SAMFUNN MED RASKE ENDRINGER

Andre hovedforeleser var professor Susanne Iwarsson fra universitetet i Lund i Sverige. Iwarsson, som også gjestet den norske fagkongressen i Oslo i 2013, valgte et globalt fokus for sin forelesning. Hun påpekte at i det første tiåret av det nye millenniet har mange utfordringer blitt identifisert, slik som global oppvarming, mindre tilgang til energi, vann og mat, en aldrende befolkning, dårligere folkehelse og pandemier.

– Hva bør vi utvikle gjennom utdanning og forskning for å sikre at vi som profesjon kan møte disse utfordringene? spurte hun.

### Å ARBEIDE SAMMEN FOR Å SKAPE EN FREMTID

Kenzaburo Oe, som fikk Nobelprisen i litteratur i 1994, var den siste hovedforeleseren. Hans foredrag handlet om hvordan vi sammen kan skape en fremtid til tross for negative hendelser som store utslipp av radioaktivitet. Dette har vært Kenzaburos bekymring i mange år, og den fikk ny aktualitet etter ødeleggelsen av kjernekraftverket i Fukushima. Mange familier kan fremdeles ikke flytte tilbake til hjemmene sine på grunn av utslippene.

– Noe av det viktigste vi mennesker kan gjøre nå, er å finne ut hvordan vi kan unngå store utslipp av radioaktivitet i fremtiden. Det vil ta cirka 40 år

før områdene rundt atomreaktorene i Fukushima kan være frie for stråling, sa Oe.

### ERGOTERAPI OG DET STORE JORDSKJELVET

Elleve mars 2011 ble Japan rammet av et stort jordskjelv, som blant annet ødela atomreaktoren i Fukushima. Et symposium og flere framlegg på kongressen handlet om dette. Ergoterapeutene i Japan organiserte umiddelbart det de kalte Disaster Measurement Office. Her skaffet de midler til å støtte aktiviteter i de skadede områdene. Samtidig ble det vervet frivillige ergoterapeuter fra hele Japan til å delta i det nødvendige arbeidet. På kongressen presenterte flere av disse sine erfaringer om hvordan ergoterapeuter kan bidra overfor mennesker som har mistet sine kjære, sitt livsgrunnlag og alt de eide.

Ett framlegg handlet om å ivareta folks mentale helse i den første tiden etter katastrofen. Det hadde skjedd store endringer i mange menneskers liv, og ergoterapeutene arbeidet sammen med andre helsearbeidere for å gi dem en opplevelse av trygghet. De jobbet bevisst med å gi god informasjon samtidig som de også aktivt lyttet til bekymringer og tanker folk hadde, og støttet gode forslag til hvordan de skulle forholde seg til situasjonen.

En annen gruppe ergotera-



Her ser vi både tidligere og nyvalgt president for WFOT. Til venstre Sharon Brintnell, og til høyre Marilyn Pattison, som skal være president fram til verdenskongressen i Cape Town i Sør-Afrika i 2018.



Inger Britt Werge-Olsen og Gunn Fornes er med på å skape fremtiden gjennom å dele tradisjoner.

Knut Johansen, Sissel Horghagen, Anne Lise Nessæter, Siri H. Johansen, Klara Jakobsen og Eva Magnus sammen med japanske skolejenter ved China Town i Yokohama.

Ergoterapeuten #5-2014



*Vi ble godt ivaretatt av verter og vertinner for kongressen.*



*Blant utstillerne var det ulike bruker-organisasjoner som solgte produkter.*



*Rita Jentoft, Cathrine Arntzen og Astrid Gramstad holder poster-presentasjon.*

peuter jobbet aktivitetsrettet med alle de som ble foreløpig bosatt i gymnastikksaler og lignende. Ergoterapeutene arrangerte kokkekurs, kurs i å bruke datateknologi, kurs i kurvfletting, og gå-grupper, alt ut fra deltakernes ønsker. Gjennom deltakelse i disse aktivitetene fikk folk en opplevelse av trygghet, samhold og mening i hverdagslivet.

### LEVENDE UTSTILLING

Kongressens utstillingsområde vrimlet av liv. Her var det blant annet en posterutstilling hvor hver utstillers fikk tildelt tid til å presentere sin poster. I tillegg var det 66 utstillere fra ulike organisasjoner og hjelpemiddelfirmaer som viste fram produktene sine.

På utstillingen møtte vi både elefanter fra dyreassistert terapi i Thailand og servicehunder fra Japan Service Dog Assosiasjon. Vi fikk også prøve kimonoer, lære oss japansk papirbrettekunst, delta på teseremoni, lage små fugler av skjell og tøy, og testet ulike måter å massere beina på. Det siste var veldig populært for slitne ergoterapiføtter.

### PARALELLESJONER

Kongressen hadde også mange parallellsesjoner og verksteder. Mange framlegg handlet om det at flere land i økende grad har en eldre befolkning. De nye generasjonene får ikke like mange barn som før, og mange lever lengre enn tidligere. I Japan er dette en

stor utfordring. Japanske Takeda (Takeda et al, 2007) la i sin forelesning vekt på hvordan man kan stimulere eldre til å holde på sine hobbyer eller til å gå på kurs og lære nye ferdigheter.

– En hobby kan gi en opplevelse av mestring, og hvis det er en aktivitet man utfører sammen med andre, kan man også oppleve det meningsfulle i et sosialt fellesskap. En hobby kan gi fred fra engstelser og hjelpeløshet og hindre depresjoner blant eldre.

### NY PRESIDENT

Marilyn Pattison overtok som ny president i perioden fram til neste verdenskongress, som skal avholdes i Cape Town i Sør-Afrika i 2018.



# 5 på kongress

- Hva gjorde mest inntrykk på denne kongressen?
- Har du fått noen nye fremtidsperspektiver?



*Navn:* Lena A. Ulfseth.

*Arbeidssted:* I slutfasen av en PhD-utdannelse i Helsevitenskap ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, Program for Ergoterapi.

*Presenterte:* En poster med min artikkel «Social relations in everyday activities among patients at a psychiatric centre».

- Det som gjorde mest inntrykk, var hvor utrolig mangfoldig ergoterapi er.
- Jeg ser nå bedre verdien av å ha en annen faglig bakgrunn enn ergoterapeut i forbindelse med fagutvikling innen feltet ergoterapi. Spesielt innen aktivitetsvitenskapen, som jeg har fått et nært forhold til i løpet av mine år sammen med ergoterapeuter.



*Navn:* Cathrine Arntzen.

*Arbeidssted:* Norges Arktiske Universitet og Universitetssykehuset i Nord-Norge.

*Presenterte:* Poster: «Long term rehabilitation trajectory after stroke and ongoing negotiation between body, participation and self». Muntlig presentasjon: «The bodily experience of apraxia in everyday activities...»

- Foredragene der temaet var katastrofer, var mest interessante. Vinklingen var nær og annerledes enn det vi tidligere har fått gjennom media. Den faglige tematiseringen og de konkrete praksisbeskrivelsene ga ny innsikt.
- Jeg opplevde at jeg fikk god oversikt over hva som rører seg i faget for tiden, og hvilken retning vi er på vei. Det er spennende at ergoterapeuter beveger seg inn i nye felt og hvordan innsikt og teorier utvikles i takt med disse. Verdenskongressen ga en smakebit på det.



*Navn:* Torhild Holthe.

*Arbeidssted:* Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

*Presenterte:* Én presentasjon fra prosjekt om yngre personer med demens og nytte av hjelpemidler og velferdsteknologi, og én om Almas hus. Deltok på workshop om velferdsteknologi.

- Ergoterapi i forhold til tsunamier og andre naturkatastrofer var spennende, og jeg likte workshopen om entreprenørskap. Bra ledet av tre ergoterapeuter; én fra UK, én fra Canada og én fra Australia. Det ble gitt flere eksempler på vellykkede prosjekter, bl. a. ble Birgit Granhaug fra Mo i Rana nevnt.
- Både dette med naturkatastrofer og entreprenørskap var interessant. Skal tro om det er noen norske ergoterapeuter som er involvert i folk som har opplevd flom eller jordras, og kanskje mistet hus og arbeidsmuligheter på grunn av dette?



*Navn:* Linda Stigen.

*Arbeidssted:* Høgskolen i Gjøvik.

*Presenterte:* Muntlig presentasjon om min veileder Evastina Bjørk og utvikling av nordisk charter for universell utforming. Poster om et prosjekt vi utførte i en bydel i Oslo om utprøving av CO-OP for to barn med motoriske koordineringsvansker.

- Det var interessant å høre om alle prosjektene som utføres over hele verden. På denne kongressen var det også mange fra Asia, som mest sannsynlig ikke hadde blitt presentert om kongressen hadde vært et annet sted. Det var i tillegg helt fantastisk å se så mange ergoterapeuter samlet på ett sted. Antall presentasjoner var noe overveldende.
- Jeg har fått bekreftet at jeg er på riktig vei med min egen forskning, og det er jo kjekt. I tillegg tenker jeg at vi i Norge har en jobb å gjøre med å produsere ny kunnskap.



*Navn:* Lene Fogtmann Jespersen.

*Presenterte:* Muntlig presentasjon om klinisk bruk av ferdighetsanalyse fra Eva-systemet: «Exploring the utility of activity analysis teaching materials as an observational assessment tool in clinical contexts».

- Mangfoldet i ergoterapien gjorde størst inntrykk. Det var mange samlet på én plass, og stor bredde i programmet.
- Det var to symposier som sto fram. Det ene handlet om ergoterapiens rolle etter jordskjelvet i Japan, og det andre om Evidence practice og kvaliteten i ergoterapi. Det ga meg tanker om at vi må fortsette å jobbe med muliggjøring av aktivitet både på individ- og samfunnsplan. Et annet fremtidsperspektiv er å jobbe mer med integrering av forskning i klinikk. Utviklingsprosjektene var et pluss for kongressen.



# **NAVN**

May Brit Gudvangen

# **STILLING**

Ergoterapeut i ergo-fysio-syn- & hørsel-tjenesten

# **HVOR**

Ålesund kommune

## **Ergoterapeut tilknyttet helsestasjon**

Av Else Merete Thyness

### **– Hvor jobber du?**

– Jeg jobber i ergo-fysio-syn- & hørsel-tjenesten i Ålesund kommune.

### **– Hva jobber du som?**

– Jeg jobber som ergoterapeut i forhold til barn.

### **– Hvor lenge har du hatt jobben?**

– Jeg har hatt jobben siden juni 2011.

### **– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?**

– De viktigste oppgavene er å kartlegge finmotorikk i forhold til skriving, fargelegging, kopierings- og sporingsoppgaver, og vurdere blyantgrep og sittestilling; og sammensatte utfordringer som motorisk uro, konsentrasjonsvansker, problemer med forståelse og problemer med utførelse av daglige aktiviteter, samt trening i aktiviteter med fokus på lek, tilrettelegging og kompensierende tiltak for at barnet skal være i aktivitet.

### **– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?**

– Det å kunne noe om aktivitet og ha fokus på aktivitet og betydningen av aktivitet er viktige elementer i denne jobben. Jeg gir råd og veiledning til foreldre i forhold til aktiviteter med fokus på lek, som de kan gjøre sammen med barnet. Jeg treffer barnet på helsestasjonen

første gang for kartlegging. Jeg lager da gjerne ny avtale i barnehage eller skole for å treffe barnet på deres arena og observere dem i daglige aktiviteter, se på omgivelsene og gi råd og veiledning til personalet rundt barnet.

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

– Ja, fordi vi har fokus på aktivitet og kan mye om aktivitetsanalyse. Samtidig er det en måte å synliggjøre faget vårt på og vise oss på nye arenaer. Det er viktig å nå barnet på et tidlig stadium for å øke fokuset på forebyggende arbeid. Jobben på helsestasjonen gjør oss lettere tilgjengelige, og vi oppnår et tettere samarbeid med helsesøstre og fysioterapeuter.

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

– Ja, det er spennende, interessant og lærerikt. Tilbudet «Ergoterapi tilknyttet helsestasjon» er et lavterskeltilbud. Dette er nybrottsarbeide og viktig for å synliggjøre tjenesten og nå lettere ut til målgruppen (barn og foreldre).

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

– Ja, absolutt. Vi har masse å bidra med i et tverrfaglig miljø, og vi bør bli bedre på å markedsføre oss selv som faggruppe.





# Aktivitet og psykisk helse

**Mange ønsker mer aktivitet i sitt eget liv. Det være seg å komme i jobb, begynne å trene, treffe venner oftere, bli kjent med nye, eller lære noe nytt. Av forskjellige grunner kan mennesker dessverre oppleve barrierer mot å delta i meningsfulle aktiviteter som kan bidra til en bedre psykisk og fysisk helse.**

Av Tove Gundersen



*Tove Gundersen er generalsekretær i Rådet for psykisk helse.*

Det er derfor et viktig folkehelseiltak å oppmuntre til - og legge til rette for - deltakelse. Blant annet gjennom at det finnes gode lavterskeltilbud når man trenger hjelp til å bli mer aktiv.

God psykisk helse handler om mer enn fravær av symptomer. Rådet for psykisk helse er opptatt av hele mennesket, ikke bare symptomer og diagnoser. Alle har evner, interesser, behov og relasjoner som er viktige for et godt liv. Man må ikke være erklært frisk for å delta i aktiviteter som skaper gode opplevelser. Alle kan gjøre noe som gjør livet rikere og bedre. I noen tilfeller vil hjelpeapparatet kunne ha en sentral rolle i å legge til rette og gi oppfølging.

Dette begrenser seg ikke til profesjonelle hjelpere. Alle kan gjøre noe for seg selv eller andre for å bli mer aktive.

Rådet for psykisk helse har med bakgrunn i norsk og internasjonal forskning utviklet fem hverdagslykkeråd. Hverdagslykke er de små, enkle tingene enhver kan gjøre i sin egen hverdag for å oppleve mestring og glede. Kunnskapen er oppsummert i fem hovedråd:

- Knytt bånd

- Vær aktiv
- Vær oppmerksom
- Fortsett å lære
- Gi

Vi retter oppmerksomhet mot hverdagslykke fordi vi er opptatt av å bygge god psykisk helse i hverdagen hos alle. Om vi hygger oss med venner en sommerkveld, er på skitur i påskesol, eller sitter fast i trafikken med dårlig tid, påvirker det hvordan vi har det. Forskingen viser at hva vi gjør, hva vi vier tid, oppmerksomhet og prioritet til, er av stor betydning for hvordan vi har det.

## GODE OPPVEKSTVILKÅR MED EN INKLUDERENDE SKOLE

Å skape en trygg oppvekst er et vesentlig psykisk folkehelseiltak. For å bidra til dette trenger vi en skole som ser den enkelte elev, med tilgjengelig helsesøster. Skolen må ikke være uinteressert når en elev ikke møter opp til timen. Fravær og atferdsendringer over tid bør følges opp. Jo tidligere hjelpen kommer, jo bedre blir resultatene. Vi vil ha en skole der det er naturlig å samarbeide på tvers av fag og sektorer.

Rådet for psykisk helse er opptatt av at flere elever gjen-



*Rådet for psykisk helse ønsker å rette oppmerksomheten på hverdagslykke, fordi de små, enkle tingene i hverdagen gir en opplevelse av mestring og glede.*

nomfører videregående utdanning. Det er ikke slik at alle som faller fra i skolen får psykiske problemer, men det er sammenhenger mellom frafall og psykiske helseproblemer, samt tilknytning til arbeidslivet i voksen alder. Derfor har vi tatt til orde for en betydelig bedre helsesøsterdekning gjennom øremerkede midler til kommunene. Helsesøstre sier i undersøkelser at de ikke får nok tid til å følge opp sårbare elever. Om de får ressurser til å følge opp elevene, kan de forebygge tidlig, framfor at det i det senere i livet utvikler seg til kroniske problemer. Det er ikke bare ut fra et menneskelig perspektiv det er fornuftig med forebygging. Samfunnsøkonomisk vil en godt utbygget skolehelsetjeneste være billig sammenliknet med hjelpetilbud som tar sikte på å reparere og rehabilitere voksne som har kommet skjevt ut.

### **ET INKLUDERENDE ARBEIDSLIV**

For å ha det bra er det viktig med trygge rammer. Har man

ikke et sted å bo, en trygg inntekt, steder å være på dagtid eller opplevelse av sosialt samvær, kan det forverre helsen. Når Rådet for psykisk helse ønsker at flest mulig skal få sjansen i arbeidslivet, så er det blant annet fordi vi ser hvor gode virkninger det kan ha på den enkeltes helse og opplevelse av livskvalitet. En viktig faktor for tilfriskning er mestring av eget liv.

Det har vært en tendens både i hjelpeapparatet og ute på arbeidsplassene til å undervurdere arbeidsevnen til mennesker med psykiske lidelser. Heldigvis er det en holdningsendring på gang, og gode prosjekter utvikles for å hjelpe flere ut i ordinært arbeid. Et eksempel er tiltaket Jobbmestrende oppfølging, som er rettet mot mennesker med psykoselidelser. Det er ikke dermed sagt at alle kan jobbe hele tiden. For de som av forskjellige grunner ikke kan delta i arbeidslivet, er det viktig med økonomisk forutsigbarhet og en god kommunikasjon med hjelpeapparatet, enten det

er NAV, DPS eller andre.

Fysisk og psykisk helse lever ikke på hver sin øy. Noen psykiske helseproblemer er assosiert med høyere dødelighet. Psykiske helseproblemer kan øke risikoen for fysiske helseproblemer, for eksempel når den det gjelder ikke klarer å opprettholde en sunn livsstil. Usunt kosthold, lite fysisk aktivitet og røyking er typiske risikofaktorer som kan følge av psykisk sykdom. På grunn av slike sammenhenger har fagfolk anbefalt at behandlingen for mennesker med psykiske lidelser i større grad inkluderer veiledning for ivaretagelse av fysisk helse.

### **MULIGHETER OG OPPNÅELIGE MÅL**

Et viktig mål for Rådet for psykisk helse er at folk skal mestre sin egen hverdag. Dette er også ett av ergoterapeutenes slagord. Yrkesgruppen ergoterapeuter er viktig fordi den ser etter muligheter for aktivitet og deltakelse som den enkelte kan mestre.



# Er det behov for Norsk Ergoterapeutforbund?

**Landsmøtet står for døren, og forslag til nytt program er lagt fram av sentralstyret. En av de store sakene i år er ny organisering av forbundet. I den forbindelse kan det være betimelig å spørre seg: Har brukerne behov for Norsk Ergoterapeutforbund? Har samfunnet behov for Norsk Ergoterapeutforbund? Har ergoterapeuter nytte av et eget fagforbund?**

Av Synnøve O. Melseth



*Synnøve O. Melseth er andre nestleder i Norsk Ergoterapeutforbund. Hun arbeider 50 prosent som driftskonsulent ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Helse Møre og Romsdal HF, og 50 prosent som leder i Regional Koordinerende Enhet for habilitering og rehabilitering i Helse Midt-Norge RHF.*

Siden mange ergoterapeuter velger å være fagorganiserte og medlemmer i Ergoterapeutene, kan det tyde på at svaret på i hvert fall ett av disse spørsmålene er ja. Da er mitt oppfølgingsspørsmål: Hvorfor har vi behov for Norsk Ergoterapeutforbund? Hva er det med vårt forbund som gjør at så mange ergoterapeuter velger å være medlemmer?

For min egen del har det aldri vært lønns- eller tariffspørsmål som har vært avgjørende for medlemskapet. Årsaken til at jeg har engasjert meg som tillitsvalgt på ulike nivåer, er ikke at jeg er over gjennomsnittet interessert i lønnsforhandlinger. Vel, det er en sannhet med modifikasjoner. Vi er vel alle opptatt av lønn, men det er ikke drivkraften. Min motivasjon har vært stoltheten over å være ergoterapeut. Det er troen på at ergoterapi er viktig, at vi har noe å bidra med, at ergoterapeuter kan gjøre en forskjell i folks liv, og at vi er betydningsfulle samfunnsaktører. Det er dette som for meg gjør det viktig å ha et eget fagforbund for ergoterapeuter.

## HVORFOR ER DU MEDLEM?

Norsk Ergoterapeutforbund er tuftet på demokratiske prinsipper.

I den sammenhengen er landsmøtet vårt svært viktig. Landsmøtet er organisasjonens øverste organ. Her legges det føringer for hva forbundet skal jobbe med i neste landsmøteperiode. Og når jeg sier forbundet, så er ikke det «de på forbundskontoret» eller «de i sentralstyret». Forbundet er oss alle. Forbundet er alle medlemmene – det er deg, din kollega, og det er meg.

Vi er et relativt lite forbund, og er avhengige av engasjerte og deltakende medlemmer for å få budskapet vårt ut. Alle ergoterapeuter, uansett stilling og funksjon, er viktige ambassadører for faget vårt. Derfor har det betydning at vi alle bidrar, enten det er lokalt på arbeidsplassen, i lokalsamfunnet eller i sentrale verv i organisasjonen. Benytt sjansen til å framsnakke faget overfor kollegaer, studenter, ledere, politikere og naboen. Si ja neste gang noen spør om du kan bidra. Vi har behov for engasjerte medlemmer på alle nivåer.

Heldigvis har vi mange engasjerte medlemmer som er med å dra lasset og gjøre oss synlige hver dag. Det betyr ikke at vi ikke kan bli bedre. Vi har noen utfordringer med å knytte de ulike leddene og nivåene i forbundet



*Streiketog i Ålesund mai 2012. Sammen med Synnøve er Vidar Blomsnes til venstre og Stine Kipperberg til høyre.*

vårt sammen til et hele. Her har vi forbedringspotensial.

### NY ORGANISERING

Jeg har det siste halvannet året vært så heldig å få delta i en prosjektgruppe som har jobbet med forslag til ny organisering av forbundet vårt. Det har vært et fantastisk kjekt arbeid sammen med andre engasjerte medlemmer. Vi har hatt mange gode diskusjoner i prosjektgruppa, vært både enige og uenige, men målet med arbeidet var felles: Et godt organisert forbund som kan stå seg også i fremtiden. Arbeidet endte med en rapport til sentralstyret, som igjen har valgt å fremme det som sak til landsmøtet. Forslaget vil medføre en radikal endring av oppbygningen av vår organisasjon. Jeg mener den nye organiseringen vil medføre et enda mer demokratisk forbund. Vi foreslår gjennomgående representasjon fra det enkelte medlem, via tillitsvalgte, et regionstyre og inn i sentralstyret. Jeg tror dette er et viktig grep for at vi skal være

et forbund som er bedre rustet mot fremtidens utfordringer. Å få til dette krever engasjerte, aktive og deltakende medlemmer. Vi ønsker at mer av aktiviteten skal foregå ute i vårt langstrakte land. Da trenger vi medlemmer som er villige til å bidra med å organisere arrangementer nær der de bor. Vi trenger tillitsvalgte som ser sammenhengen mellom fag og tariff, og at dette er to sider av samme sak. Vi trenger medlemmer som vil bidra i regionstyrer, og som vil være med å gjøre en forskjell. I tillegg trenger vi IKT-verktøy som kan underbygge og være en støtte for aktivitet og engasjement rundt om i landet. Jeg vet at vi kan hvis vi vil. Det har de siste årene vist oss med tanke på all blesten og aktiviteten rundt hverdagsrehabilitering.

### NYTTEN AV Å ENGASJERE SEG?

Ergoterapeuter er gode på endring og endringsarbeid. Vi ser muligheter, finner gode løsninger og legger til rette for aktivitet. Vi er også gode til å stille kritiske

spørsmål. Disse spørsmålene er det viktig å fremme nå i tiden fram mot landsmøtet. Benytt demokratiet og si din mening. Alle fylkesavdelingene er i gang med forberedelser til landsmøtet. Ta kontakt med dem, gi innspill, og vær med på å sette ergoterapi enda tydeligere på kartet, slik at vi blir mer etterspurt. Du har direkte påvirkningskraft gjennom vårt demokrati.

Jeg har sett nytten av å engasjere seg. Det er utrolig lærerikt og gir uante muligheter. Jeg mener det er viktig at vi er organisert sammen for å forsterke budskapet vårt. For meg er Norsk Ergoterapeutforbund viktig. Jeg mener vi også har betydning for brukerne og for samfunnet. Vi har en visjon og et verdigrunnlag som underbygger at vi ønsker å yte noe for andre.

Jeg har gitt min stemme til hvordan jeg ønsker at vi skal være organisert i fremtiden. Hva er ditt syn? Hvilket forbund ønsker du deg, og hva kan du gjøre for at det skal bli sånn?

# Landsmøtet - Saker og saksbehandling

**Landsmøtet er forbundets øverste organ. Gjennom en delegatordning bestemmer medlemmene hvilke rammebetingelser som skal styre forbundets aktivitet i neste landsmøteperiode. Delegatene velges av fylkesavdelingene, og antallet fra hver avdeling står i forhold til antall medlemmer i fylket.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

**D**et er sentralstyret som fremmer forslag til hvilke vedtak landsmøtet skal fatte. Landsmøtet står videre fritt til å ta disse forslagene til følge eller fatte andre vedtak.

Den viktigste saken på landsmøtet er utforming av programmet for kommende periode. Landsmøtet vedtar også et budsjett for neste landsmøteperiode.

Videre er det landsmøtet som har fullmakt til å vedta og endre forbundets «lovverk» i form av vedtekter som beskriver forbundets oppbygning, funksjon og samhandlingsregler. Dette er særlig aktuelt på dette møtet i forbindelse med behandlingen av saken «Ny organisasjon».

Landsmøtet har også en viktig kontrollfunksjon, idet det skal vurdere om forbundets virksomhet og økonomistyring i forutgående periode er i tråd med forrige målprogram.

Til slutt er valg av sentrale tillitsvalgte en hovedoppgave for landsmøtet. Forbundsleder, nestledere, sentralstyremedlemmer samt medlemmer i sentrale komiteer og utvalg blir valgt etter innstilling fra forbundets valgkomité.

## Medlemmer og tillitsvalgte i sentrum

«Er Norsk Ergoterapeutforbund organisert for framtida? Er vi rustet til å møte framtidens faglige og politiske utfordringer? Hvordan kan en liten organisasjon som Ergoterapeutene fortsatt være bærekraftig og kostnadseffektiv?» Slik slår sentralstyret an tonen i organisasjonssaken som ligger an til å bli dette landsmøtets store sak.

Dette er spørsmål Ergoterapeutene har stilt seg i løpet av de siste årene, og nå er det tid for nytenkning og etablering av en organisasjon der medlemmer og tillitsvalgte har en mer sentral plass.

## AKTIVE MEDLEMMER LANDET RUNDT

Sentralstyret har tro på en organisasjon som i mye større grad er til for medlemmene – ja, som i ytterste grad er medlemmene. Det betyr at vi trenger stor satsing på aktivitet rundt i hele landet.

Sentralstyret har tro på at det vil styrke Ergoterapeutene og gjøre vår relativt lille organisasjon bærekraftig, dynamisk og synlig. Vi tror endog at det vil bli enda mer attraktivt og givende å være medlem i et slikt levende forbund!

## EN RØD TRÅD

Organisasjonens viktigste ressurser er medlemmene og tillitsvalgte. Dette blir omsatt i reelle handlinger i den nye modellen.

Sentralstyret mener at vi må etablere et forbund som er sammenhengende og har et godt samspill mellom medlemmer og de som er tillitsvalgte. Arbeidsgruppa Ergoterapeutene 2020 beskriver den røde tråden som mangler i dag.

I dag er det ingen link og samhandling mellom sentralstyret og fylkesavdelingene, eller mellom sentralstyret og tillitsvalgte/tariffområdene. Midt i alt dette sitter forbundskontoret og yter tjenester til medlemmer og ulike ledd i organisasjonen.

Sentralstyret mener at svaret på disse utfordringene er gjennomgående representasjon, og slik sikre dialog og samhandling mellom tillitsvalgte, regionene og sentralstyret.

## SEKS REGIONER OG NYE TEKNISKE LØSNINGER

Sentralstyret mener at færre avdelinger gir mer smidig kommunikasjon, og ønsker samtidig å ta i bruk robuste teknologiske løsninger for å underbygge ny organisasjonsmodell og møte framtidens utfordrin-



ger. Det handler blant annet om bedre elektroniske løsninger på kommunikasjon, møter, kurs, nettsider, Mine sider og medlemsarkiv.

### **SENTRALSTYRET FORESLÅR LAVERE KONTINGENT**

I sitt forslag til vedtekter og budsjett foreslår sentralstyret at landsmøtet setter ned kontingenten til 1,7 prosent av brutto lønn. Makskontingenten knyttes til lønnstrinn 46 i statens lønnsregulativ og endres dermed med kun kroner 1 fra dagens kroner 570.

Forslaget vil gi deltidsansatte, nyutdannede og andre med inntekt under lønnstrinn 46 i statens lønnsregulativ en lavere kontingent enn i dag. I dag er dette beløpet kroner 403 300. De fleste medlemmer som i dag betaler maksimal kontingent, vil ikke berøres av endringene. Sentralstyret mener endringen vil gi en mer rettferdig kontingent, og de ønsket å gjøre medlemskapet billigere for nyutdannede.

Kontingenten for selvstendig næringsdrivende, faglig medlemskap, pensjonister og andre ikke-yrkesaktive har stått urørt i mange år. Sentralstyret foreslår å knytte denne kontingenten til makskontingent for yrkesaktive medlemmer. Dette innebærer

en moderat økning for disse gruppene, og medlemskapet er bare litt dyrere enn et abonnement på Ergoterapeuten.

Dersom forslagene blir vedtatt av landsmøtet, vil de bli satt ut i livet fra årsskiftet 2014/15.

### **OPPSUMMERING AV DE VIKTIGSTE PUNKTENE I NY ORGANISASJONSMODELL**

- › Dagens fylkesavdelinger legges ned, og det etableres seks regionale ledd i organisasjonen. De regionale leddene skal knyttes tettere til både de tillitsvalgte i virksomhetene og sentralstyret i forbundet.
- › Landsmøtet vil fortsatt være forbundets øverste organ og holdes hvert tredje år.
- › Medlemmer og tillitsvalgtes aktivitet, engasjement og kompetanser skal forvaltes slik at vi når felles mål.
- › Oppfølging og utvikling av tillitsvalgtes kompetanse skal styrkes, og verktøy som tillitsvalgte trenger for å få gjort arbeidet sitt, forbedres.
- › Pris på fagkurs for tillitsvalgte reduseres.

### **ERGOTERAPEUTENE SKAL I FREMTIDEN VÆRE EN ORGANISASJON SOM:**

- › bidrar til å virkeliggjøre vår visjon «Aktivitet og deltakelse for alle»
- › har en organisasjonskultur preget av engasjement, aktivitet og en sterk felles identitet
- › oppleves som en naturlig arena for ergoterapeuter som ønsker å utvikle faget og rammebetingelsene for fagutøvelsen
- › stimulerer til forskning og utvikling av kunnskapsbasert ergoterapi
- › gjennom opplæring og støtte legger til rette for at den tillitsvalgte får gjort en best mulig jobb i møtet med medlemmer og arbeidsgiver
- › forvalter sine ressurser effektivt og målrettet
- › er en sterk, tydelig, effektiv og handlekraftig organisasjon med gjennomgående representasjon fra det enkelte medlem til organisasjonens styre
- › er omstillingsdyktig i forhold til endrede rammebetingelser
- › er synlig og aktiv og oppleves som en naturlig samarbeidspartner
- › er det naturlige valget for ergoterapeuter, og som gjennom aktive og engasjerte medlemmer oppnår medlemsvekst

# Oppsigelser

## - hvilken rolle har de tillitsvalgte?

**I denne artikkelen tar vi for oss de tillitsvalgtes rolle ved oppsigelser av ansatte. I arbeidsmiljøloven skilles mellom oppsigelser begrunnet i virksomhets forhold og oppsigelser begrunnet i arbeidstakers forhold. Oppsigelser på grunn av virksomhetens forhold er som regel begrunnet i bedriftens økonomiske situasjon og gjennomføres gjerne som ledd i en nedbemanningsprosess. Oppsigelser på grunn av arbeidstakers forhold er noe annet. Dette er som regel oppsigelser som skyldes at arbeidstaker på en eller annen måte har misligholdt arbeidsavtalen.**

Av Ine Hagen



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

Felles er imidlertid at alle oppsigelser – enten de er begrunnet i virksomhetens eller i arbeidstakers forhold – krever saklig grunn. Felles er også at de tillitsvalgte kan utøve innflytelse på arbeidsgivers beslutninger og slik sørge for en menneskelig og juridisk god prosess, og herunder forhindre at oppsigelser finner sted uten at saklighetskriteriet er oppfylt.

### **OPPSIGELSER – IKKE BARE EN RETTSLIG PROSESS**

Oppsigelser er som regel svært vanskelige for de som berøres. Etter endt oppsigelsestid, som for mange av oss er på tre måneder, står den oppsagte igjen uten lønn og uten arbeid. Riktignok makter mange å finne seg ny jobb med tilsvarende lønn, men usikkerhetsmomentet er nå en gang der.

Nettopp på grunn av dette er arbeidstakere vernet, både i lov og gjennom tariffavtaler. Vi er ikke vernet i den forstand at oppsigelser uten videre ikke er lovlige, men vi er vernet i prosessen

forut for oppsigelsen – at denne går riktig for seg – og vi er som nevnt vernet ved at arbeidsgivers begrunnelse for oppsigelsen må være saklig.

I denne forbindelse spiller også de tillitsvalgte en viktig rolle. Tillitsvalgte har taushetsplikt og kan være gode å rådføre seg med. Ofte har de bedre overblikk over virksomheten og innsyn i dens prosesser. Videre har de tillitsvalgte en sentral plass i drøftinger og forhandlinger med arbeidsgiver. Som de ansattes «talerør» kan de påvirke prosesser på en måte som medfører gode løsninger for begge parter. Gjennom deres direkte dialog med arbeidsgiver og deres medbestemmelse sikres de ansatte reell innflytelse på de beslutninger arbeidsgiver endelig treffer.

### **NÆRMERE OM ROLLEN SOM TILLITSVALGT**

De tillitsvalgte er bindeleddet mellom arbeidsgiver og organisasjonens medlemmer og skal fungere som de ansattes «tale-

rør». De er valgt av de ansatte for å være gruppens talsperson og deres viktigste oppgave er derfor å ivareta de ansattes interesser.

For at tillitsvalgte skal kunne ivareta de ansattes interesser på best mulig måte, er det derfor ikke bare viktig at disse kjenner til lov- og avtaleverk, men også at de setter seg godt inn i de aktuelle sakenes faktum. Er det for eksempel tale om en mulig oppsigelse av en ansatt grunnet samarbeidsproblemer med kolleger, er det viktig at de tillitsvalgte skaffer seg overblikk over alle sakens faktiske sider, og ikke bare støtter den ene siden. Slik vil de tillitsvalgte også beholde sin troverdighet overfor arbeidsgiver i senere saker.

### **DE TILLITSVALGTES ROLLE I NEDBEMANNINGSPROSESSER**

Norsk Ergoterapeutforbund er part blant annet i Hovedavtalen KS og Hovedavtalen mellom Spekter og Unio. I begge tariffavtalene fastsettes at virksomhetens ledelse skal drøfte og ta de tillitsvalgte med på råd når det gjelder mulig omorganisering eller andre viktige omlegginger av virksomheten som kan få betydning for de ansatte og deres arbeidsforhold. Dette vil for eksempel gjelde nedbemanningsprosesser.

De tillitsvalgte skal i slike situasjoner involveres «så tidlig som mulig». Hva som ligger i dette, beror på en konkret vurdering. Generelt kan det imidlertid sies at arbeidsgiver har plikt til å innlede drøftinger før beslutninger fattes på overordnet nivå, slik at de tillitsvalgte sikres reell innflytelse underveis i prosessen. Dette innebærer at informasjonen skal gis slik at det er praktisk mulig for de tillitsvalgte å sette seg inn i

saken, vurdere den og forberede sine standpunkt.

Eksempler på forhold hvor de tillitsvalgte kan, og bør, utøve innflytelse, er beslutningen om utvelgeseskrets og -kriterier. Spørsmålet om utvelgeseskrets går ut på om det er hele virksomheten, eller deler av denne (for eksempel en avdeling), som skal tas i betraktning ved spørsmålet om hvilke ansatte som berøres og eventuelt sies opp. Med utvelgeseskriterier menes klare og saklige kriterier som skal legges til grunn for vurderingen. I Hovedavtalen mellom Spekter og Unio fastslås at virksomheten som hovedregel skal følge ansiennitetsprinsippet ved innskrenkninger, og at dette prinsippet bare kan fravikes når det foreligger saklig grunn. Dette gjelder ikke for virksomheter som ikke er bundet av denne eller tilsvarende tariffavtaler, og det vanlige er da å i tillegg velge kriterier som de ansattes kvalifikasjoner og sosiale forhold.

Når de tillitsvalgte øver innflytelse på disse beslutningene, sikrer man at de ansatte blir hørt og slik føler at utvelgelsen av hvem som må gå i en nedbemanningsprosess blir mest mulig rettferdig. I tillegg er det de tillitsvalgtes oppgave og rolle å påse at utvelgelsen skjer i samsvar med de avtalte og definerte kriteriene, eller at denne skjer i tråd med reglene fastsatt i tariffavtalen.

Videre skal de tillitsvalgte være med i drøftinger med ledelsen med sikte på å finne avtaler for å redusere antall oppsagte og/eller søke de uheldige sidene ved nødvendige oppsigelser redusert. Herunder kan det være aktuelt å drøfte mulige sosiale tiltak med sikte på blant annet støtte til omplassering eller omskolering av de oppsagte eller alternative løsnin-

ger som etterlønn, AFP, utdanningspermisjon eller -stipend.

Arbeidsgiver har altså en plikt til å sørge for at det åpnes dialog med de tillitsvalgte, og at det finner sted reelle drøftinger. Når det er sagt, innebærer plikten til å ta de tillitsvalgte med på råd ikke også en betingelse om at det skal oppnås enighet mellom ledelsen og de tillitsvalgte.

### **DE TILLITSVALGTES ROLLE VED OPSIGELSER PÅ GRUNN AV ARBEIDSTAKERS FORHOLD**

Ved spørsmål om oppsigelser av ansatte på grunn av vedkommendes eget forhold kan de tillitsvalgte ha en viktig rolle både som konfliktløser og som forhandlere. For det første ligger det i de tillitsvalgtes rolle å forsøke å løse konflikter både mellom de ansatte, og mellom de ansatte og arbeidsgiver/ledelsen. Før det for eksempel vurderes å si opp en ansatt på grunn av konflikter med ledelsen, bør de tillitsvalgte derfor komme tidlig inn i konflikten og søke å løse denne på en uformell og konstruktiv måte før oppsigelse/omplussing blir nødvendig. For det andre kan de tillitsvalgte fungere som forhandlere, eksempelvis i forhandlinger om mulige alternativer til oppsigelse.

### **DE TILLITSVALGTES ROLLE FØR BESLUTNINGEN FATTES**

Før arbeidsgiver fatter endelig beslutning om oppsigelse, enten på grunn av virksomhetens forhold eller på grunn av arbeidstakers forhold, skal spørsmålet så langt det er praktisk mulig drøftes med den ansatte og vedkommendes tillitsvalgte dersom den ansatte ønsker det, jmfør arbeidsmiljøloven paragraf 15-1. Hovedformålet med et slikt drøftingsmøte er å forhindre uriktige



avgjørelser. Partene «tvinges» til samtale: arbeidstaker får med hjelp av tillitsvalgte mulighet til å fremme sine synspunkter slik at saken blir tilstrekkelig opplyst, og arbeidsgiver blir eventuelt nødt til å vurdere situasjonen på ny før den endelige avgjørelsen fattes.

Brudd på denne regelen kan få betydning ved vurderingen av oppsigelsens saklighet. Rettspraksis viser at oppsigelser kan bli

kjent ugyldige hvis saksbehandlingsreglene ikke er fulgt og det er grunn til å anta at oppsigelsen kunne vært unngått ved tilfredsstillende saksbehandling.

#### **HVILKE KRAV KAN DU STILLE DINE TILLITSVALGTE?**

Rent overordnet skal de tillitsvalgte påse at arbeidsgiver overholder de relevante reglene, både de som følger av tariffavtaler og de som er nedfelt i arbeidsmil-

jøloven. Dette innebærer at man må kunne stille krav om at de tillitsvalgte er godt kjent med lov- og avtaleverket og slik opplyser de ansatte om deres rettigheter. Som nevnt må man også kunne kreve at de setter seg godt inn i sakens faktiske sider. I nedbemannings-/oppsigelsesprosesser må man kunne kreve at de tillitsvalgte holder seg løpende orientert om prosessen og informerer om denne tilbake til de ansatte.

### **ARRANGEMENTER 2015**

Type	Start	Slutt	Hva	Hvor
Organisasjon	13.jan	14.jan	Sentralstyremøte	Oslo
Organisasjon	04.feb	04.feb	Sentralstyremøte	Oslo
Tariff	09.feb	10.feb	Kurs i turnusplanlegging for tillitsvalgte	Oslo
Fag	2.mars	4.mars	COPM kurslederkurs	Oslo
Organisasjon	06.mars	06.mars	Sentralstyremøte	Oslo
Fag	09.mars	11.mars	Praktisk kjøretest, P-drive	Oslo
Tariff	17.mars	19.mars	Grunnkurs for tillitsvalgte	Oslo
Organisasjon	24.mars	26.mars	Vårmøte	Østlandet
Fag	23.apr	24.apr	COPM-kurs	Oslo
Organisasjon	05.mai	06.mai	Sentralstyremøte	Oslo
Organisasjon	25.juni	25.juni	Sentralstyremøte	Oslo
Organisasjon	02.sep	03.sep	Sentralstyremøte	Oslo
Organisasjon	15.okt	15.okt	Sentralstyremøte	Oslo
Organisasjon	10.des	10.des	Sentralstyremøte	Oslo

# Tenåringer kan ha barneforsikringen

**I desember måned - hvert år - blir 16 unge mennesker under 24 år hardt skadd i trafikken i Norge. I 2012 ble 216 barn og ungdommer under 24 år hardt skadd i trafikkulykker. Mange av disse ungdommene får varige skader de må slite med resten av livet. Det kan gi redusert livsutfoldelse og dårligere inntektsmuligheter.**

Av Roar Hagen

**E**n god forsikring løser ikke alle problemer, men den kan i alle fall sikre at økonomien ikke blir et ekstra problem.

Ergoterapeutenes barneforsikring kan du kjøpe for ungdom helt til de blir 18 år – og de kan ha den til de blir 26 år. Dersom ungdommen rammes av ulykker eller sykdom som fører til medisinsk invaliditet eller arbeidsuførhet, kan forsikringen yte erstatning inntil to millioner.

Mange foreldre tenker nok at barna er godt nok dekket gjennom skolens forsikring. Men det stemmer ikke. Skoler, barnehager og idrettslag forsikrer barna ved ulykker i den tiden institusjonen har ansvaret for dem. Skjer det noe på andre tidspunkter, er det som regel ingen dekning på disse forsikringene.

## BØR OGSÅ DEKKE SYKDOM

– Jeg mener forsikring for barn og ungdom også må ha dekning ved sykdom, ikke bare ved ulykkeshendelser. Da er en egen barneforsikring en god løsning. Den dekker begge deler, og har også mange andre tilleggsdekninger, sier Roar Hagen på Ergoterapeutenes forsikringskontor.

Barn og ungdom har et høyt aktivitetsnivå og er mer utsatt for ulykkeskader enn voksne. Ofte er det heldigvis mindre skader som ikke gir noen varige problemer, som tannskader og enklere bruddskader.

– Slike skader kan likevel føre til følbare økonomiske utlegg, særlig tannskader, og dette vil i mange tilfeller være helt eller delvis dekket av barneforsikringen, fremholder Hagen.

## UFØRHET

Roar Hagen understreker at de aller viktigste dekningene i barneforsikringen er medisinsk invaliditet og uførhet, både som følge av sykdom og ulykke:

– Barn og ungdom som blir uføre har kun tjent opp begrensede rettigheter til uføre- og alderspensjon ut over det som er lovens minimum. De har reduserte muligheter til å skaffe seg tilleggsinntekter. En god barneforsikring kan derfor være en nødvendig buffer dersom man er uheldig.

*Les mer om forsikringen på [www.ergoterapeutene.org/forsikring](http://www.ergoterapeutene.org/forsikring)*



*Det er ikke bare de søte små som trenger barneforsikring. Ungdom i tenårene er også risikoutsatt og bør absolutt ha en egen forsikring. Vår forsikring kan du kjøpe helt til ungdommen fyller 18 år.*

## SJOT ER 20 ÅR OG GIR GRATIS TILGANG!

*Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SJOT) er et internasjonalt forskningstidsskrift for ergoterapeuter og andre helse- og sosialprofesjoner.*

Ansvarlig for publisering av SJOT er ergoterapeutforbundene i Danmark, Finland, Island, Sverige og Norge.

SJOT er et av de mest renommerte forskningstidsskriftene innen ergoterapifaget og rangert som nummer 2 i impact factor av internasjonale ergoterapitids-

skrifter. Medlemmer har tilgang til tidsskriftet gjennom våre nettsider ut året.

Hold deg orientert om nordisk forskning i ergoterapi med eget abonnement, eller ved at arbeidsplassen abonnerer på SJOT, eller finn gratis abonnement for autoriserte ergotera-

peuter fra [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no).

Hør hilsen fra stiftelsen og les mer om dette tilbudet på forbundets nettsider.



*Scandinavian Journal of Occupational Therapy har 20-års jubileum.*

### NY MAKSKONTINGENT

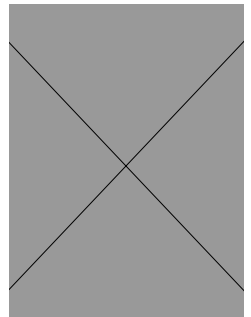
**Etter lønnsoppgjøret i år reguleres makskontingenten til 570 kroner per måned. Reguleringen skjer fra sep-**

**tember. Makskontingenten for medlemskap i forbundet følger lønnstrinn 42 i statens lønnsregulativ.**



# Dårleg kombinasjon

**Regjeringa har foreslått store endringar i arbeidsmiljølova. Endringsforslaga er mange. Fleire er også kraftige, men i stor grad dårleg grunngjevne. At enkeltforslaga er dårlege, er ille nok. Endå verre er kombinasjonseffekten. Særleg er kombinasjonen dårlegare arbeidstidsreglar og dårlegare tilsettingsvern ille.**



**ANDERS  
FOLKESTAD**  
UNIOLEDER

**A**rbeidsmiljølova skal no opne for arbeidsveker på 79 timar. Arbeidsperiodar på 10 dagar i strekk, der åtte av desse kan vere 12 timars dag. I tillegg skal søndagsarbeid normaliserast. Du kan risikere å måtte arbeide 26 søndagar i strekk. Slike ytterpunkt blir neppe normalen. Men skulle ikkje arbeidslova gi vern for arbeidstakarar?

Det vil definitivt ikkje vere dei som er mellombels tilsette som lettast kan seie nei takk til slike ytterpunkt i arbeidstida. Tvert imot, desse kjem under dobbelt press.

Difor går Unio imot dei aller fleste forslaga regjeringa har lagt fram. Viss den nye arbeidsmiljølova blir vedtatt, vil det innebere svakare vern for arbeidstakarane og svekka posisjon for dei tillitsvalde og fagorganisasjona-

ne. Derimot vil arbeidsgjevarane få meir makt.

Reglane om arbeidstid skal balanserast mot risiko for feil og ulykker. Forslaga som no er lagt fram, svekkjer dette vernet.

Unio legg til grunn at Arbeidsmiljølova er, og skal vere, ei vernelov. Forslaget om mellombels tilsetting går i stikk motsett retning. Det same gjeld forslaga til nye arbeidstidsreglar.

Fram til no har arbeidstids-spørsmål i stor grad blitt handtert av partane i arbeidslivet, innanfor lovens rammer. Dette har skjedd enten på arbeidsplassen, eller på overordna nivå. I begge tilfelle med dei tillitsvalde som sentrale aktørar.

No vil regjeringa endre dette. Organisasjonane og dei tillitsvalde skal vike på fleire måtar. Den enkelte skal i større grad kunne avtale eiga arbeidstid. Arbeidstil-

synet skal overta for organisasjonane når det gjeld godkjenning av avvik.

Blant ergoterapeutane er fleirtalet kvinner. Lange arbeidsdagar, meir overtid, og usikre tilsettingsforhold styrker ikkje kvinner si stilling. Verken i arbeidslivet eller i familielivet. Regjeringa argumenterer med at meir fleksibilitet er bra for både samfunnet, arbeidslivet og individet. Men det blir først og fremst arbeidsgjevarane som har makt over den nye fleksibiliteten.

Desse forslaga kjem i ei tid då det burde gjerast meir attraktivt å arbeide, helst heiltid, i dei kvinne dominerte yrka. Meir attraktivt både for kvinner og for menn. Då burde ein satse på gode arbeidstidsordningar og trygge tilsettingsforhold. Men den kombinasjonen er visst ikkje «moderne» nok.

# Mestring av funksjonstap og smerter hos kvinner med en-arms dysmeli

## FRA PROSJEKTET «LIVSLØP OG ALDRING HOS PERSONER MED EN SJELDEN TILSTAND (40+)»

Av Heidi Johansen, Inger-Lise Andresen og Kirsten Thorsen



*Heidi Johansen er ergoterapeut og arbeider ved TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser ved Sunnaas Sykehus HF.  
E-post: Heidi.Johansen@sunnaas.no*



*Inger-Lise Andresen er psykolog og spesialist i samfunnspsykologi. Hun arbeider ved TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser ved Sunnaas Sykehus HF.*



*Kirsten Thorsen er psykolog og arbeider ved Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse, Oslo Universitetssykehus HF, Høgskolen i Buskerud og Vestfold og Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring ved Høgskolen i Oslo og Akershus.*

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

### MESTRING AV FUNKSJONSTAP OG SMERTER HOS KVINNER MED EN-ARMS DYSMELI

#### Summary

**People with congenital limb deficiency (CLD)**, those who have inadequately developed arm(s) or leg(s), live active everyday lives like everyone else. Established ways of coping make them feel that everyday life functions well. Throughout life many experience increasing functional problems and pain. This article presents findings from qualitative interviews with eight women with single-arm CLD in a study on aging and the life course. The women describe that they gradually realized that they had to make changes and learn new ways of coping. For many of them this was a long and difficult process. Several had begun to exercise or to exercise more, and had reduced the level of ambition in relation to workplace and everyday life. Some had received advice and assistance from the public services, others were still in search of professionals who could help. Occupational therapists and other professionals can meet them. It is important that health professionals take into account the person's particular mastery experiences, seen in the context of a lifetime, when assistance is organized.



## Bakgrunn

Det er lite kunnskap om aldring blant mennesker med medfødte tilstander som innebærer funksjonsnedsettelse, og om hvordan personene har mestret utfordringer de har møtt i løpet av livet. De har gjennom årene lært seg handlingsmønstre som på ulike måter kompenserer for den reduserte funksjonsevnen. Disse har nedfelt seg i mestringsstrategier som helsearbeidere ofte vet lite om, og derfor kan ha vanskeligheter med å forholde seg til.

Dysmeli er en medfødt tilstand hvor skjelettet i arm(er) og/eller ben mangler eller er mangelfullt utviklet. Antatt insidens er to til syv per 10 000 fødsler (1). Vanligvis er årsaken ukjent (2), i noen tilfeller er det påvist arvelighet. De fleste har dysmeli bare i ett lem, arm-dysmeli er vanligst (3, 4). Muskler, sener, blodårer og nervetråder kan også være mangelfullt utviklet. Ved noen typer dysmeli er protese et godt hjelpemiddel. For noen vil protesens praktiske funksjon være viktigst, for andre at den er mest mulig naturtro og derved skjuler dysmelien. Flere med armdysmeli har nytte av grepsforbedrende hjelpemidler til å utføre ulike funksjoner (5, 6). Mange veksler mellom ulike proteser og hjelpemidler for ulike formål (5).

Personer med dysmeli har siden 1992 hatt tilbud ved TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser (TRS). Erfaringer herfra viser at personer med dysmeli lever vanlige liv, tar utdanning, deltar i arbeidslivet, stifter familie og får barn. En svensk studie fant også at voksne med dysmeli i stor grad lever som folk flest (7). For å få dette til, vil personer som har dysmeli på en arm finne sine spesielle løsninger og utvikle teknikker for å utføre dagliglivets aktiviteter. Dette er handlingsmåter som for dem blir helt naturlige (8). Men etter som de blir eldre, ser det ut til at flere søker helsehjelp på grunn av smerter og redusert funksjonsevne. Mange opplever at tidligere mestringsmåter ikke lenger er tilstrekkelige. Problemene deres kan ligne det folk flest opplever ved økende alder: redusert funksjon, muskel-skjelettplager og reduserte krefter (9-11). Men deres erfaringer og handlingsmåter er likevel på mange måter annerledes – de har ulike forutsetninger og en annerledes forhistorie.

Muskel-skjelettplager er utbredt i befolkningen. En norsk studie fant at flere kvinner enn menn rapporterer plager, og at forekomsten øker med økende alder (9). Det er også funnet at personer med medfødt eller tidlig ervervet sykdom og nedsatt funksjon ofte opplever aldringsrelatert svekket fysisk helse

relativt tidligere enn andre (10, 11). Binder (2000) betegnet dette som «den andre funksjonshemmingen». Personer med mangler ved armer eller ben rapporterte også redusert helse relativt tidlig i livsløpet (8, 12). De som hadde amputasjoner som følge av traume eller sykdom, rapporterte mer plager enn personer med dysmeli (13).

Lazarus (1993) har definert mestringsstrategier som: «personens kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere stress og utfordrende situasjoner» (14). Han beskrev at i noen sammenhenger vil kognitive mestringsstrategier være dominerende, andre ganger atferdsmessige. Ofte vil de to strategitypene brukes samtidig, eller den kognitive bearbeidingen kan være nødvendig før man kan finne en praktisk løsning på problemet. Teorien ble videreutviklet av Baltes og Baltes (1990). De beskrev mulige atferdsmessige mestringsstrategier som tas i bruk når kroppen svekkes og kreftene reduseres. I følge deres teori kan man velge hva som er viktigst for en selv og velge vekk det som er mindre viktig (selektere), fokusere på å dyktiggjøre seg for å få til det viktigste (optimalisere), eller finne andre måter å få dette til på (kompensere) (15).

Vi har ikke funnet studier som omhandler personer med dysmeli, deres livsløp og aldring eller hvordan de forsøker å mestre nye funksjonstap. Artikkelen tar opp følgende spørsmål: Opplever kvinner med dysmeli å ha levd et liv som alle andre til tross for en medfødt funksjonshemming? Hvordan har de mestret hverdagslivet? Opplever de økende smerter og funksjonstap med stigende alder? Hvilke mestringsstrategier tar de i så fall i bruk, og hvilken hjelp har de behov for i denne prosessen?

## Utvalg og metode

Datamaterialet er hentet fra individuelle kvalitative livsløpsintervjuer med åtte kvinner med en-arms dysmeli. Tre kvinner var i aldersgruppen 40-50 år, to var 51 - 60 år, tre var 61 - 70 år og én var over 70 år. Alle hadde hatt tilknytning til arbeidslivet. På intervjutidspunktet var tre i full jobb, to hadde 50 prosent uførepensjon, to hadde full uførepensjon og én var alderspensjonist. Ved TRS kompetanser for sjeldne diagnoser, der studiens utvalg av personer med dysmeli ble trukket, er det registrert færre menn enn kvinner i aktuell alder. Til sammen 16 personer (13 kvinner og tre menn) med dysmeli ble invitert til å delta. Ni ønsket å bli individuelt intervjuet. Av disse var åtte kvinner, som alle hadde en-arms dysmeli. Samtlige

deltakere hadde gitt skriftlig samtykke til å delta i undersøkelsen (5).

Intervjuene ble analysert i henhold til kvalitative analysemetoder (16). Det ble lett etter signifikante temaer både ved å lese gjennom hvert enkelt intervju og ved å sammenholde alle intervjuer. Etter flere gangers gjennomlesning og analyse ble tematiske underkategorier samlet i fire hovedtemaer (16): «Vanlige liv: like god som alle andre, eller helst bedre», «Ny sårbarhet: økende smerter og svikten- de krefter», «Erkjennelser og endrede former for mestring» og «Hjelp, råd og støtte fra andre».

Intervjuene ble gjort i forbindelse med prosjektet «Livsløp og aldring (40+) blant personer med en sjelden tilstand» ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, i samarbeid med TRS kompetanser for sjeldne diagnoser, Frambu senter for sjeldne funksjonshemninger og Senter for sjeldne diagnoser ved OUS (5). Kvalitativ metode med individuelle livsløpsintervjuer ble valgt for å belyse hvordan erfaringene hadde vært ved å leve lenge med en sjelden funksjonshemning. Fagpersoner med erfaring fra de tre kompetansesentrene deltok i planlegging av studien og utarbeidelse av intervjuguiden. Den tok opp en rekke temaer både om det vanlige hverdagslivet, det som var spesielt og sjeldent, og om hvordan utfordringer ved en medfødt funksjonsnedsettelse ble mestret, sett i tilbakeblikk. Undersøkelsen ble godkjent av den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

## Resultater

### VANLIGE LIV: LIKE GOD SOM ALLE ANDRE, ELLER HELST BEDRE

I løpet av livet hadde det vært sentralt for informantene å klare det som alle andre klarer, ha et vanlig livsløp og hverdagsliv, og delta i yrkesliv og fellesskap. Informantene fortalte om hvordan de hadde utviklet mestringsmåter som for dem hadde vært naturlige, og som hadde gjort det mulig å klare dagliglivets gjøremål. «*De fleste av oss lever dønn normale liv*». Men flere av kvinnene hevdet at det å være like god som alle andre, ikke alltid var nok: «*Du vil helst være lite grann bedre. Ingen skal si: 'Oi, ja du har bare én arm, så da klarer ikke du dét'. Da går du på, det skal du klare*». Det gikk igjen at det hadde vært viktig å vise at det å mangle en arm ikke hindret dem i å gjøre det de anså hørte til et vanlig liv. Å leve et «normalt» liv hadde vært et helt sentralt livsmål. De fortalte mange historier om

hvordan de hadde utviklet spesielle teknikker for å utføre hverdagslige gjøremål. En kvinne svarte slik da hun blir spurt om hun har hatt noen oppfølging fordi hun har manglet en hånd: «*Nei, jeg har klart meg selv. Jeg har klart det jeg har villet kunne*».

Denne selvforståelsen var utbredt; kvinnene opplevde at de ved egne krefter hadde funnet løsninger og nådd sine mål.

Ved tilbakeblikk kunne flere se at de hadde brukt uforholdsmessig mye krefter og utsatt kroppen for slitasje: «*Jeg angre litt kanskje, jeg burde tenkt meg lite grann om hva jeg holdt på med. Du får jo tingene til, og da er det vanskelig å være forsiktig*». Etter hvert kom en økende erkjennelse av at de burde tatt mer hensyn til seg selv. Den sterke viljen til å yte og delta kunne ha bidratt til helseplagene de etter hvert fikk. Når personen hadde sett på seg selv som en som hadde deltatt for fullt, kunne det være vanskelig å erkjenne at det ikke gikk lenger.

### NY SÅRBARHET: ØKENDE SMERTER OG SVIKTENDE KREFTER

Alle beskrev opplevelse av funksjonstap og smerter som dels kom gradvis, dels ble utløst av spesielle hendelser. Informantene snakket på forskjellig måte om krefter som sviktet, grep de ikke lenger kunne stole på, og bekymringer for hvordan det skulle gå. Det var ofte konsekvenser av noe som skjedde med den friske armen som de fortalte om. «*Jeg får fort betennelse i leddene, i håndleddet, armen og skulderen også. Det er sånt evig murr. Og andre, selv om de blir svakere i hendene, så har de i alle fall to. Jeg har bare én, ikke sant?*» Denne erkjennelsen kunne komme som resultat av et brudd eller en forstuing, eller ved betennelse og artrose.

Også sykdom eller skade i andre deler av kroppen, kunne være en påminnelse om at det å mangle en arm gjorde dem spesielt sårbare. «*En gang hadde jeg operasjon i akillesenen, og da måtte jeg gå med krykker. Én arm og to krykker var veldig vanskelig*». Handlinger som man tidligere kunne utføre selv om man bare hadde en hånd, ble vanskeligere eller helt umulig.

Når de sammenlignet seg med andre, så de at plagene kom tidligere i livsløpet. «*Jeg kan holde i et glass og tro at jeg holder det, men det detter bare ned. Du vet aldri når det går galt. Jeg tenkte at jeg ville få det for fullt først etter at jeg blir 70*». De opplevde det som uventet og for tidlig aldring.

Når de med økende alder fikk mer smerter og mindre krefter, oppdaget de hvor avhengige de var

av den friske armen, og hvor lite som skulle til for at deres mestringsmåter ikke fungerte lenger. Dette ga en ny opplevelse av sårbarhet.

## ERKJENNELSER OG ENDREDE FORMER FOR MESTRING

Etter hvert ble det klart at de måtte revurdere måten de hadde levd på, de måtte unngå at også den friske armen sviktet, og de måtte ta mer hensyn til funksjonsnedsettelsen som dysmelien ga.

Noen hadde trent hele sitt voksne liv for å beholde førlighet og fysisk styrke, og kunne øke treningsmengden eller legge om treningen. *«Jeg er overbevist om at jeg har holdt meg frisk og i så god fysisk form fordi jeg har trent mye hele livet, og jeg har et grunnlag som bærer meg ennå.»* Andre innså at de nå måtte begynne med trening. Samtidig var informantene engstelige for at (feil) trening skulle øke plagene eller gi skader i den «friske» armen. De opplevde at de trengte bistand til å legge opp et tilpasset treningsopplegg.

Flere av kvinnene hadde etter hvert erkjent at omkostningene ved å opprettholde livsstilen ble for store, og de innså at de måtte redusere ambisjonsnivået og endre aktivitetsmønsteret. *«Nå er jeg veldig fin og har ingen smerter. Jeg er veldig flink, jeg pusser tre vinduer, og så kjenner jeg det, og da gjør jeg noe annet. Jeg innretter meg etter det.»*

Fem kvinner hadde trappet ned eller avsluttet yrkeslivet etter lengre tid med mye plager. Disse uttrykte at de hadde møtt stor forståelse både hos behandlende lege og hos NAV. *«Jeg hadde prøvd 50 prosents jobbing, og de så hvor mye behandlinger jeg gikk på og den berg- og dalbanen jeg holdt på med. Fysioterapeuten sa at jeg var heldig som hadde en manglende hånd å slå i bordet med, for da skjønner de at høyrearmen blir brukt dobbelt så mye, og den skal vare hele livet. I samarbeid med trygdekontoret søkte jeg full uføretrygd, og det gikk ikke mer enn en knapp måned, så hadde jeg det.»* At funksjonsproblemene som følge av dysmelien var så tydelige, bidro til at det var enkelt å bli forstått av tjenesteapparatet. Fagfolkene innså at kvinnene hadde slitt lenge og at belastningen hadde blitt for stor.

Flere hadde brukt protese i vekslende grad, noen hadde flere proteser for ulike formål. Andre hadde hatt proteser som ikke fungerte fordi brukerne mistet sensibilitet, protesen var ubehagelig å bruke, og/eller den hindret deres naturlige aktivitet. Den ble derfor ikke brukt. Da kvinnene fikk mer smerter

og funksjonsproblemer, kom gjerne spørsmål om ny eller bedre protese opp. *«Da den friske hånda ble dårlig, ringte jeg og sa at nå må jeg prøve en protese, for hvis grepet i den friske hånda forsvinner, så må jeg ha grep på den andre.»* For kvinnene var protese en mulighet de alltid hadde kjent til. Når de fikk problemer, var det noen som erfarte at nye proteser, og eventuelt også andre hjelpemidler, kunne være til hjelp. Andre opplevde at det de trodde var en god løsning, likevel ikke fungerte fordi protesen eller hjelpemiddelet ikke lot seg tilpasse deres innarbeidede handlingsmønstre.

Som vist var det hovedsakelig tre mestringsstrategier kvinnene benyttet seg av: å styrke kroppen ved fysisk aktivitet og trening, redusere ambisjons- og aktivitetsnivået og ta i bruk hjelpemidler, for eksempel protese.

## HJELP, RÅD OG STØTTE FRA ANDRE

Flere av kvinnene hadde tidlig fått råd om «å spare seg», og informasjon om at de etter hvert måtte regne med å få smerter og funksjonsproblemer. Slike råd hadde de fått fra venner og familie og/eller fagpersoner. Informantene så også det rimelige i dette, men opplevde det som et dilemma. *«Hvis jeg hadde gjort som det medisinske miljøet sa at jeg skulle - spare meg - og at jeg kom til å få dårlig rygg og dårlig ditt og dårlig datt, så hadde jeg sittet passiv fra jeg var fjorten.»* Flere påpekte at det «å spare seg» kunne innebære redusert livsutfoldelse.

Mange hadde levd med sin dysmeli uten å ta spesielle hensyn til kroppen sin. Ønsket om å leve et vanlig liv hadde vært sterkt og viktigere enn risikoen for problemer i fremtiden, selv etter at de hadde fått helseproblemer. Fremdeles tenkte noen at det var best slik.

Flere hadde selv funnet fram til nye måter å mestre hverdagslivet på. Mange hadde hatt nytte av kontakt med fysioterapeut, enten ved tradisjonell behandling eller råd og veiledning om ulike treningsformer. *«For meg går det særlig på å få hjelp til å finne balanserte treningsmuligheter for å holde meg i form. Og få litt inspirasjon som jeg føler at jeg trenger.»* De etterlyste særlig individuell veiledning som tok hensyn til deres spesielle situasjon og innarbeidede mestringsmåter.

Andre hadde fått hjelp ved kontakt med ergoterapeut i egen kommune, fra et av dysmeli-teamene, fra et ortopedisk verksted eller ved å møte andre med dysmeli. Noen var fremdeles på leting etter fagpersoner som kunne fortelle hva de skulle gjøre.



## Diskusjon

Når de så tilbake på sitt liv, fortalte de åtte kvinnene med en-arms dysmeli at det hadde vært viktig å klare det som alle andre klarte, helst litt mer. Etter hvert hadde de fått økende funksjonsproblemer og smerter, ofte i den friske kroppssiden. De mestringsmåtene de tidligere hadde brukt, virket ikke lenger som før. Dette kunne gi en opplevelse av sårbarhet som de ikke hadde vært oppmerksomme på tidligere. Da måtte de først erkjenne situasjonen, kanskje revidere sitt selvilde og deretter finne nye løsninger på praktiske utfordringer. Sentrale mestringsstrategier som ble løftet fram, var å bruke (mer) tid på fysisk trening, redusere ambisjonene og aktivitetsnivået, og eventuelt ta i bruk hjelpemidler. Noen hadde funnet fram til endrede mestringsmåter på egen hånd, noen hadde god nytte av kontakt med tjenesteapparatet, mens andre var på leting etter hvor de kunne få hjelp.

Kvinnenes opplevelse av å ha levd helt vanlige liv, er i tråd med funn fra en studie om personer med polioskader (17, 18). Den viste at i den stabile fasen etter polioskaden, levde de med små skader aktive liv som alle andre, med høy aktivitet både i arbeidsliv og familieliv. De så i liten grad på seg selv som funksjonshemmede. Tilsvarende fortalte kvinnene med en-arms dysmeli at det å mangle en arm ikke hadde hindret dem i gjøre det samme som alle andre, eller helst litt mer. De hadde heller ikke sett på seg selv som funksjonshemmede.

Kvinnene fortalte om økende smerter og opplevde å ha fått redusert funksjon tidligere enn andre. Dette er i tråd med andre studier om personer med ulike tidlige skader eller sykdommer, der det er beskrevet smerter og redusert funksjon relativt tidlig i livsløpet (10, 11, 19). Kvinnene med en-arms dysmeli var helt avhengige av at den friske armen fungerte optimalt. Smerter og funksjonstap i den ville kunne oppleves truende fordi det hadde en helt annen betydning enn smerter i én av to funksjonelle armer. I tillegg ville selv små skader og svekkelser andre steder i kroppen kunne føre til at de kompenserte teknikkene de var avhengige av, ikke fungerte lenger. Dette kan forklare at kvinnene opplevde seg sårbare, og at deres funksjonsproblemer kom unormalt tidlig i livsløpet.

Kvinnene hadde presset seg lenge for å opprettholde det vanlige hverdagslivet. For mange tok det lang tid før de innså at de ikke orket det lenger, noe som også likner erfaringene til dem med forholdsvis små skader etter polio (20). For kvinnene

i vår studie kunne det å gi slipp på det tilvante livet innebære et brudd med deres selvilde: å være en som klarer like mye som andre. Å endre selvildet kunne være smertefullt og ta tid, men var for flere nødvendig for å få til endringer i hverdagen. Den be-  
arbeidingen kvinnene måtte gjennom, kan ses som det Lazarus (1993) betegnet som kognitiv mestring.

En atferdsmessig mestring flere kvinner beskrev, var å styrke seg ved å begynne å trene, eller trene mer enn tidligere, det Baltes og Baltes (1990) betegnet som optimalisering. Trening er sosialt akseptert og anbefalt for både friske og syke, og det gir ofte smertelindring (21). Siden det finnes lite sikker kunnskap om hva som gir belastningsplager på lengre sikt, kan det være vanskelig for fagpersoner å gi konkrete råd. Ikke alle treningsformer passer for mennesker med én arm. Men individuelt tilpasset trening og eventuelle hjelpemidler til trening kan være til god nytte når utprøving gjøres i nært samarbeid med den det gjelder.

Flere av kvinnene fortalte at de hadde redusert ambisjonene og gjort bevisste valg i forhold til hva som var viktigst både i forhold til arbeidsliv og privatliv, det Baltes og Baltes (1990) beskrev som *selektering*. Flere hadde søkt uførepensjon og hadde møtt forståelse for dette hos fagpersonene i tjenesteapparatet. En annen mestringsmåte som Baltes og Baltes (1990) beskrev, var *kompensering*. For kvinnene med en-arms dysmeli kunne det være å ta i bruk (ny) protese. Selv om det ikke er dokumentert at de som bruker protese har mindre smerter enn de som ikke bruker det (22), vil protese være et hjelpemiddel som kan stimulere til mer symmetrisk og hensiktsmessig bruk av kroppen. Protese eller grepshjelpemidler (treningsprotese) kan gi mulighet til økt aktivitet og trening, men innebærer også at man må lære seg å bruke kroppen på en ny måte.

Denne artikkelen omhandler kun kvinner, men dysmeli er like vanlig hos menn som hos kvinner. Det er sannsynlig at menn også etter hvert får tilsvarende problemer med smerter og redusert funksjon. Dette støttes av en studie med arm-amputerte, hvor de fleste var menn, der de fant høy grad av smerter i gjenværende arm (8). Menn vil muligens velge noe andre mestringsstrategier enn kvinner (5). Men det er sannsynlig at også de vil bruke tid til å erkjenne at de må gjøre endringer, at de vil velge (mer) fysisk trening, redusere ambisjonene og aktivitetsnivået og eventuelt ta i bruk hjelpemidler. Hvordan dette vil innvirke på deres selvilde og eventuelt utløse andre mestringsmåter, må andre studier vise.

Resultatene i denne studien ble hentet fra livsløp-intervjuer som gir et *tilbakeblikk* på livet (23, 24). De fanget opp erfaringer slik de ble erindret og ga mening under intervjuene, ikke nødvendigvis slik de var tidligere. Denne studien hadde fokus på hvordan kvinnes erfaringer formet deres liv nå, sett i lys av tidligere erfaringer og mestringsstrategier.

Mennesker som lever hele livet med medfødte funksjonsproblemer, utvikler egne individuelle mestringsmåter for å klare det som er viktig for dem. Slike mestringsmåter og aktivitetsmønstre blir automatisert og er nødvendige for at personene skal kunne utføre dagliglivets gjøremål. Fra et faglig synspunkt kan slike bevegelsesmønstre bli vurdert som uheldige fordi de gir skjevbelastninger som på sikt vil kunne føre til smerter og redusert funksjon. Når slike plager blir så store at de hemmer dagliglivet, blir det åpenbart at endringer må til. Men endring er utfordrende og ofte vanskelig. Ergoterapeuter vil kunne være til god nytte med sin aktivitetsanalyse og sitt kjennskap til individuelle tilpasninger og hjelpemidler. Aktivitetsanalysen vil kunne bidra til økt bevissthet rundt den enkeltes etablerte og automatiserte aktivitetsmønstre. Gjennom økt bevissthet og mer kunnskap om funksjon og ergonomi, kan det bli mulig å finne fram til alternative måter å mestre hverdagsaktivitetene på. For noen vil små justeringer og kanskje enkle hjelpemidler være nok. Innenfor andre livsområder eller for andre personer kan det være nødvendig med større endringer, for eksempel å slutte helt med noen aktiviteter.

## Konklusjon

Fagfolk trenger å vite om og vise respekt for de mestringsstrategiene, både psykiske og fysiske, som mennesker med langvarige funksjonsnedsettelse selv har funnet fram til for å møte livets utfordringer. Det gjelder ambisjonene og strevet for å leve et hverdagsliv som alle andre, og behovet for å bevare et selv bilde som mestrende.

Kvinnene i denne studien hadde gjennom livet tidvis hatt kontakt med tjenesteapparatet i forbindelse med sin dysmeli. Flere hadde fått råd om å spare seg, fordi det ble åpenbart at de belastet kroppen u hensiktsmessig. Slike råd hadde de fleste oversett, men når smerter og problemer ble for store, kunne de igjen vende seg til tjenesteapparatet for å få hjelp. Men å endre selv bilde og innarbeidede vaner er vanskelig og er en prosess som kan ta tid. Først når fagpersoner forstår dette, kan de være til hjelp med å finne nye måter å leve gode liv på, som

også gjør det mulig å ta bedre vare på sin kropp og funksjonsevne.

## Litteratur

1. Ephraim PL, Dillingham TR, Sector M, Pezzin LE, Mackenzie EJ. Epidemiology of limb loss and congenital limb deficiency: a review of the literature. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. [Research Support, U S Gov't, P H S Review]. 2003;84(5):747-61.
2. Gramellini D, Fieni S, Vadora E. Prenatal diagnosis of isolated limb defects: an updated review. *Fetal Diagnosis and Therapy*. [Review]. 2005;20(2):96-101.
3. Gold NB, Westgate MN, Holmes LB. Anatomic and etiological classification of congenital limb deficiencies. *Am J Med Genet A*. [Research Support, Non-U S Gov't]. 2011;6(35):9.
4. TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser SsH. Informasjon om dysmeli. 2012 [cited 2012 10.12.2012]; Available from: <http://www.sunnaas.no/omoss/avdelinger/trs/diagnoser/dysmeli/Sider/dysmeli.aspx>.
5. Thorsen K, Grut L, Myrvang VH, Schanke A-K, Livsløp og aldring blant personer med en sjelden tilstand. Sjelden og vanlig: livsberetninger, livsløp og aldring med sjeldne diagnoser. Tønsberg: Aldring og helse; 2011.
6. Krantz O, Bolin K, Persson D. Stigma-handling strategies in everyday life among women aged 20 to 30 with transversal upper limb reduction deficiency. *Scandinavian journal of disability research*. 2008;10(4):209-26.
7. Sjöberg L, Nilsagard Y, Fredriksson C. Life situation of adults with congenital limb reduction deficiency in Sweden. *Disabil Rehabil*. [Journal article]. 2013;18:18.
8. Ostlie K, Franklin RJ, Skjeldal OH, Skrandal A, Magnus P. Musculoskeletal pain and overuse syndromes in adult acquired major upper-limb amputees. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. [Comparative Study Research Support, Non-U S Gov't]. 2011;92(12):1967-73.
9. Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain*. [Research Support, Non-U S Gov't]. 2004;8(6):555-65.
10. Thorsen K, Grassman EJ (red.). Livsløp med funksjonshemming. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2012.
11. Binder T. Å leve med funksjonshemming : samtaler med mennesker som har levd en stund. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens; 2000.
12. Flood KM, Huang ME, Roberts TL, Pasquina PF, Nelson VS, Bryant PR. Limb deficiency and prosthetic management. 2. Aging with limb loss. *Arch Phys Med Rehabil*. [Case Report Review]. 2006;87(3 Suppl 1):S10-4.
13. Postema SG, van der Sluis CK, Waldenlov K, Norling Hermansson LM. Body structures and physical complaints in upper limb reduction deficiency: a 24-year follow-up study. *PLoS One*. [Research Support, Non-U S Gov't].

- 2012;7(11):30.
14. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*. [Review]. 1993;55(3):234-47.
15. Baltes PB, Baltes MM. *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
16. Kvale S. *Interviews : an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 1996.
17. Schanke AK. Like god som alle andre - eller helst bedre? beretninger om poliorammede menneskers livshistorie med vekt på hvordan de former sin selvforståelse og sitt handlingsrom: rapport fra FoA, Funksjonshemming og aldring, Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens; 2001.
18. Myrvang VH. Ut av arbeidslivet: livsløp, mestring og identitet: en studie av personer med seinskader etter polio. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2006
19. Johansen H, Andresen IL, Naess EE, Hagen KB. Health status of adults with Short Stature: A comparison with the normal population and one well-known chronic disease (Rheumatoid Arthritis). *Orphanet journal of rare diseases*. 2007;2(1):1-7.
20. Schanke AK. Psychological distress, social support and coping behaviour among polio survivors: a 5-year perspective on 63 polio patients. *Disabil Rehabil. Research Support, Non-U S Gov't*. 1997;19(3):108-16.
21. Hagen KB, Dagfinrud H, Moe RH, Osteras N, Kjekken I, Grotle M, et al. Exercise therapy for bone and muscle health: an overview of systematic reviews. *BMC Med*. [Review]. 2012;10(167):1741-7015.
22. Ostlie K, Lesjo IM, Franklin RJ, Garfelt B, Skjeldal OH, Magnus P. Prosthesis use in adult acquired major upper-limb amputees: patterns of wear, prosthetic skills and the actual use of prostheses in activities of daily life. *Disabil Rehabil Assist Technol*. [Evaluation Studies Research Support, Non-U S Gov't]. 2012;7(6):479-93.
23. Thorsen K. *Life-course perspectives in aging research*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2002.
24. Giele JZ, Elder GH. *Methods of life course research : qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 1998.





# Interpersonlig resonnering

## – PRAKTISK ANVENDELSE AV MODELLEN FOR TILSIKTET SAMSPILL

---

Av Knut Vøllestad, Silje Torggrimsen, Therese Öqvist og Tore Bonsaksen

*Knut Vøllestad er ergoterapeut. Han er avdelingsleder ved Bofellesskapet for psykisk helse i Nome kommune og høyskolelærer ved Høgskolen i Oslo og Akershus.*

*E-post: knut.vollestad@hioa.no*

*Silje Torggrimsen er ergoterapeut og medarbeider ved Fontenehuset Oslo.*

*Therese Öqvist er ergoterapeut og for tiden arbeidssøkende.*

*Tore Bonsaksen er ergoterapispesialist. Han er ansatt som førstelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.*

*E-post: tore.bonsaksen@hioa.no*

### INTERPERSONLIG RESONNERING

#### Abstrakt

---

**Modellen for tilsiktet samspill** (IRM) beskriver interpersonlig resonnering som en betegnelse for terapeutens oppmerksomhet og tenkning om relasjonelle hendelser som oppstår i terapien, om klientens reaksjoner på hendelsene og om terapeutens egne reaksjoner og væremåter. De sentrale elementene i IRM er nylig presentert i Ergoterapeuten, men til nå foreligger det få publiserte beskrivelser av hvordan man kan bruke modellens begreper knyttet til interpersonlig resonnering i ergoterapeutisk praksis. Gjennom en periode med studentpraksis i 2013 utforsket to studenter dette spørsmålet i samarbeid med to av lærerne ved ergoterapiutdanningen i Oslo. Artikkelen beskriver og diskuterer to eksempler som tar utgangspunkt i studentenes erfaringer med å bruke IRM som et redskap for klinisk resonnering over situasjoner i praksis.

**Nøkkelord:** Modellen for tilsiktet samspill, Intentional Relationship Model, interpersonlig resonnering, studenter, praksis

---

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

## INTRODUKSJON

Sunn ergoterapipraksis hviler på en teoretisk forståelse av sentrale faktorer som gir retning til menneskets aktivitet i samspillet med sine omgivelser. Terapeutisk resonnering dreier seg om å anvende denne teoretiske forståelsen på en konkret situasjon. I praksis vil dette være den prosessen som resulterer i terapeutens forståelse av klienten og av hans eller hennes aktivitet og aktivitetsproblemer i en gitt livssituasjon, og som ligger til grunn for beslutninger som angår klientens behandling (Kielhofner & Forsyth, 2008; Watson & Haas, 2010). Det er derfor en kompleks øvelse å resonnerer terapeutisk. Det innebærer dels å knytte konkrete problemer sammen med abstrakte prosedyrer for å løse dem, og slik ta observatørens perspektiv. Samtidig vil et terapeutisk resonnement legge vekt på den menneskelige interaksjonen mellom klienten og terapeuten med siktemål om å lære klienten som person bedre å kjenne, og å skape en positiv terapeutisk samarbeidsrelasjon (Mattingly & Fleming, 1994).

En rekke studier og teoretiske arbeider peker mot en relativ samstemmighet i ergoterapiforfesjonen om den sentrale betydningen av en god terapeutisk relasjon til klienten (Allison & Strong, 1994; Cole & McLean, 2003; Eklund & Hallberg, 2001; Palmadottir, 2006; Peloquin, 1990, 2003). Likevel er det først med den nylig introduserte modellen for tilsiktet samspill (Intentional Relationship Model (IRM); Taylor, 2008) at det er blitt innført et konsistent teoretisk rammeverk for å beskrive og forstå interpersonlige prosesser og det terapeutiske forholdet i ergoterapeutisk praksis. Deler av modellen kan

minne om Hagedorns (1995) beskrivelse av terapeutisk prosess, men her ligger hovedfokus på terapeutens handlinger, og ikke så mye på responsen fra klienten.

*Interpersonlig resonnering* er i denne modellen gitt som betegnelse for terapeutens oppmerksomhet og tenkning om relasjonelle hendelser som oppstår i terapien, om klientens reaksjoner på hendelsene og om terapeutens egne reaksjoner og væremåter (Taylor, 2008). Ifølge IRM er dette en prosess som følger en sekvens av seks distinkte trinn (Bonsaksen, Vøllestad, & Taylor, 2013; Taylor, 2008). I første trinn må terapeuten erkjenne at viktige relasjonelle hendelser vil kunne spille seg ut i terapien, og han eller hun bør i en viss utstrekning være i stand til å forutse når eller under hvilke omstendigheter de kan oppstå. I det andre trinnet sikter terapeuten mot å identifisere slike hendelser når de oppstår, slik at det blir mulig å håndtere situasjonen. En rasjonell håndtering av situasjonen består gjerne av at terapeuten finner fram til gode måter å håndtere sine egne følelser på, slik at umiddelbare reaksjoner som kan skape vansker for det terapeutiske forholdet, kan unngås.

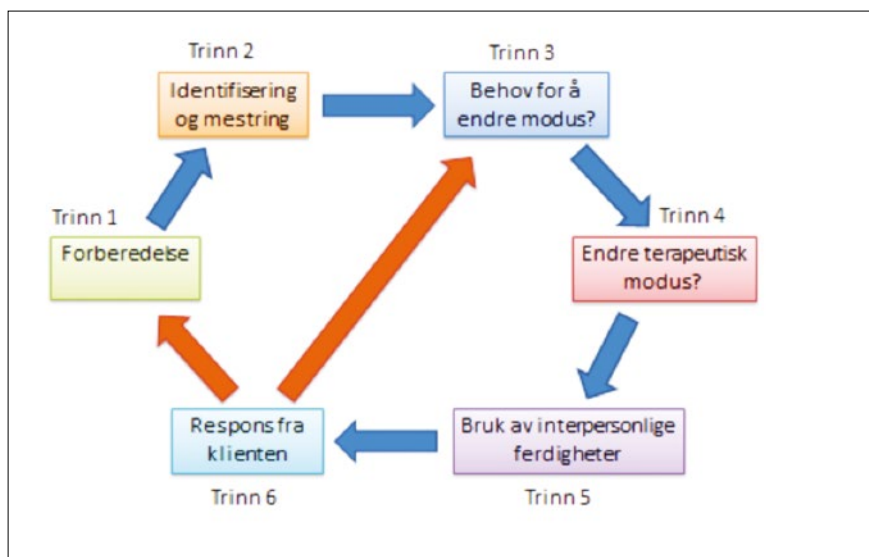
Når en interpersonlig hendelse har funnet sted, og terapeuten innledningsvis har avklart sine egne reaksjoner til hendelsen, vurderes det i trinn tre om det er behov for en endring i terapeutstil. En endring kan være nødvendig for å motvirke prosesser som ellers kan skade relasjonen til klienten. I denne modellen har Taylor (2008) definert seks ulike terapeutstiler, eller modi, som hver har sine styrker og potensielle svakheter. De seks modiene benevnes som *talsperson*, *sam-*

*arbeid*, *empati*, *oppmuntring*, *instruksjon* og *problemløsning*. En endring i terapeutstil vil for eksempel kunne innebære å endre fra en problemløsende stil til en mer empatisk stil.

Trinn fire består i en påfølgende valgt responsmodus, og kan ofte være en endret respons som er tilpasset vurderingen av klientens behov i situasjonen. Samtidig vil terapeuten trekke veksler på en rekke interpersonlige ferdigheter, slik som kommunikasjonsferdigheter, konfliktløsning og forståelse for utfordrende atferd. Interpersonlige ferdigheter forbundet med den valgte responsmodusen trekkes med i resonneringen i trinn fem. Det sjette og siste trinnet innebærer at terapeuten inviterer klienten til å meddele seg om hvordan han eller hun har det med det som nå skjer i terapien, herunder også forholdet til terapeuten og hvordan dette har utviklet seg. Denne informasjonen vil i sin tur sette terapeuten i stand til på nytt å vurdere om han eller hun bør endre sin terapeutstil (trinn 3). Den vil også kunne forberede terapeuten på hvilke relasjonelle utfordringer han eller hun vil kunne bli stilt overfor videre i forløpet (trinn 1).

På denne måten vil interpersonlig resonnering kunne lede til en selvforsterkende prosess hvor terapeuten gjennom erfaring tilegner seg gradvis bedre kunnskap om hvordan ulike typer hendelser, og sin egen respons på disse, kan virke styrkende eller skadelig for forholdet til klienten, og hvordan det terapeutiske forholdet best kan formes for å fremme klientens engasjement i viktige aktiviteter. Figur 1 illustrerer interpersonlig resonnering som en prosess i seks trinn.





Figur 1. Interpersonlig resonnering som en prosess i seks trinn.

Modellen for tilsiktet samspill er nylig presentert også i norsk sammenheng (Bonsaksen et al., 2013). Så langt finnes det imidlertid ingen norskspråklige artikler som viser hvordan modellens begreper konkret kan knyttes til ergoterapeutisk praksis, og vi har funnet kun én tilsvarende artikkel i internasjonale tidsskrifter (Smith & Taylor, 2011). I denne artikkelen sikter vi derfor mot å vise og diskutere eksempler på hvordan IRMs begrep om interpersonlig resonnering kan finne konkret anvendelse i ergoterapeutisk praksis.

## Metode

Våren 2013 gjennomførte studentene (forfatterne ST og TÖ) en praksisperiode på ti uker i psykisk helsearbeid på to ulike praksissteder. De ble før praksis invitert til å delta i et prosjekt gjennom praksisperioden. Prosjektet siktet mot å utforske IRMs mulige verdi som et begrepsmessig rammeverk for å gi mening og struktur til erfaringer fra praksis. Konkret ble de bedt om ukentlig å skrive detaljerte, men samtidig strengt

anonymiserte, refleksjonsnotater med utgangspunkt i klientrettede situasjoner fra praksis som de opplevde hadde betydning for deres forhold til klienten. Notatene ble skrevet inn i en organisert begrepsstruktur som tok utgangspunkt i Taylors (2008) beskrivelse av trinnene i den interpersonlige resonneringsprosessen, og skulle sendes til lærerne (forfatterne KV og TB) før hvert møte. Notatmalen med organiserende hjelpespørsmål er vist i Tabell 1.

Videre deltok studentene på tre møter med lærerne i løpet av praksisperioden. Møtene hadde en og en halv times varighet og ble holdt tre, seks, og ni uker ut i perioden. Målet med møtene var å dele studentenes erfaringer fra praksis, med et utgangspunkt i forhåndsinnsendte refleksjonsnotater, og i fellesskap diskutere hvordan begrepene knyttet til IRM og interpersonlig resonnering kunne gi struktur, mening og mulige løsningsforslag til situasjonene som ble beskrevet. Minst en situasjon fra hver av studentene ble presentert og diskutert på hvert møte. Vi vil videre i denne

artikkelen presentere to slike situasjoner der IRM ble tatt i bruk, og som deretter ble diskutert på møtene mellom studenter og lærere ved høgskolen.

## Siljes eksempel

En av aktivitetssituasjonene der Silje benyttet seg av IRM, fant sted omtrent midtveis i praksisperioden, og hun hadde på dette tidspunktet allerede fått prøvd ut modellen noen ganger. Hun var derfor bevisst på modellens trinn, sammenhengene mellom dem og ferdighetene knyttet til de ulike modiene.

### TRINN 1 – FORBEREDELSE

Klienten i dette eksemplet var sjelden innom praksisstedet, som var en institusjon, og Silje hadde kun møtt henne et par ganger. Det meste av informasjonen Silje satt inne med om klienten, hadde hun fått fra kolleger, og bakgrunnskunnskapen gav henne inntrykk av en klient med et sammensatt sykdomsbilde og en utfordrende livssituasjon, og en dagsform som varierte med svingende stemningsleie og problematisk atferd. Å sitte inne med slik bakgrunnskunnskap kan skape utfordringer for terapeuten fordi man kan bli forutinntatt med skeptiske holdninger eller frykt (Taylor, 2008). Samtidig kan det bidra til at man forbereder seg grundigere på å møte vansker i spillet, og til at man kan planlegge hvordan man vil håndtere spesielle situasjoner som skulle oppstå. En interpersonlig ferdighet Silje brukte i denne fasen var derfor knyttet til å hente kunnskap fra andre samarbeidspartnere.

Klienten fremsto som sliten og fraværende denne dagen, og det var vanskelig å tolke signalene

TRINN	HENDELSER
FORBEREDELSE	Hva ga deg grunn til å tenke at forholdet ditt til klienten kunne bli satt på prøve?
IDENTIFISERING OG MESTRING	Hva var det i hendelsen som ble relasjonelt utfordrende? Hva gjorde du for å håndtere dine egne reaksjoner?
BEHOV FOR Å ENDRE MODUS?	Hvilken modus handlet du i da situasjonen oppsto? Hva var det i hendelsen som eventuelt tilsa et behov for å endre modus?
ENDRE TERAPEUTISK MODUS?	(Hvordan) valgte du å endre modus? Hvordan ga dette seg uttrykk verbalt og i aktivitet?
BRUK AV INTERPERSONLIGE FERDIGHETER	Hvilke ferdigheter brukte du videre i samhandlingen? Hva trenger du å øve mer på?
BE OM RESPONS FRA KLIEN- TEN	Hvordan opplevde klienten hendelsen? Hvordan opplevde han/hun din respons på hendelsen?

Tabell 1: Mal for refleksjonsnotat om interpersonlig resonnering.

Note. Oversatt og bearbeidet av Tore Bonsaksen etter Taylor, R.R. (2008). *The Intentional Relationship. Occupational Therapy and Use of Self*. Philadelphia: FA Davis.

hun sendte. Silje holdt seg bevisst litt avventende i bakgrunnen for å se om klienten ville kontakte henne. Da dette ikke skjedde, spurte Silje klienten om de to skulle spille bordtennis, fordi dette var en aktivitet hun ifølge andre ansatte likte å holde på med. I denne situasjonen følte Silje seg usikker på klientens respons, siden de to ikke kjente hverandre fra før. Silje tenkte at klienten i verste fall ville avvise henne, men hun var positiv og ønsket å spille.

## TRINN 2 – IDENTIFISERING OG MESTRING

Underveis i spillet uttrykte klienten interesse for bordtennis, og de to utvekslet erfaringer om spillet. Tonen mellom de to var positiv og dialogen gikk lett. Etter hvert begynte klienten å snakke lavere, og det ble stadig vanskeligere for Silje å høre hva hun sa. Til slutt stoppet klienten helt opp, og Silje trodde det var noe de hadde snakket om som skapte denne reaksjonen. Silje ble da usikker på

hvordan hun skulle møte klienten best. Hadde hun behov for tid og ro til å samle egne tanker? Eller trengte hun å bli hentet tilbake til spillet igjen? Silje vurderte klientens kroppsspråk, og valgte å gi henne tid og ro i situasjonen, før hun gjenopptok samhandlingen.

## TRINN 3 – BEHOV FOR Å ENDRE MODUS

I denne situasjonen endret Silje sin modus som samtalepartner og medspiller. Fra å være i en positiv og engasjert spillesituasjon, fremstod klienten nå som taus, passiv og sårbar. Silje begynte å identifisere seg med klienten på bakgrunn av den sårbarheten hun viste, og hadde medfølelse for henne. Silje endret modus fra å være en aktiv deltaker i en spillsituasjon preget av en *samarbeidende modus*, til å gå over i en *empatisk modus*.

## TRINN 4 – ENDRE TERAPEUTISK MODUS

Selve skiftet fra den *samarbei-*

*dende* til den *empatiske* modus skjedde gradvis. Slike behov for skifte av modus er ikke uvanlige i arbeid med sårbare mennesker, hvor stemningsleiet kan skifte raskt. Spesielt i arbeid innen psykisk helse og i rusomsorgen oppleves slike situasjoner stadig. Refleksjon er nødvendig for å skape bevissthet om hva som er ens egne følelser i møtet med klienten («motoverføring»; Røssberg, 2006), og om hvilken strategi man skal velge å bruke videre (Taylor, 2008). Silje valgte å gi klienten tid til å hente seg inn, og åpnet for at de godt kunne ta en pause fra spillet. Klienten pratet rolig videre, og sa at de kunne gjenoppta spillingen senere.

## TRINN 5 – BRUK AV INTERPERSONLIGE FERDIGHETER

I denne situasjonen brukte Silje ferdigheter i terapeutisk kommunikasjon. Aktiv lytting og tolking av non-verbal kommunikasjon kan spesielt trekkes frem, sammen med bruk av empati og støtten-

de kommunikasjonsferdigheter. For å kunne støtte klienten bedre gjennom situasjonen ønsket Silje at hun hadde mer informasjon om klienten, og at hun hadde mer erfaring med hvordan hun kunne møte klienten.

### TRINN 6 – BE OM RESPONS FRA KLIEN- TEN

Etter at episoden var over, og klienten igjen virket mer opplagt, spurte Silje klienten hvordan hun hadde opplevd samspillet. Klienten svarte at det hadde vært fint å ha noen som lyttet på henne.

### Thereses eksempel

Thereses eksempel er hentet fra en annen situasjon som oppstod spontant. Denne episoden fant sted omtrent halvveis i praksisperioden. Therese hadde også fått mulighet til å prøve ut IRM noen ganger, slik at hun hadde et forhold til begrepene og de ulike trinnene i modellen.

### TRINN 1 – FORBEREDELSE

Dette var en åpen situasjon og ikke et tradisjonelt terapeutisk møte. Therese skulle delta på en uformell lunsj med enslige mødre av ulik kulturell bakgrunn, og hun hadde få formeningar om hvordan dette skulle bli på forhånd. Under lunsjen satt hun ved siden av en middelaldrende kvinne fra et fremmed land. Allerede tidlig i samtalen begynte kvinnen å fortelle åpent om sine somatiske sykdommer. En grunn til dette kunne være at kvinnen hadde fått vite at Therese var ergoterapiststudent, og dermed kanskje forventet at sykdom skulle være et samtaletema. Under samtalen opplevde Therese at kvinnen hadde et negativt syn på sin situasjon, men også et sterkt ønske om å bli frisk. Siden hun hadde en

kronisk sykdom, tenkte Therese at kvinnen ikke hadde fått god nok informasjon om sykdommen, og om at hun ikke kunne bli helt frisk. Kvinnen begynte deretter å spørre hva Therese kunne hjelpe henne med.

### TRINN 2 – IDENTIFISERING OG MESTRING

Kvinnen var direkte og stilte spørsmål om ergoterapi. Hun virket utålmodig og så ut til å forvente raske og klare svar av Therese. Therese syntes det var utfordrende å bli møtt med slike direkte spørsmål og forventninger. Hun svarte så imøtekom- mende hun kunne, og kom med forslag til hva kvinnen kunne gjøre, men alle forslag hun la fram, ble avvist med at det var allerede prøvd. På dette tidspunktet følte Therese seg utilstrekkelig og følte at de ikke kom videre i samtalen.

### TRINN 3 – BEHOV FOR Å ENDRE TERAPEUTISK MODUS

Kvinnen virket frustrert av å snakke om egen sykdom, og av ikke å få de svarene hun kanskje ønsket seg. Therese besluttet derfor å skifte fokus i samtalen fra å forsøke å besvare kvinnens spørsmål om sine kroniske sykdommer til å la henne snakke mer om familien og barna, et tema som kvinnen hadde positive følelser for. I begynnelsen av samtalen benyttet Therese seg av et *problemløsende modus* idet hun var løsningsorientert og kom med ulike forslag på tiltak underveis i samtalen. Så forsøkte hun en *samarbeidende modus* ved å søke etter løsninger sammen med kvinnen.

### TRINN 4 – ENDRE TERAPEUTISK MODUS

Den interpersonlige hendelsen i dette eksemplet handler om at

Therese i samtalen med kvinnen ble konfrontert med spørsmål om hvordan kvinnen skulle mestre sin kroniske sykdom, mens kvinnen ikke ble fornøyd uansett hva hun fikk til svar. Fokuset på det negative økte, og kvinnen var til slutt nær ved å begynne å gråte. Dette ble krevende også for Therese. Slik samtalen utviklet seg, endret Therese sin væremåte, og brukte etter hvert heller en *oppmun- trende modus*. Hun gikk over til å forsøke å styrke kvinnen ved å støtte opp om hennes optimisme og positive følelser knyttet til familien og barna, i stedet for å snakke videre om sykdommen.

### TRINN 5 – BRUK AV INTERPER- SONLIGE FERDIGHETER

Under samtalen tok Therese i bruk flere ferdigheter, blant annet ferdigheter i relasjonsbygging. Gjennom et støttende kroppsspråk og valg av et positivt ladet tema fikk hun mulighet til å påvirke relasjonen mellom de to. I tillegg benyttet hun ferdigheter i terapeutisk kommunikasjon, som empati, aktiv lytting, og et åpent kroppsspråk. Hun brukte strategiske spørsmål ved å be kvinnen fortelle om barna, og terapeutisk egenomsorg ved at hun kjente og respekterte sine egne grenser når det gjaldt å svare på utfordrende spørsmål. I tillegg var hun bevisst sine egne personlige grenser, ved å bruke egne erfaringer i samtalen uten å være privat.

### TRINN 6 – BE OM RESPONS

Siden dette ikke var et tradisjonelt terapeutmøte, men et uformelt måltid med et fremmed menneske og med andre mennesker tilstede, var det ikke naturlig for Therese å be om tilbakemelding på samtalen og på hvordan kvinnen hadde opplevd deres møte.



Dersom de to senere skulle ha innledet en mer varig relasjon seg imellom, kunne det vært aktuelt å etterspørre kvinnens erfaringer fra det første møtet, slik at Therese ville ha et utgangspunkt for å vurdere hvordan hennes terapeutstil passet overens med kvinnens behov.

## Diskusjon

De to eksemplene som er beskrevet, viser ulike aktivitetssituasjoner der studentene har samhandlet med klienter, og man får en forståelse av hvordan de bevisst har tatt i bruk interpersonlig resonnering for å mestre krevende situasjoner som har oppstått i arbeid med andre mennesker. Tross forholdsvis lik opplæring og erfaring i bruk av modellen kan vi se at studentene brukte de terapeutiske modiene på litt ulike måter. Dette kan, slik tidligere forskning med studenter har vist, ha sin bakgrunn i preferanser for ulike interpersonlige stiler (Bonsaksen, 2013). For begge har likevel et interpersonlig resonnement vært lagt til grunn for valgene som ble tatt underveis i samhandling med klienten.

Silje brukte IRM i en terapeutisk situasjon på en institusjon, mens Therese brukte modellen i en ikke-planlagt samhandling med en fremmed person i en åpen situasjon. Selv om de har fått erfaring med å utforske modellen på ulike arenaer og i ulike situasjoner, kan det synes som om de begge har hatt utbytte av å bruke modellens prinsipper som rettesnor for sin terapeutiske resonneringsprosess. Modellen har bidratt til å styrke deres refleksjon og bevissthet om de interpersonlige hendelsene som oppstod, og de har erfart hvordan de ved endring av terapeutstil har

oppnådd progresjon i krevende mellommenneskelige relasjoner. Spesielt de trinnene der det knyttes bånd mellom refleksjon og terapeutens handlingsalternativer synes å ha hatt stor nytteverdi for begge. Refleksjonen har bidratt til å bevisstgjøre studentene på hva som foregår i samhandlingen, og studentene har blitt i stand til å påvirke i hvilken retning de ønsker at relasjonen skal utvikle seg.

Et spørsmål blir om IRM-modellen, ved sin vektlegging av terapeutens muligheter til å påvirke relasjonen, tydeliggjør og forsterker terapeutens allerede eksisterende maktposisjon overfor klienten (Skau, 2005). Det vil slik kunne hevdes at modellen nedtoner prinsippet om *empowerment*, og dermed i mindre grad tar hensyn til klientens muligheter for å styre utviklingen mot egen måloppnåelse (Helse og omsorgsdepartementet, 1998). Empowerment-strategier vil i IRM for eksempel kunne knyttes til de terapeutiske modiene *samarbeid* og *oppmuntring* (Taylor, 2008), mens man i andre modi vil kunne fokusere sterkere mot andre faktorer som kan styrke det terapeutiske forholdet. Dette står likevel ikke i motsetning til overordnede mål om at klienten skal oppnå mer kontroll og styring over sin egen livssituasjon (Thesen & Malterud, 2001). Hensikten med IRM er å styrke terapeuten i arbeidet med å etablere og utvikle produktive relasjoner med klienter, og at terapeuten med utgangspunkt i en god relasjon skal kunne fremme klientens prosess mot å nå sine mål om deltakelse i ønskede og viktige aktiviteter (Taylor, 2008).

En utfordring i bruk av IRM er knyttet til behovet for resonnering gjennom hele prosessen. I aktivitet og samhandling med

klienter skjer ting så raskt, og det er krevende eller umulig å skulle observere, reflektere, konkludere og endre handlingsmønster fortløpende. Kunnskap og erfaring vil imidlertid bidra til at man mestrer disse komplekse ferdighetene gradvis bedre og raskere. I sammenheng med dette understreket begge studentene at mer kunnskap og erfaring hadde vært en fordel i det de skulle øve på bruk av modellen, som innebærer nettopp det komplekse ved å være i interaksjon, tenke og ta beslutninger i raske, nærmest overlappende sekvenser.

Ved at modellen definerer og beskriver seks ulike modi, gir dette terapeuten et utvalg av stiler man kan bli trygg på og anvende i et bredt spekter av samhandlingssituasjoner (Taylor 2008). Grensegangene mellom de ulike modiene kan imidlertid oppfattes som uklare. Det kan også være vanskelig å avgjøre hvilken modus man skal velge til enhver tid, og om man skal velge én modus eller en sekvens av flere. I det ene eksemplet endret Silje sin modus fra *samarbeidende* til *empatisk*. Therese valgte å bruke flere modi i en sekvens, og endret sin terapeutstil fra *problemløsende*, via *samarbeidende* til *oppmuntrende* modus. Rekken av valgmuligheter gir terapeuten viktige kliniske utfordringer.

Det man som terapeut med fordel kan være oppmerksom på, spesielt i arbeid knyttet til psykisk helse, er motoverføringer av ulike slag (Røssberg, 2006). I begge eksemplene fremstår det slik at studentene syntes synd på klienten, som ble oppfattet som trist eller tilbaketrukket, og begge undret seg over om de gjorde noe galt, eller om de burde ha gjort eller sagt noe annet i situasjonen.

Denne evnen til emosjonell innlevelse er en viktig forutsetning for å kunne forstå andre mennesker, samtidig som vi må akseptere at denne evnen er høyst feilbarlig. Ved å handle ut fra egne følelser risikerer terapeuter å handle ut fra egennytte – ut fra hva som føles best for dem selv – heller enn ut fra hva klienten til enhver tid har behov for.

IRM kan betraktes som et tanke- og handlingsrammeverk som definerer ulike elementer som inngår i samhandling mellom mennesker, og modellen gir et rammeverk for hvordan man kan resonnerer terapeutisk i praksissituasjoner. I studentenes eksempler kom det frem utfordringer i bruk av modellen. Begge studentene oppga likevel å ha hatt nytte av IRM i sitt arbeid, og vektla at nytteverdien ble større jo mer de brukte den. Vi erfarte at regelmessige samlinger med lærere og studenter i en øvings- og opplæringsperiode, slik vi la til rette for gjennom perioden med studentpraksis, bidro til å styrke studentens erfaring med og forståelse for modellen (Bonsaksen, 2014; Öqvist et al, 2013). I tiden fremover vil vi søke å prøve ut modellen i nærmere samarbeid med praktiserende ergoterapeuter.

## Konklusjon

Modell for tilsiktet samspill (IRM) definerer fasene i en terapeutisk resonneringsprosess og setter begreper på ulike terapeutiske modi som terapeuten kan benytte seg av. I denne artikkelen har vi vist to eksempler på hvordan ergoterapiststudenter har brukt modellen gjennom en ti ukers praksisperiode. De ble fulgt opp underveis i form av regelmessige møter med lærere ved høgskolen gjennom praksisperioden. Gjennom de pre-

senterte eksemplene har vi vist hvordan studentene brukte IRM i sin kliniske resonneringsprosess, og vi har diskutert ulike utfordringer som ble møtt. IRM er fortsatt relativt ukjent i norsk sammenheng, og det er derfor behov for å undersøke hvordan modellen vil kunne anvendes i ergoterapeuters praksis.

## Reference List

- Allison, H., & Strong, J. (1994). Verbal strategies used by occupational therapists in direct client encounters. *Occupational Therapy Journal of Research*, 14(2), 112-129.
- Bonsaksen, T. (2014). Engaging students in research and inquiry: Issues to consider. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 21(3), 108-109.
- Bonsaksen, T. (2013). Self-reported therapeutic style in occupational therapy students. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(11), 496-502.
- Bonsaksen, T., Vøllestad, K., & Taylor, R. R. (2013). The Intentional Relationship Model - Use of the therapeutic relationship in occupational therapy practice. *Ergoterapeuten*, 56(5), 26-31.
- Cole, M.B., & McLean, V. (2003). Therapeutic relationships re-defined. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19(2), 33-56.
- Eklund, M., & Hallberg, I. R. (2001). Psychiatric occupational therapists' verbal interaction with their clients. *Occupational Therapy International*, 8(1), 1-16.
- Hagedorn, R. (1995). *Occupational Therapy. Perspectives and processes*. London: Churchill Livingstone.
- Kielhofner, G., & Forsyth, K. (2008). Therapeutic Reasoning: Planning, Implementing, and Evaluating the Outcomes of Therapy. I G. Kielhofner, *Model of Human Occupation. Theory and Application* (4 ed., pp. 143-154). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mattingly, C., & Fleming, M.H. (1994). *Clinical Reasoning. Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Helse og omsorgsdepartementet (1998): NOU 18: *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Palmadottir, G. (2006). Client-therapist relationships: Experiences of occupational therapy clients in rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(9), 394-401.
- Peloquin, S.M. (1990). The patient-therapist relationship in occupational therapy: Understanding visions and images. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(1), 13-21.
- Peloquin, S.M. (2003). The therapeutic relationship: Manifestations and challenges in occupational therapy. I E.B. Crepeau, E.S. Cohn & B.A.B. Scell (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (10 ed., pp. 157-170). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Røssberg, J.I. (2006). Relasjonen mellom pasient og stab. Hva fremmer et gunstig behandlingsresultat? I P. Vaglum, G.R.B. Thorsen, & S. Opjordsmoen (Eds.), *Oss imellom* (2 ed., pp. 140-151). Stavanger: Hertevig Akademisk.
- Skau, G. (2005). *Mellom makt og hjelp. Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Smith, C., & Taylor, R. R. (2011). Using the Intentional Relationship Model in the treatment of medically complicated depression. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 7(1), 41-43. doi: 10.1017/S1742646410000154
- Taylor, R. R. (2008). *The Intentional Relationship. Occupational Therapy and the Use of Self*. Philadelphia: FA Davis.
- Thesen, J., & Malterud, K. (2001). «Empowerment» og pasientstyrking - et undervisningsopplegg. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 121(13), 1624-1628.
- Watson, C., & Haas, K. B. (2010). Clinical reasoning. In K. Sladyk, K. Jacobs & N. MacRae (Eds.), *Occupational Therapy Essentials for Clinical Competence* (pp. 65-72). Thorofare, NJ: SLACK Inc.
- Öqvist, T., Torgimsen, S., Vøllestad, K., & Bonsaksen, T. (2013). *Using the Intentional Relationship Model in clinical reasoning with occupational therapy students*. ENOTHE, York, UK. <http://www.enothe.eu/activities/meet/ac13/appendix6.3.1.pdf>

# Håndtrening bedrer aktivitetsutførelse!

**Artikkelen «Effect of home-based hand exercises in women with hand osteoarthritis: a randomized controlled trial», er basert på en studie utført ved Martina Hansens Hospital av ergoterapeutene Liv Hæhre, Vivian Tryving Hornburg og Toril Hennig. Veileder har vært Ingvild Kjekken. Studien viser at håndøvelser bidrar til klinisk relevante endringer.**

## INTRODUKSJON:

Håndartrose er en svært vanlig kronisk sykdom, med anslått forekomst på henholdsvis 30 prosent og 15 prosent hos kvinner og menn over 70 år, og innebærer ofte store plager for den det gjelder.

Klinisk ser man benpåleiringer og bløtdelshevelse, som oftest i fingrenes midt- og ytterledd, og i tommelens rotledd (CMC1). I leddene finner man lavere bruskhøyde og redusert bruskkvalitet, samt økt ligament-laksitet som i CMC1-leddet fører til instabilitet, og etter hvert subluksasjon og redusert åpningsgrep mellom første og andre finger. Hovedsymptomene ved artrose er smerte. Felles for svært mange med håndartrose er at smerter, stivhet, feilstillinger i fingerledd og nedsatt gripestyrke medfører problemer med å kunne utføre nødvendige daglige gjøremål som påkledning, matlaging og husarbeid. I tillegg må man kanskje slutte med fritidsaktiviteter som har stor betydning for livskvaliteten, og man strever på jobben.

Det finnes i dag ingen medikamentell behandling for å stoppe utvikling av sykdommen, kun smertestillende medikamenter, samt mulighet for operasjon i CMC1-leddet.

The European League Against Rheumatism anbefaler at alle med håndartrose bør instrueres i et håndøvelsesprogram med øvelser for å øke leddbevegelighet og styrke, men påpeker at evidensen for effekt av slik trening har vært mangelfull, og at det derfor har vært behov for robuste RCT-studier.

Hovedmålet med prosjektet var derfor å undersøke effekten av et tre måneders enkelt håndtreningssprogram sammenlignet med «treatment as usual», det vil si ingen håndtrening.

Studiet er utført i perioden 2011 - 2013 ved Martina Hansens Hospital, som er et spesialsykehus innen revmatologi og ortopedi. Alle registreringer ble foretatt ved oppstart – før randomisering – og etter tre måneder.

## METODE

I alt 80 kvinner ble inkludert i studien og randomisert til treningsgruppe eller kontrollgruppe. Inklusjonskriterier var håndartrose etter gjeldende diagnostiske kriterier, alder mellom 18 og 80, stabil medikasjon og minimum tre selvrapporterte aktivitetsproblemer.

Deltakerne ble henvist til ergoterapiavdelingen fra revmatolog eller ortoped. Alle deltakerne fikk et informasjonsskriv om artrose

Av Toril Hennig og Ingvild Kjekken

*Toril Hennig er ergoterapispesialist i somatisk helse. Hun arbeider ved Martina Hansens Hospital.*

*Ingvild Kjekken er professor i ergoterapi og ansatt ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering, Diakonhjemmet Sykehus; og Høgskolen i Oslo og Akershus.*

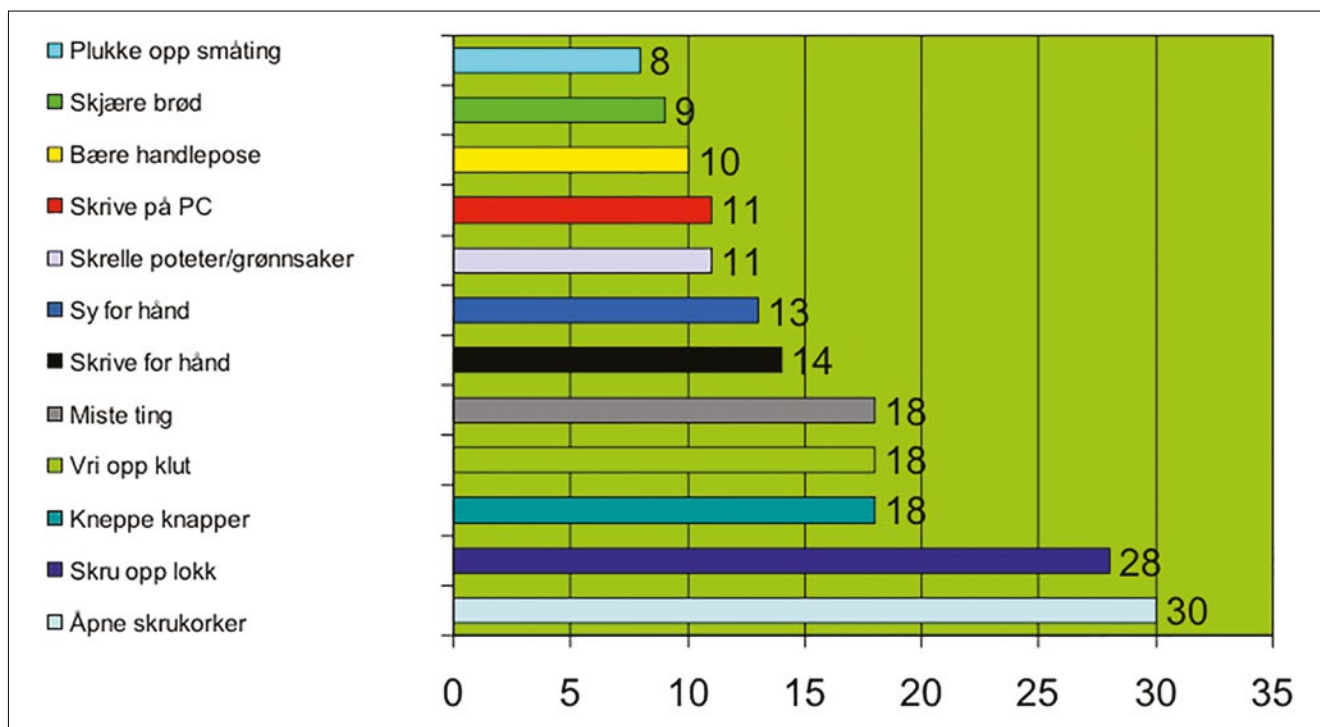
og ergonomi, og det ble gjort baselineregistreringer av aktivitetsutførelse, håndfunksjon og symptomer.

Primært utfallsmål var endring i aktivitetsutførelse målt med Patient Specific Functional Scale (PSFS). Her måtte deltakerne beskrive opptil fem egendefinerte aktiviteter de hadde vansker med å utføre på grunn av håndartrose, og vurdere sin egen aktivitetsutførelse på en skala fra 0 - 10 (0 = kan ikke utføre aktiviteten).

Sekundære utfallsmål var tretthet, smerte, stivhet og sykdomsaktivitet målt på en numerisk måleskala (NRS) fra 0 - 10 (0 = ingen symptomer). Videre ble håndstyrke målt med instrumentet Grippit, smerte etter kraftgrep (NRS), leddbevegelighet (fleksjonsdefisitt i 2. - 5. finger og opposisjonsdefisitt i 1. finger målt i millimeter) og åpningsgrep målt med instrumentet Gripsizer. Deltakerne fylte ut Functional Index for Hand OsteoArthritis (FIHOA) der deltakerne scorer ti aktiviteter fra 0 - 3 (0 = ingen problemer).

Etter randomisering fikk deltakerne i treningsgruppen instruksjon i seks øvelser (inkludert en oppvarmingsøvelse) for å oppøve bevegelighet og styrke i hendene. Øvelsene i program-





Selvrapporterte aktivitetsbegrensninger.

met er utarbeidet av nettverket for ergoterapeuter i revmatologi i Norge. Når det gjelder treningsintensitet, hyppighet og varighet av programmet, har vi støttet oss til anbefalinger fra the American College of Sports Medicine. Undersøkelser de senere årene har vist betydningen av å styrke ekstensjons- og abduksjonsmuskulatur i tommelen for å opprettholde et godt åpningsgrep mellom tommel og pekefinger. Det er også anbefalt å unngå adduksjon- og opposisjonsøvelser da dette kan bidra til å øke subluksasjon og smerte i CMC1-leddet.

Treningsprogrammet har derfor til hensikt å øke håndstyrke, gi et stabilt og åpent grep, samt forhindre/utsette feilstillinger. Det inneholder oppvarming, to øvelser for å øke fingerbevegelighet, én øvelse for generell håndstyrke, én øvelse for å styrke abduksjons- og ekstensjonsmuskulatur i tommelen og en strekke-/abduksjonsøvelse av fingrene.

Deltakerne ble oppfordret til

å trene tre dager per uke, starte med ti repetisjoner av hver øvelse, og øke til 12 - 15 etter to uker. De fikk også utdelt en treningsdagbok, der de blant annet noterte hvor lenge de trente og smerte etter trening på en NRS-skala. I løpet av treningsperioden på tre måneder ble deltakerne oppringt ukentlig den første måneden, og deretter annenhver uke for å svare på eventuelle spørsmål og sjekke at øvelsene ble utført riktig.

## RESULTATER

Totalt 37 deltakere i treningsgruppen og 34 deltakere i kontrollgruppen fullførte alle registreringer etter tre måneder. I treningsgruppen rapporterte deltakerne at de hadde trent 37 ganger (median) og median treningstid var 23,6 minutter. Smerte etter trening sank signifikant i treningsperioden, fra gjennomsnittlig 5.6 ved oppstart til 4.2 etter tre måneder.

*Primært utfallsmål:* Sammenligning av gruppene etter tre må-

neder viste signifikant forbedring i PSFS-score i favør av treningsgruppen (gjennomsnittlig forskjell lik 1.4,  $p < 0.001$ ).

For sekundære utfallsmål, viste håndtrening seg å gi cirka 25 prosent økning i håndkraft i både høyre og venstre hånd ( $p < 0.001$  for begge hender), signifikante forbedringer i fatigue, ( $p = 0.05$ ), i leddsmerte ( $p = 0.02$ ), i tommelens åpningsgrep i høyre ( $p = 0.018$ ) og i venstre ( $p = 0.007$ ) hånd, og i FIHOA-score ( $p < 0.001$ ).

Mens målinger av leddbevegelighet viste liten endring i treningsgruppen, var det en tendens til forverring i kontrollgruppen, med en gjennomsnittlig, signifikant økning i fleksjonsdefisitt på 5.4 millimeter i høyre hånd ( $p = 0.009$ ). Også når det gjaldt FIHOA-score, var det en signifikant forverring i kontrollgruppen ( $p = 0.001$ ).

## KONKLUSJON:

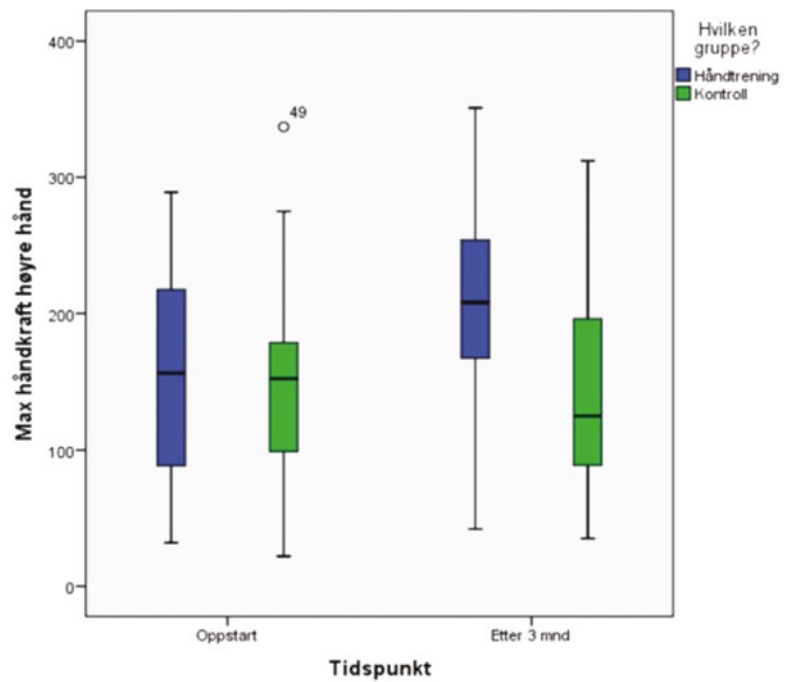
Denne studien viser at håndøvelser bidrar til klinisk relevante

endringer. Det er effektivt for å lindre symptomer og bedre funksjon ved håndartrose, særlig når det gjelder aktivitetsutførelse, håndkraft, smerte, åpningsgrep og tretthet. Håndøvelser er også viktige for å forebygge fleksjonsdefisitt. Programmet er rimelig og enkelt, og bør tilbys alle i den aktuelle pasientgruppen.

Håndtreningssprogrammet finner du på nettsiden: [Martina-hansen.no/brosjyrer](http://Martina-hansen.no/brosjyrer).

#### Referanse:

Hennig T, Hæhre L, Hornburg VT, Mowinckel P, Norli ES, Kjeker I. Effect of home-based hand exercises in women with hand osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Ann Rheum Dis*, 2014. (E-pub ahead of print).



Boxplot med median og min/max-verdier viser resultatene for håndkraft høyre hånd. (Venstre hånd var omtrent tilsvarende).

## CFS/ME-FAGNETTVERK FOR ERGOTERAPEUTER

*I mai var ca. 25 ergoterapeuter fra Norge og en fra Sverige samlet på Oslo Universitetssykehus (OUS) for å danne CFS/ME-fagnettverk for ergoterapeuter. Ergoterapeutene jobbet med barn, unge og/eller voksne med Chronic Fatigue Syndrome (CFS)/Myalgisk Encefalopati (ME) i primær- eller spesialisthelsetjenesten. I tillegg var det satt av tid til presentasjoner, utveksling av erfaringer og nettverksbygging.*

Av Irma Pinxsterhuis

Oddbjørn Brubakk, overlege ved CFS/ME-senteret (OUS), holdt en presentasjon om årsaker, diagnostikk og behandling. Berit Widerøe Njølstad ved Rikshospitalet og medlem av Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME (OUS), snakket om CFS og ME hos barn og unge. Live Lange Hellum fortalte om ergoterapitilbud i Fredrikstad kommune for personer med ME og CFS. Ingrid Helland, overlege og leder for Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME (OUS) presenterte kompetansetjenesten og snakket om CFS og ME hos barn og unge; forekomst, utredning og tiltak. Irma Pinxsterhuis ved CFS/ME-senteret fokuserte på aktivitetsavpasning – hva viser forskning, og hvilke konsekvenser har det for vår praksis? Toril Beate Røssvoll ved ambuleringsteam, Universitetssykehuset i Nord Norge, snakket om erfaringer fra arbeidet som ergoterapeut i ambuleringsteam. Annika Fryxell Westerberg ved ME/CFS-rehabiliteringen, Danderyds sjukhus, Stockholm fortalte om erfaringer fra arbeidet som ergoterapeut i ME/CFS-teamet der.

Styret i det nydannede fagnettverket består av Irma Pinxsterhuis, leder; Berit Widerøe Njølstad, nestleder; Trude Wabakken (Frogner helsestasjon, Oslo kommune) og Monica Nilsen (Klinisk service, OUS). Fagnettverket har ingen medlemmer, men alle ergoterapeuter som ønsker å holde seg oppdatert vedrørende CFS/ME eller ønsker kontakt med andre ergoterapeuter som jobber med CFS/ME, inviteres til å stå på vår mailingliste. Vi planlegger å organisere et fagnettverksmøte én gang i året. Møtene skal være en arena for nettverksbygging, kompetanseheving og erfaringsutveksling. Neste møte vil bli arrangert i Trondheim våren 2015.

Ønsker du å stå på vår mailingliste, kan du ta kontakt med: Monica Nilsen, spesialergoterapeut, Seksjon for Ergoterapi, Avdeling for klinisk service, Medisinsk klinikk, Oslo Universitetssykehus HF  
E-post: [monicn@ous-hf.no](mailto:monicn@ous-hf.no) Tlf.: 23 03 31 05

## TEMANUMMER OM AKTIVITETSANALYSE

Vi planlegger et temanummer om **aktivitetsanalyse** i juni 2015. Hvis du har lyst til å bidra, eller har noen gode tips, ta kontakt med:

Else Merete Thyness

E-post: [emt@ergoterapeutene.org](mailto:emt@ergoterapeutene.org)



## VIL DU BLI KURSLEDER I COPM?

*COPM er et svært aktuelt undersøkelses- og vurderingsredskap. Ergoterapeutene klarer ikke å imøtekomme etterspørselen etter kurs.*

**E**rgoterapeutene vil derfor arrangere kurs for ergoterapeuter som ønsker å bli godkjent som kursledere i COPM. Med flere, kompetente kursledere vil flere gå på kurs, som kan arrangeres av Ergoterapeutene, på flere steder i Norge. Rammene og betingelsene for dette arbeidet vil vi komme tilbake til.

Kurslederkurset vil bli arrangert i Oslo 2. - 4. mars 2015. Det skal ledes av Sue Baptiste fra Canada. Hun er professor ved School of Rehabilitation Science på McMaster University, og har deltatt i utviklingen av COPM.

Deltakerne på kurset må ha brukt COPM i praksis med et større utvalg klienter. Vi ønsker også at deltakerne har en mastergrad, men vi er villige til å vurdere dette kravet mot bred praksis.

### Er du interessert?

Ta kontakt med: Generalsekretær/fagsjef Toril Laberg.

Mobil: 482 52 484 eller

E-post: [toril.laberg@ergoterapeutene.org](mailto:toril.laberg@ergoterapeutene.org)

## IKKE MEDLEM?

Meld deg inn i dag:



Hva får du igjen for medlemskapet? Sjekk her:





Unni Sveen (til venstre) og Ingvild Kjekken (til høyre) skal dele stillingen som professor ved Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus. – Begge representerer faget på en god måte. Jeg er glad for at det ble dem, sier Mona Dahl, som er instituttleder.

Foto: Skjalg Bøhmer Vold

## Første norske professorer i ergoterapi

**Høgskolen i Oslo og Akershus får landets første norske professorer i ergoterapi. Unni Sveen og Ingvild Kjekken skal dele jobben.**

Av Else Merete Thyness

**E**n sakkyndig komité vurderte og godkjente de to ergoterapeutene som skal dele stillingen. Unni Sveen er førsteamanuensis i halv stilling ved instituttet i dag. Hun er også ansatt som seniorforsker og koordinator for rehabiliteringsforskning ved Oslo Universitetssykehus. Ingvild Kjekken er seniorforsker og assisterende enhetsleder for revmatologisk rehabilitering ved Diakonhjemmet sykehus.

– Dette er historisk og betyr mye både for faget ergoterapi og for Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, sier instituttleder Mona Dahl.

### FØRST UTE MED DOKTORGRAD

Unni Sveen var den første i Norge som tok doktorgrad i ergoterapi i Norge i 2004. Ingvild Kjekken disputerte som nummer to bare et par år senere.

Begge to har både før og etter

dette satt tydelig preg både på fag og forbund.

– Vi har ventet lenge på dette, og er svært glade for å kunne gratulere to profilerte og dyktige ergoterapeuter. Både Sveen og Kjekken er viktige ergoterapeuter i forbundets arbeid – Sveen for tiden i Ergoterapeutens redaksjonskomité, Kjekken som mye brukt foreleser på de etterspurte COPM-kursene, sier forbundsleder Mette Kolsrud.

## Vi gratulerer ergoterapeut Astrid Gramstad med doktorgraden i helsevitenskap

**Doktorgradsavhandlingen har tittelen «Å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel - ei gåtefull reise. Ei kvalitativ undersøkning av heimebuande eldre sine erfaringar».**

Ergoterapeut Astrid Gramstad disputerte for doktorgrad i helsevitenskap i september i år. Avhandlingen undersøker hvordan eldre erfarer prosessen med å få og ta i bruk et teknisk hjelpemiddel. Eldre personer som hadde søkt om et eller flere tekniske hjelpemidler, ble intervjuet tre ganger hver med noen måneders mellomrom. Intervjuene ble analysert med en hermeneutisk-fenomenologisk forskningstilnærming. Resultatene viste at avgjørelsen om å søke om et hjelpemiddel kan være en

langvarig og subtil prosess som innebærer kreative problemløysing. Mening med og bruk av et hjelpemiddel må forstås kontekstuell, med blikk for de sosiale og fysiske sammenhengene det inngår i og blir gjort relevant i av brukeren og andre.

Et nytt hjelpemiddel vil kunne bidra til å øke mestring, håp, egenverd, selvstendighet og en opplevelse av å være forberedt på fremtidige vansker. Erfaringer med hjelpemiddelformidlingsprosessen kan skildres som en gåtefull reise.



*Astrid Gramstad på WFOT-konferansen i Japan i juni.*



## LANDSMØTET 2014

# Kandidater til forbundsledelsen, sentralstyret og utvalg

## FORBUNDSLEDELSEN



**NILS ERIK NESS 59 år**  
**Trondheim**  
**(forbundsleder)**

**Utdanning:** Ergoterapeututdanning i 1980, deretter kortere videreutdanninger. Universitetene og høyskolene har et system for vurdering av realkompetanse gjennom sakkyndig granskning av dokumentert fagutvikling. Jeg har derfor kompetanse som førstelektor, der en må dokumentere utviklingsarbeid i omfang som tilsvarer doktorgradsarbeid.

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Leder i Rådet for ergoterapeut- og fysioterapeututdanning (under KUD)
- Visepresident og president i European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) – nettverk for rundt 200 ergoterapeututdanninger
- Styremedlem, Programkoordinator for Standards and Quality i World Federation of Occupational Therapists (WFOT).

**Arbeid:** Som nyutdannet ergoterapeut jobbet jeg med tjenester for psykisk utviklingshemmede etter HVPU-reformen; med trening for best mulig mestring utenfor sentralinstitusjon. Deretter Dalgård skole med barneergoterapi og oppfølgende veiledning med foreldre, barnehager og skoler. Senere undervisning ved Ergoterapeututdanninga i Trondheim, nå Høgskolen i Sør-Trøndelag. Jeg har særlig undervist i grunnleggende emner i ergoterapi, aktivitetsvitenskap og i barneergoterapi. Ellers har jeg ledet og deltatt i å utvikle verdensstandarder for ergoterapeututdanning (WFOT 2002), europeiske kompetansebeskrivelser i følge Tuning (ENOTHE-COTEC 2008), samt rammeplaner og studieplaner for ergoterapeututdanning. Spesielt har det vært engasjerende å lage den første studieplan for ergoterapeututdanning i Palestina (Betlehem) og samarbeide om utvikling av kinesisk standard for ergoterapeututdanning, samt opplæring av lærere for ergoterapeututdanninger i Kina. Jeg har skrevet læreboka Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse (Tapir 2011) og vært medredaktør i fagboka Hverdagsrehabilitering (Gyldendal Akademiske 2014). Siden 2010 har jeg vært nestleder i Norsk Ergoterapeutforbund, hvor jeg særlig har hatt ansvar for å drive forbundets innsats for å fremme Hverdagsrehabilitering i Norge.

**Er opptatt av:** Faglig og personlig har jeg en dyp tro på, og etter hvert lang erfaring for, at aktivitet og deltakelse er nødvendig for alles identitet og helse. Det er dette ergoterapi dreier seg om – å støtte medborgere i å utføre deres viktige aktiviteter. Jeg er stolt over at Norsk Ergoterapeutforbund har en lang tradisjon for å framsnakke alles rett til aktivitet og deltakelse. Dette er min drivende motivasjon i forbundets arbeid, i fagutvikling og i mitt private liv. Ergoterapi bidrar til bedre funksjon og livskvalitet, samtidig bidrar ergoterapi til et bærekraftig samfunn. Den samfunnsøkonomiske og ressursutløsende gevinsten med ergoterapi må vi bli flinkere til å dokumentere. Erfaringene fra hverdagsrehabilitering gir inspirasjon til innovasjon også innen andre velferdstjenester i Norge, for eksempel psykisk helsearbeid, arbeidsrehabilitering og helsefremmende arbeid.

Fremover må vi tenke smartere – blant annet åpner en eventuell ny organisasjonsmodell for bedre medlemsdeltakelse blant annet gjennom bruk av IKT. Vi må vektlegge samarbeid, delingskultur og spørsmålet: Hva utløser ressurser for forbundet, den enkelte og samfunnet?





**Tove Holst Skyer, 36 år**  
**Skien (1. nestleder)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Tidligere verv: Tillitsvalgt og hovedtillitsvalgt i Skien kommune. Tariffpolitisk ansvarlig og nestleder i fylkesstyret i Telemark
- Nåværende verv: Fylkesleder i Telemark
- Har deltatt i arbeidsgruppen Ergoterapeutene 2020

**Arbeid:**

Skien kommune, ergo- og fysioterapitjenesten, ansatt siden 2000. Var i 2003 - 2004 prosjektleder for et tilgjengelighetsprosjekt i Skien kommune. Er for tiden prosjektleder for et delprosjekt med fokus på fall, i Skien kommunes satsning på velferdsteknologi. Jobber også med universell utforming. For øvrig er mitt ansvarsområde nå barn, etter å ha jobbet med aldersgruppen 16 - 100 i 13 år.

**Utdanning:** Høgskolen i Oslo. Ukeskurs i arbeidsdeltakelse. Ellers flest kurs med tema universell utforming.

**Er opptatt av:** Jeg er opptatt av at ergoterapeuters kompetanse skal komme inn i samfunnsplanlegging gjennom universell utforming. Jeg mener det er viktig at vår evne til å vurdere individuelle behov nå også må inn i arbeidet med velferdsteknologi.

Gjennom ulike verv i forbundet vårt har organisasjonsarbeid vist seg å være noe jeg trives godt med. Etter deltakelsen i arbeidsgruppa Ergoterapeutene 2020 brenner jeg nå for en god implementering av ny organisasjonsmodell, hvor jeg har spesielt stor tro på å styrke og støtte mer opp om tillitsvalgte og hovedtillitsvalgte på arbeidsplassene. For øvrig ønsker jeg at forbundet vårt skal fortsette arbeidet med politisk påvirkningsarbeid, som de siste årene har gitt fantastiske resultater gjennom politisk og faglig medvind.



**Anita Therese Rosmæl, 37 år**  
**Trondheim (2. nestleder)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Hovedtillitsvalgt for Ergoterapeutene i Psykisk Helsevern ved St. Olavs Hospital siden 2007
- Ulike verv i Ergoterapeutene, Sør-Trøndelag Fylkesavdeling siden 2006
- Medlem i Tariffpolitisk utvalg
- Leder for Tariffpolitisk utvalg
- Er nå leder for fylkesavdelingen
- Har deltatt i prosjektarbeidet Ergoterapeutene 2020.

**Arbeid:**

Jeg har vært ansatt ved St. Olavs Hospital siden 2001. Videre har jeg jobbet som Ergoterapeut/Spesialergoterapeut innen ulike felt innen Psykisk Helse: Akuttpost, Intermediær avdeling, Alderspsykiatrisk avdeling og lukket avdeling for dobbeltdiagnoser. I dag er jeg ansatt ved Brøset Regionale sikkerhetsavdeling som Seksjonsleder.

**Utdanning:**

Jeg er utdannet som Ergoterapeut på Høgskolen i Sør-Trøndelag i 2001. Jeg har videreutdanning i psykisk helse, rus- og avhengighetsproblematikk, Motiverende intervju, Aktivitetsvitenskap, Bevegelsesvitenskap og voldsrisikovurdering.

**Er opptatt av:**

Jeg brenner for mitt fagfelt Psykisk Helse og at ergoterapeutene skal være en naturlig del av behandlingsapparatet rundt personer med psykiske lidelser.

Som fylkesleder og hovedtillitsvalgt er jeg opptatt av at Ergoterapeutene skal ha engasjerte og kunnskapsrike tillitsvalgte. Vi skal ha tillitsvalgte som får god opplæring, slik at tillitsvervet blir ettertraktet og en ressurs for våre medlemmer.

## SENTRALSTYRET



**Anette Bru, 24 år**  
**Stavanger (sentralstyret)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Tariffpolitisk ansvarlig i Ergoterapeutene avd. Rogaland (nåværende)
- Leder i Ergoterapistudentenes landsstyre
- Leder og økonomi ansvarlig i Ergoterapistudentene avdeling Bergen

**Arbeid:** Miljøterapeut i bolig for psykisk utviklingshemmede i Stavanger kommune (nåværende jobb). Har tidligere hatt vikariater innen psykiatri, avlastning, sykehjem og barnehage.

**Utdanning:** Bachelor i ergoterapi i 2013. Kurs i LØFT og positiv psykologi, legemiddelhåndteringskurs, førstehjelpskurs og treningskontakt kurs. trener selv kurs innen løp, hopp og kast.

**Er opptatt av:** Jeg er opptatt av at ergoterapeuter blir hørt og sett på lik linje med andre faggrupper som sykepleiere, vernepleiere, fysioterapeuter og spesialpedagoger, for å nevne noen. Jeg er også opptatt av at vi kan være med å bidra til at ulike aldersgrupper klarer seg selv i hverdagen. Jeg opplever at mange unge arbeidssøkere ikke får jobber der det ikke er spesifisert stilling for ergoterapeuter, men oppgavene er aktuelle for vår yrkesgruppe.

Jeg synes medbestemmelse og autonomi er aktuelle for meg i min jobb, og mitt motto er: «Det finnes ingen begrensninger, kun muligheter – det kommer bare an på øynene som ser».



**Bjørnar Rovde, 50 år**  
**Larsnes (sentralstyret)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Ergon lokalt og sentralt 1996-1999
- Leder Ergon sentralt 1998-1999
- Styremedlem i fylkesstyret i Møre og Romsdal
- Leder Fylkesstyret i Møre og Romsdal
- Hovedtillitsvalgt for Norsk Ergoterapeutforbund i Ålesund kommune
- Hovedtillitsvalgt og foretakstillitsvalgt for Norsk ergoterapeutforbund i Helse Sunnmøre og Helse Møre og Romsdal
- Sentralstyremedlem i Norsk Ergoterapeutforbund 2010-2014

**Arbeid:** Arbeider som spesialergoterapeut i Helse Møre og Romsdal. Før jeg begynte i helsevesenet, jobbet jeg i ti år i det private næringsliv. Arbeidet da med regnskap, statistikk og bank. Har tidligere jobbet i ambulansetjenesten, i bolig med PU og ved et fylkeskommunalt psykiatrisk senter. Har arbeidet som kommuneergoterapeut og som teamleder i heimesjukepleien i Ålesund kommune. Siste ti årene har jeg jobbet i psykiatrien i andrelinjetjenesten, ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri lukket post, og siste to åra har jeg jobbet i et akutt helsebehandlingsteam.

**Utdanning:** Tre-årig handelsskole ved Volda videregående skule og Haram videregående skule. Offentlig godkjent hjelpepleier i vernepleie 1992 - 1993. Studiekompetanse på ett år 1994 - 1995, Høgskulen i Bergen, Ergoterapeututdanningen 1996 - 1999. Videreutdanning i psykisk helsearbeid 2000 - 2002 ved høgskulen i Molde.

**Er opptatt av:** Har siden begynnelsen interessert meg for tariffpolitiske spørsmål. Brenner for at høgskulegruppene skal få uttelling for kompetanse, og at likestillingsrapporten ikke skal bli glemt. Har i flere år sittet i det sentrale forhandlingsutvalet i forbundet. Videre synest jeg det er viktig med kontinuitet og mulighet for å kunne følge en eventuell organisasjonsendring (Ergoterapeutene 2020).



**Ragna I. Gjone, 44 år  
Larvik (sentralstyret)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Representant i sentralstyret i Norsk Ergoterapeutforbund 2010-2014
- Styremedlem i fylkesavdelingen i Oslo 1996-2000

**Arbeid:** Rådgiver, Forsknings og Utviklingsavdelingen Klinikk Fysikalsk medisin og Rehabilitering, Sykehuset i Vestfold (2008 – d.d.); Ergoterapeut, Ullevål universitetssykehus, Medisinsk Divisjon, Geriatrik avdeling (2008 - 2003); Førstekonsulent, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (1999 - 2003), Ergoterapeut, Ullevål sykehus, Klinikk geriatri og rehabilitering (1998 - 1999); Ergoterapeut, Hellerud bydel, Oslo kommune (1995 - 1998).

**Utdanning:** Master i helsevitenskap, Universitetet i Oslo (2012). Prosjektledelse, BI Telemark og Vestfold, 6 studiepoeng (2008). Påbyggingsstudium i veiledning for helse- og sosialpersonell, Høgskolen i Oslo, 30 studiepoeng (2004). Ergoterapispesialist i eldres helse (2004). Videreutdanning i praksisveiledning i helse og sosialfag, Høgskolen i Oslo, 10 vekttall (2000). Normalisering og sosial integrasjon, innovasjon og endringsarbeid, Høgskolen i Sør Trøndelag, 10 vekttall (1998). Ergoterapiutdanningen i Oslo (1995).

**Er opptatt av:** Jeg mener at vår organisasjon fortsatt skal være en politisk pådrivende arbeidstakerorganisasjon og bidra til en hensiktsmessig organisering og arbeidsform av de offentlige helse og velferdstjenestene. På den måten kan vi gjøre helse- og velferdstilbudene tilgjengelige for dem som faktisk har behov for dem. Videre mener jeg det er viktig at vår kompetanse kommer til syne i forhold til de store brukergruppene av helse- og velferdstjenester. Jeg tenker da spesielt på personer med muskel- og skjelettsmerter og lettere psykiske lidelser. Det er også viktig fortsatt å fremme vårt fag og kompetanse i forhold til å arbeide med de aktivitetsutfordringene brukere og pasienter opplever som viktige i sine liv. Dette gjelder alle brukere uavhengig av alder, kjønn, religiøs og kulturell bakgrunn og årsak til sykdom eller funksjonsnedsettelse.



**Berit Regine Laiti, 30 år  
Karasjok (sentralstyret)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Frivillig ved flere festivaler i Finnmark
- Deltatt på ungdomsutvekslingsprogrammer
- Sittet i styret i Finnmark siden 2008, da som økonomiansvarlig, nå som nestleder og fagpolitisk ansvarlig

**Arbeid:**

Jeg jobber for tiden som miljøterapeut ved ungdomspsykiatrisk avdeling i Karasjok. Her har jeg jobbet siden oktober 2011 og trives veldig godt. Tidligere har jeg jobbet som ergoterapeut i Vadsø kommune, ergoterapeut ved døgnavdelingen både i Talvik og Alta, og så har jeg vært en snartur innom en barnehage i Hammerfest som ressurspedagog.

**Utdanning:**

Jeg har tatt ergoterapeututdanningen min i Tromsø, og var ferdig utdannet våren 2006.

**Er opptatt av:**

Å sitte i styret og få påfyll på det som rører seg innenfor faget våres, skaper et engasjement i meg til blant annet å ville belyse viktigheten av å bruke ergoterapeutens kompetanse til å møte ulike problemstillinger på en best mulig måte. Min drøm vil være å kunne jobbe med forebyggende arbeid hos barn og unge i kommunehelsetjenesten.



**Ine Ulven, 40 år  
Oslo (sentralstyret)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Tillitsvalgt under utdanningen på Høgskolen
- Lokal tillitsvalgt og verneombud i jobb
- Sittet i Norsk Ergoterapeutforbunds fylkesavdeling for Oslo (2007-d.d.)
- Forskjellige verv: styremedlem, sekretær og leder for tariffpolitisk utvalg. Sitter i forbundets tariffpolitiske utvalg for Oslo kommune
- Ergoterapeutenes representant i lønnsoppgjør for Oslo kommune
- Hovedtillitsvalgt for Oslo kommune og i Sykehjemsetaten, Oslo kommunes største virksomhet

**Arbeid:**

Jeg jobber som ergoterapeut på et sykehjem i Oslo kommune. Tidligere jobbet i bydel i Oslo kommune. Ved siden av dette har jeg hatt noe frikjøp som hovedtillitsvalgt i Oslo kommune.

**Utdanning:**

Utdannet på Høgskolen i Oslo 1996 - 1999, videreutdanning i Demens Høgskolen i Buskerud, sertifisert innen AMPS og kurs innen eldreomsorg.

**Er opptatt av:**

Jeg er opptatt av lønns- og arbeidsforhold for ergoterapeuter som jobber i Oslo kommune, ergoterapeuters bidrag til eldre på sykehjem og i eget hjem. Videre er ergoterapeuter som jobber hos private aktører en økende gruppe. Det er mange private aktører hvor vi ikke har tariffavtale eller et oppegående tillitsvalgtsystem. Oppfølging av disse medlemmene er viktig for at vi skal kunne beholde dem og være en god støtte for dem i forhold til fag, lønns- og arbeidsforhold.



**Kim Schultz-Haudt Lid, 37 år  
Røyken (sentralstyret)**

**Verv/Organisasjonserfaring:**

- 1 års erfaring som styremedlem i Ergon (Oslo)
- Hovedtillitsvalgt i Røyken kommune (siden 2010)
- Nestleder i Ergoterapeutene avdeling Buskerud (siden 2013)
- Flere års erfaring som fotballtrener for barn

**Arbeid:** Jeg har tidligere arbeidet i kortere perioder som miljøterapeut på Blakstad sykehus, ergoterapeut på Drammen sykehus (reumatologisk og nevrologisk avdeling), og Rehabiliteringsavdelingen på Bråta bo- og aktivitetssenter i Nedre Eiker, før jeg i 2006 startet i Røyken kommune. Her startet jeg opp med arbeid med rehabilitering og mer tradisjonelle kommuneergoterapeutoppgaver. Deretter fikk jeg hovedansvaret for individuell plan i kommunen (100 prosent stilling), før jeg nå arbeider 30 prosent som frisklivsveileder og 70 prosent som kommuneergoterapeut. Jeg har også ved en anledning vært sensor ved ergoterapiutdanningen, Høgskolen i Oslo.

**Utdanning:**

Jeg ble ferdig utdannet ergoterapeut ved Høgskolen i Oslo i 2005. I tillegg har jeg videreutdanning i ergoterapi allmennhelse (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2013) og Helseteknologi (Høgskolen i Buskerud, 2014). Videre er jeg også godkjent i forhold til arbeidsplassvurderinger og har noe erfaring med dette gjennom et enkeltmannsforetak.

**Er opptatt av:**

Som person og ergoterapeut er jeg allsidig og veldig interessert i alt som er nytt. Ellers er helsefremming og forebygging, samt velferdsteknologi mine største interessefelt.





**Arnfinn Bjørshol, 41 år  
Oslo (sentralstyret)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Tillitsvalgt i Ergon i 1994
- Fylkesstyret i Ergoterapeutene Oslo siden 1997
- Lokalt tillitsvalgt i bydel, hjelpemiddelsentral og arbeidslivssenter
- Fylkestillitsvalgt for Unio i Akershus og har vært medlem i arbeidsutvalget for Unio i NAV
- Hovedtillitsvalgt for Ergoterapeutene i NAV. Har forhandlet for våre 110 medlemmer på hjelpemiddelsentrene i lokale forhandlinger
- Har tidligere deltatt i forhandlingsutvalget til AF i Oslo kommune i sentrale forhandlinger



**Renate Soggemoen, 30 år,  
Egersund (sentralstyret)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- IT-ansvarlig i Norsk Ergoterapeutstudentforbund fra 2004 til 2006
- Økonomiansvarlig i Studentsamfunnet i 2005
- Fagpolitisk ansvarlig i Norsk Ergoterapeutforbund avdeling Rogaland fra 2012-2013, og er nå nestleder her
- Jeg sitter også som styremedlem og er styrets representant i SU i den foreldreeide Lykkeliten barnehage, hvor jeg ble valgt inn i 2012

---

**Arbeid:**

Avdelingsleder for NAV Arbeidslivssenter Akershus siden 2011. Har tidligere jobbet som IA-rådgiver samme sted fra 2008. Jobbet på NAV Hjelpemiddelsentral Oslo 2001 - 2008 som rådgiver og seksjonsleder, og som ergoterapeut i en bydel i Oslo 1996 - 2001.

**Utdanning:**

Utdannet Ergoterapeut Høgskolen i Tromsø 1996. Ledelse, organisasjon og arbeidsrett på HiO i 2006.

**Er opptatt av:**

Jeg er svært opptatt av at unge med nedsatt funksjonsevne skal få seg jobb og bli i jobb. Jobber for et mer inkluderende arbeidsliv og for at vi skal lykkes med Jobbstrategien for personer med nedsatt funksjonsevne.

---

**Arbeid:**

Nå jobber jeg 80 prosent på 2 vest, den kommunale korttids- og rehabiliteringsavdelingen i Eigersund kommune, samt 20 prosent i et vikariat som kommuneergoterapeut i samme kommune. Tidligere har jeg jobbet fem år på Haukeland universitetssykehus, blant annet på ortopedisk rehabilitering, avdeling for fysikalsk og medisinsk rehabilitering, samt på regional enhet for traumatisk hodeskade (RETH).

**Utdanning:**

Jeg var ferdig utdannet ergoterapeut i 2006 på Høgskolen i Bergen. Jeg har også studert arbeids- og organisasjonspsykologi og motivasjonspsykologi i 2007 og 2008 på Universitetet i Bergen.

**Er opptatt av:**

Jeg har jobbet med rehabilitering på ulike nivåer og synes det er både utfordrende og spennende å ivareta brukerens medvirkning og verdighet i møte med helsesystemet. Å bruke gode kartleggingsverktøy for å finne brukeres indre motivasjon og hjelpe dem til å se løsninger framfor problemer, er det som jeg synes gjør jobben min som ergoterapeut så interessant.



**Anne Marit Fone, 28 år  
Arendal (sentralstyret)**

**Verv/Organisasjonserfaring:**

- 2014-d.d. : Nestleder Ergoterapeutforbundet avd. Aust-Agder
- 2012-d.d.: Svømmeinstruktør, Barnas svømmeskole, Arendal
- 2010: Tillitsvalgt ergoterapeututdanningen, HIO
- 2003-2005: Håndballtrener, TTIF

**Arbeid:** 2011 - 2013: Ergoterapeut i rehabiliteringstjenesten i Arendal kommune, 40 prosent i pilotprosjektet «Hjemmebasert rehabilitering», og 60 prosent hjelpemiddelformidling. 2013 - 2014: Ergoterapeut i koordinerende enhet Innsatsteam Hverdagsrehabilitering. 2014 - 05.2014: Ergoterapeut i Arendal kommune, koordinerende enhet: 60 prosent Innsatsteam Hverdagsrehabilitering, 40 prosent Prosjekt hverdagsrehabilitering for psykisk utviklingshemma. 05.2014 - d.d.: Ergoterapeut i Arendal kommune, koordinerende enhet: 40 prosent Prosjekt hverdagsrehabilitering for psykisk utviklingshemma, 50 prosent Registrering av brukere Innsatsteam Hverdagsrehabilitering og ansvar for Følgeevaluering av hverdagsrehabilitering i Arendal, i regi av Helsedirektoratet (Senter for omsorgsforskning, vest) 10 prosent Innsatsteam Hverdagsrehabilitering.

**Utdanning:** 2005 - 2006: Universitetet i Telemark avdeling Bø: Idrett, administrasjon og ledelse (1 år, 2008 - 2011: Høgskolen i Oslo: Bachelorgrad Ergoterapi. 2014 - d.d.: Universitetet i Agder, Master i Klinisk helsevitenskap. Diverse kurs velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler. Kurs i MI (Motiverende intervju).

**Er opptatt av:** Jeg er opptatt av de sentrale utfordringene for helse-tjenestene, og hvordan vi møter disse utfordringene. Samhandlingsreformen har endret fordelingen av oppgaver i sektoren. Behandlingstiden går ned ved sykehusene, og tjenestene blir mer sentraliserte og spesialiserte, samtidig som flere oppgaver overføres til kommunene. Kommunene har fått nye utfordringer med å ta vare på innbyggere med komplekse sykdomstilstander. Kommunene skal i større grad drive aktiv behandling og rehabilitering. Helsefremmende og forebyggende arbeid blir også viktigere i kommunene. Og selvfølgelig ligger hverdagsrehabilitering mitt hjerte nærmest.



**May Solveig Svendsen, 34 år,  
Raufoss (sentralstyret)**

**Verv/Organisasjonserfaring:**

- Hovedtillitsvalgt i Gjøvik kommune i ca. 6 år
- Medlem i styret i Oppland i inne-værende landsmøteperiode, først som tariffpolitisk ansvarlig, nå også som leder (siden november 2013)

**Arbeid:**

Jeg har arbeidet som ergoterapeut i Gjøvik kommune siden 2003, primært med barn og unge. Hadde etter endt utdanning et sommervikariat på Steffensrud Opptreningssenter og et vikariat på Solås, rehabiliteringsenheten til Sykehuset Innlandet Gjøvik.

**Utdanning:**

Uteksaminert fra Høgskolen i Oslo i 2001. Har gått på flere jobbkurs i Gjøvik kommune. Primært de siste årene med fokus på barn og unge.

**Er opptatt av:**

Jeg var veldig engasjert tillitsvalgt de årene jeg var det i Gjøvik kommune, og det var slik valgkomiteen fikk huket meg inn i styret som tariffpolitisk ansvarlig. Etter å ha deltatt i styret ser jeg tydeligere hvor viktig fagorganisasjonen er, og synes det er spennende å lære mer om dette. Fagpolitisk er jeg mest opptatt av bredden i faget, da jeg ser på hvor mange arenaer vi potensielt kan bidra med vår kunnskap.



**Benedicte B. Bakstad, 44 år, Halden (sentralstyret)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- HTV Halden 2002-2004
- HTV Halden 2007-d.d.
- 2011-d.d. Sentralstyremedlem Ergoterapeutene
- Dugnadsansvarlig team 1998 og 2001 Comet ishockeyklubb
- Klassekontakt i 3 år

**Arbeid:** Har jobbet som hjemmehjelp, miljøarbeider og personlig assistent i Halden kommune fra 1989 - 1995, 1995 - 1998 ergoterapeut og ledende ergoterapeut ved akuttpsykiatrisk avdeling Sentralsykehuset i Fredrikstad. 1998 - d.d. spesialergoterapeut Halden kommune. Har i denne perioden også vært vikar for leder på Solheim dagsenter for personer med demens mellom 1,5 - 2 år (1.1.2011 - 1.8.2012).

**Utdanning:** Ergoterapeututdanningen på Høgskolen 1993 - 1995, Eldreomsorgens ABC 2007 - 2009, videreutdanning i demens- og eldreomsorg 2009 - 2010.

**Er opptatt av:** Jeg er opptatt av at Ergoterapeutene og alle enkelt-medlemmer skal fortsette med å synliggjøre og markedsføre ergoterapeuters brede kompetanse og samfunnsmessige nytteverdi, slik at ergoterapeuter blir ytterligere etterspurt i mange ulike stillinger. Mer videreutdanning innen ergoterapi, og tverrfaglige videreutdanninger bør være et satsningsområde. Ergoterapeutene skal fortsette å ha et like stort fokus på alle sine medlemmer, og tilby gode fagkurs som bidrar til fagutvikling og faglig fellesskap. Jeg ønsker å bidra med å påvirke beslutningstakere til å arbeide for fastlønnstilskudd, honorarer eller lignende, slik at ergo- og fysioterapeuter blir mer likestilte når det skal opprettes nye stillinger.

Videre brenner jeg for at hjelpemiddelformidlingen skal forenkles, slik at kommuneergoterapeuter får mer tid til rehabilitering, forebygging, psykisk uhelse og demens. Satsingen på hverdagsrehabilitering har gått over all forventning, og jeg mener at Ergoterapeutene bør satse like målrettet på et andre temaer, som for eksempel psykiatri, rus, barns helse eller arbeidshelse (alle folk i arbeid) i neste sentralstyreperiode. Sist, men ikke minst, vil jeg jobbe for at Ergoterapeutene 2020 skal bli vellykket, og at alle ergoterapeuter vil ønske å være medlem av Norsk Ergoterapeutforbund.



**Vanessa Øvstetun, 26 år Stavanger (sentralstyret)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

Nylig blitt medlem i ergoterapeutforbundet i Rogaland.

**Arbeid:**

Jeg er tidligere utdannet frisør, jobber nå som ergoterapeut i bedriftshelsetjenesten med arbeidsmiljø, hvor jeg har hovedvekt på ergonomi. Har tidligere erfaring med eldres helse: sykehjem, deltidsjobb innenfor psykiatri på sykehuset, samt jobbet som deltidsansatt brukerstyrt personlig assistent i tre år.

**Utdanning:**

Sandnes Diakonhjemmet Høgskole.

**Er opptatt av:**

Jeg brenner for å se til at utviklingen i faget går fremover, og vil gjerne at ergoterapeuters arbeid i private virke skal synliggjøres. Arbeidsmiljø ligger nært for meg, og jeg vil gjerne fremme dette arbeidsfeltet ytterligere.



**Kristin Jess-Bakken, 28 år**  
**Østre Toten (sentralstyret)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- *Ergoterapeutene avdeling Oslo, leder 2013-2014*
- *Ergoterapeutene avdeling Oslo, nest leder 2012-2013*
- *Norske Ergoterapeutstudenters Interesseorganisasjon avdeling Oslo, - ERGON Oslo, leder 2010-2012*
- *Norsk Ergoterapeutforbund avdeling Oslo studentrepresentant 2010-2012*

**Arbeid:**

Ringen Rehabiliteringssenter, Moelv, startet opp i mai 2014 og har dette som nåværende arbeidsplass. Fast stilling som ergoterapeut, Norlandia Care avdeling Oppsalhjemmet, Oslo, juni 2012 til april 2014. Fast stilling som ergoterapeut, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Lovisenberg DPS-avdeling Seksjon Døgn, Oslo, juni 2010 til juni 2012. Fast stilling som miljøterapeutassistent.

**Utdanning:**

Uteksaminert fra Høgskolen i Oslo og Akershus i juni 2012. Sertifisert LSVT-BIG-instruktør februar 2014.

**Er opptatt av:**

Faglig er jeg opptatt av ergoterapeuters unike kompetanse på hverdagslivet, aktivitetsproblematikk og vårt unike engasjement for å fremme pasientens rett til aktivitet og deltakelse. Jeg blir veldig provosert av urettferdighet. Alt fra occupational justice, pasienter/grupper som ikke blir hørt eller sett i en behandlingssituasjon, til diagnosegrupper som får lite forskningsmidler. Politisk vil jeg si at jeg brenner for at studenter som uteksamineres som ergoterapeuter er så gode som overhodet mulig. Med dyktige, engasjerte og handlekraftige studenter med sterk fagidentitet, sikrer vi både en solid profesjon og et drivkraftig forbund.



**Lilly Nerenget, 44 år**  
**Ronglan (sentralstyret)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- *Hovedtillitsvalgt i Levanger kommune i en årrekke. Deltatt i flere omstillingsprosesser*
- *Ulike verv i fylkesavdelingen i flere perioder, både som sekretær, nestleder og leder*
- *Har i tillegg vært leder i Skytterlaget og leder i ungdomsutvalget i Skytter-samlaget*

**Arbeid:**

Ergoterapeut Levanger kommune siden 1996. Har jobbet med både barn og voksne.

**Utdanning:**

Ergoterapiutdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag 1996. Videreutdanning i forebygging og rehabilitering, Høgskolen i Nord-Trøndelag 2005, 20 vekttall. TaKT, «Å skape sammen», Høgskolen i Lillehammer 2008, 15 studiepoeng.

**Er opptatt av:**

Jeg er opptatt av at alle skal kunne delta i aktiviteter, uavhengig av funksjonsnivå. Viktig med universell utforming og aktivitetstilbud som er meningsfulle for den enkelte. Når det gjelder vår egen organisasjon, er jeg spesielt opptatt av fagpolitikk. Fag er og blir forbundets største fortrinn i forhold til medlemmene og verving av nye medlemmer. Er stolt av å være medlem av en liten organisasjon som har gjort seg bemerket og etterspurt med kunnskap om mestring og hverdagsrehabilitering. Ergoterapeutene må også i fremtiden jobbe med fokusområder, men det er viktig med en balansegang, slik at forbundet og fagpolitikken blir av interesse for alle medlemmene.



### KONTROLLKOMITEEN



**Reidun Beate Holm, 61 år  
Tromsø (kontrollkomité)**

**Verv/organisasjonserfaring**

*Jeg har hatt verv innenfor mange forskjellige felt, som idrett, skole, fylkesstyret, sentralstyret, og som styreleder i borettslag.*



**Synnøve O. Melseth, 42 år  
Ålesund (kontrollkomité)**

**Verv/Organisasjonserfaring:**

- Tillitsvalgt/hovedtillitsvalgt for ergoterapeutene ved flere av arbeidsplassene jeg har vært ansatt: Sentralsjukehuset i Aust-Agder, Ullevål sykehus og tidligere Helse Sunnmøre HF.
- Verneombud ved Ullevål sykehus
- 1999–2003: Fylkesstyret i Oslo (styremedlem, kurskomité)
- 2004–2011: Fylkesstyret i Møre og Romsdal (sekretær, leder)
- 2010–2014: Sentralstyret, 2. nestleder

**Arbeid:**

Jobber og bor delvis i Tromsø, er pendler og har bostedsadresse i vakre Lyngen. Har jobbet en god del innenfor rehabiliteringsfeltet, på institusjon og ute i kommunene, og jobber nå som avdelingsleder i Rehabiliteringstjenesten i Tromsø kommune.

**Utdanning:**

Utdannet som ergoterapeut. Har videreutdanning i rehabilitering, og master i ledelse.

**Er opptatt av:**

Jeg er opptatt av å synliggjøre ergoterapeutens rolle, få fram kompetansens nødvendighet, spesielt i kommunal sektor. Jeg ser også behovet for å styrke tverrfaglig samarbeid, og blir fort engasjert når ordet rehabilitering kommer opp. Jeg er engasjert i de nasjonale føringer som legges til grunn for helsepolitikken både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Jeg brenner for at ergoterapeutenes rolle må styrkes, skal en lykkes med nye reformer.

*Reidun Holm stiller til valg som leder av komiteen.*

**Arbeid:**

1996 - 1997: Aust-Agder Sentralsykehus. 1997 - 1998: Oslo kommunale boligbedrift. 1998 - 2003: Ullevål sykehus, 2003 - d.d: Helse Møre og Romsdal HF (ulike stillinger og funksjoner gjennom årene). 2014 - d.d.: 50 prosent stilling i Helse Midt-Norge RHF (leder for regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (RKE) i Helse-Midt)

**Utdanning:**

1993 - 1996: Ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. 1999 - 2000: Videreutdanning i praksisveiledning i helse- og sosialfag, Høgskolen i Oslo. 2001: Arbeidsmiljø/innemiljø, Høgskolen på Kjeller. 2013 - 2014: Videreutdanning i ledelse i helse- og sosialsektoren, Høgskolen i Volda.

**Er opptatt av:**

I og med at jeg har sittet i prosjektgruppa for ny organisering av ergoterapeutforbundet, er jeg for tiden brennende opptatt av at organisasjonen vår skal videreutvikle seg og utnytte potensialet vi har til å bli en enda sterkere aktør både på individ- og samfunnsnivå. Jeg er opptatt av at vi er aktive og synlige i samfunnsdebatten. For å få til det må hvert enkelt medlem bidra fra sitt ståsted, og vi må styrke den røde tråden fra det enkelte medlem og inn i sentralstyret. Vi må dessuten jobbe med å knytte fag og tariff bedre sammen, da dette er to sider av samme sak.

Ellers er jeg opptatt av at vi jobber for å få på plass finansieringsordninger for ergoterapeuter, slik at vi ikke blir satt på sidelinjen mens andre faggrupper utøver oppgaver vi har kompetanse på.



**Agneta Glans Nordbye, 61 år, Aurskog-Høland (kontrollkomité)**

**Verv/Organisasjonserfaring:**

- Redaksjonskomiteen
- Medlem og nestleder av fylkesstyret i Akershus. Det siste 1,5 året som stedfortreder for leder i permisjon
- Ble i fjor høst valgt inn som varamedlem av kontrollkomiteen
- Noen år som plasstillitsvalgt
- Sekretær for det lokale fotballaget
- Medlem av FAU og klassekontakt
- Ladies Circle (LC), hvor man blir pensjonist ved 45 år



**Tor Ivar Bertheussen, 28 år Trondheim (kontrollkomité)**

**Verv/Organisasjonserfaring:**

- 2012-2015 IT-ansvarlig i Ergoterapeutene, avdeling Sør-Trøndelag
- 2010-2012 Landstyret i Ergon som IT-ansvarlig og sekretær
- 2009-2012 Lokalsstyret i Ergon som IT-ansvarlig
- 2010-2012 Studentutvalget som IT-ansvarlig
- 2011 Deltok i arrangement- og planleggingskomiteen for Internasjonal dag
- 2010 Deltok i arrangement- og planleggingskomiteen for Internasjonal dag

**Arbeid:**

Jobber nå som rådgiver på boligområdet på NAV HMS Oslo og Akershus. Har tidligere vært kommuneergoterapeut i 18 år i min hjemkommune. Før det har jeg jobbet innenfor psykiatrien, på sykehjem og med psykisk utviklingshemmede.

**Utdanning:** Ble utdannet ergoterapeut i Wien 1975.

**Er opptatt av:**

Saker som opptar meg faglig, er tilrettelegging av boliger og at både private og kommunale utbyggere skal bli klar over hva det er som må til for at det skal bli funksjonelle boliger.

**Arbeid:** Fikk jobb rett etter studiet i 2012 på slagavdeling på Orkdal Sjukehus. Der jobbet jeg i ni måneder før jeg fikk meg jobb som ergoterapeut ved Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering, Avdeling for ervervet hjerneskade, Lian. Her jobber jeg fortsatt.

**Utdanning:** Tre-årig bachelorutdanning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

**Er opptatt av:** Helt fra starten av studiet oppdaget jeg hvor utrolig vide og spennende fagområder vår utdanning og praksis er. Jeg savnet ofte å høre hvordan det ble jobbet rundt om i landet, og også internasjonalt. Jeg ble tidlig engasjert i faget og ønsket å vite mer og spre kunnskap jeg fant til så mange som mulig. Etterhvert fikk jeg undervist yngre studenter om hva faget går ut på, og jeg startet også et nettforum på Facebook. Dette har det vist seg at flere har fattet interesse for. Forumet vokste raskt og består per i dag av over 1500 medlemmer fra hele verden, der mange deler informasjon om sitt arbeid, eller etterspør kunnskap fra andre medlemmer. Dette ga meg mange muligheter og satte meg i kontakt med mange spennende personer i nettverket. Blant annet ble jeg benyttet som konsulent i forbindelse med IT-faglige spørsmål av WFOT. Min søken etter forståelse av faget og økt kunnskap brakte meg til Skottland på et utenlandsopphold. Her fikk jeg innblikk i andre måter å formidle faget på, og hvor utrolig dyktige ergoterapeuter som utdannes i utlandet. Dette engasjerte meg voldsomt, og jeg var delvis med som rådgiver i forbindelse med kvalitetsutvikling på mitt utdanningssted. Gjennom alle mine verv og mitt engasjement har jeg fått økt innsikt i hva som foregår i kulissene. Politikken og fagutviklingen som foregår på systemnivå, er utrolig spennende, og har vært givende å få delta på, i større eller mindre grad.

### REDAKSJONSKOMITEEN



**Cathrine Hagby, 39 år  
Drammen  
(redaksjonskomité)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Redaksjonskomiteen siden 2004

**Arbeid:**

Før: Bærum kommune. Nå: NAV Hjelpemiddelsentral Buskerud.

**Utdanning:**

Ergoterapiutdanningen i Høgskolen i Bergen (ferdig 2001). Videreutdanning: Helsefremmende og forebyggende arbeid, ergoterapi og allmennhelse. Universell utforming, kurs: COPM, AMPS, A- One.

**Er opptatt av:**

Universell utforming og boligpolitikk, ergoterapeuters rolle i kommunehelsetjenesten, utredning og kartlegging i forhold til kognitiv svikt og demens, velferdsteknologi.

*Cathrine Hagby er leder av komiteen og stiller til gjenvalg.*



**Alf Inge Solbakken, 34 år  
Oslo (redaksjonskomité)**

**Verv/Organisasjonserfaring:**

- Sitter i fylkesavdelingen til Akershus
- Redaksjonskomiteen

**Arbeid:** Ringerike kommune ved Austjord rehabiliteringssenter

2004 - 2007. Bærum kommune, Avdeling Rehabilitering 2007 - 2013. NAV Hjelpemiddelsentral Oslo og Akershus 2013 - d.d.

**Utdanning:** Høgskolen i Sør-Trøndelag: Ferdig 2004. Gjennomført kurs i AMPS.

**Er opptatt av:** Tverrfaglig rehabilitering er fagfeltet jeg har hatt en interesse for etter endt utdanning, noe som også gjenspeiles i jobbene jeg har hatt. I Ringerike kommune og i Bærum kommune jobbet jeg i tverrfaglige team som driver med rehabilitering av brukere etter sykdom og skade. I tillegg til dette har jeg også en interesse for boligtilrettelegging og universell utforming. Dette gjenspeiles også i jobben jeg har per i dag som boligrådgiver hos NAV Hjelpemiddelsentral i Oslo og Akershus.



**Anne-Stine Dolva, 57 år  
Lillehammer  
(redaksjonskomité)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Leder i NETF Oppland på 80-tallet
- Leder for landskonferansen i ergoterapi på Lillehammer i 2005
- Medlem i redaksjonskomiteen 2010-2014 og i fagredaksjonen 2013-2014

**Arbeid:**

Førsteamanuensis ved avdeling for pedagogikk og sosialt arbeid ved Høgskolen i Lillehammer.

**Utdanning:**

Ergoterapeut (fra Oslo), MSC (europeisk master i ergoterapi), Med. Dr. i ergoterapi fra Karolinska Institutet.

**Er opptatt av:**

Faglig opptatt av barn og unges deltakelse, kompetanseutvikling og helse. Jeg ønsker å bidra til et fagtidsskrift av høy kvalitet og god bredde.



**Sissel Horghagen, 59 år**  
**Trondheim**  
**(redaksjonskomité)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Tillitsvalgt for Norsk Ergoterapeut Forbund, avdeling Sør-Trøndelag
- Styremedlem i Mental Helse Sør-Trøndelag
- Styremedlem i teater Polyfon for innvandrere
- Redaksjonskomiteen i Ergoterapeuten og fagredaksjonen

**Arbeid:**

Ergoterapeut ved Gaustad sykehus, prosjektleder for teater i sosialt arbeid, avdelingsleder ved Brøset Regionale sikkerhetsavdeling, avdelingsleder for ergoterapi Åsgård sykehus, førstelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

**Utdanning:**

Ergoterapeututdanningen i Trondheim, Hovedfag i pedagogikk ved NTNU,

**Er opptatt av:**

Jeg er opptatt av sårbare gruppers mulighet til aktivitet og deltakelse, aktivitetens iboende muligheter i menneskers hverdagsliv, sosiale ulikheter lokalt og globalt og kunst og håndverksaktivitetens potensial.



**Merethe Seberg, 35 år**  
**Oslo (redaksjonskomité)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Har hatt flere verv som hovedtillitsvalgt ved Lovisenberg Diakonale sykehus, og ble på nytt valgt inn i dette vervet fra 1. oktober 2013

**Arbeid:** Siden jeg var ferdig utdannet ergoterapeut, har jeg jobbet innen psykisk helsevern. Jobber som spesialergoterapeut på en psykiatrisk avdeling ved Lovisenberg Diakonale sykehus. Før og under studietiden har jeg jobbet noe med barn og psykisk utviklingshemmede.

**Utdanning:** Studerte ergoterapi ved Høgskolen i Oslo, 2003 - 2006. Deretter videreutdanning i psykisk helsearbeid på deltid ved Høgskolen i Oslo, 2009 - 2011. Videre har jeg en master i psykisk helsearbeid fra Høgskolen i Hedmark, 2012 - 2013. Utover dette har jeg regelmessig deltatt på ulike kurs og fagdager med temaer innen ergoterapi, psykisk helse, rusproblematikk, kognitiv funksjon og lignende.

**Er opptatt av:** Mitt hovedengasjement ligger innen psykisk helsevern. Hverdagslivets betydning og meningsfulle aktiviteter bør være en integrert del av behandlingstilbudet her, samt i psykisk helsearbeid i kommunene. Et økt fokus på aktivitet og hverdagsmestring tror jeg vil gi mange bedre livskvalitet. Betydningen av sosiale nettverk og sosiale møteplasser må også tydeliggjøres.

Vi må bli bedre på brukermedvirkning og inkludere personen selv og pårørende i mye større grad som en del av personens bedringsprosess. Dersom recovery og hverdagsrehabilitering skal bli mulig, mener jeg at helsevesenet må tørre å organisere seg. Et område jeg anser som viktig, er økt og bedre samhandling mellom ulike instanser.

Jeg ønsker at hverdagsrehabilitering også skal inkludere mennesker med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer, og mener at det er behov for flere ergoterapeutstillinger innen psykisk helsefeltet. Fokuset og viljen til å satse på forebygging synes jeg er en mangelvare i det norske samfunnet, og jeg mener at ergoterapeuter har god kunnskap om og mye å bidra med også innen dette feltet.





**Unni Sveen, 60 år**  
**Oslo (redaksjonskomité)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Flere perioder i redaksjonskomiteen
- Fagredaktør i Ergoterapeuten
- Norsk medlem i redaksjonskomiteen for *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.

**Arbeid:** Nåværende arbeidsforhold: er nylig ansatt som professor i ergoterapi ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Har i tillegg en stilling som seniorforsker ved Oslo universitetssykehus. Tidligere arbeidsforhold er som ergoterapeut ved Sunnaas sykehus HF, og mange år som ergoterapeut innen rehabilitering ved Ullevål universitetssykehus.

**Utdanning:** Ergoterapeututdanningen i Oslo. Doktorgrad ved det medisinske fakultet med temaet «Activities and well-being after stroke».

**Er opptatt av:**

At tidsskriftet Ergoterapeuten kommuniserer med leserne og har en profil som gjør det tidsaktuelt og tilgjengelig. At Ergoterapeuten bidrar til å formidle utvikling av faget, og bringer nyttig fagstoff til praksisfeltet, i form av gode fagartikler og vitenskapelige artikler. Faglig er jeg særlig opptatt av ergoterapeuters bidrag i rehabiliteringsprosesser som fremmer den enkeltes deltakelse.

## YRKESSETISK UTVALG



**Anne Lund, 53 år**  
**Oslo (yrkesetisk utvalg)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- ERGON (den gang det het det)
- Ergoterapeutenes spesialistkomité
- Ergoterapeutenes yrkesetiske utvalg siden 2013
- Ulike verv i musikkorpsbevegelsen og i kolonihagekomiteer

**Arbeid:**

Arbeidet innen rehabilitering, eldres helse, veiledning, bistandsarbeid i Tanzania. Arenaer for arbeid har vært på sykehus, sykehjem, kommune og nå innen utdanning og forskning.

**Utdanning:**

Ergoterapeututdanning i Oslo avsluttet i 1985. Ergoterapeutspecialist i eldres helse. Doktorgradsarbeid innen rehabilitering og gruppeintervensjon for personer med hjerneslag.

**Er opptatt av:**

Jeg brenner for å utdanne studenter til å bli engasjerte, aktive ergoterapeuter og helsearbeidere som jobber for et inkluderende samfunn og retten til aktivitet og deltakelse både internasjonalt og nasjonalt.

*Anne Lund er leder av komiteen og stiller til gjenvalg.*



**Bente Hatlelid, 34 år**  
**Fredrikstad**  
**(yrkesetisk utvalg)**

**Arbeid: 2014:** Ergoterapeut for barn i Fredrikstad kommune. 2011 - 2014: Ergoterapeut ved Rehabiliteringsavdeling i kommunen. 2010 - 2011: Vikariat som ergoterapeut med voksne og barn.

**Utdanning:** 2006 - 2009 Utdannet ergoterapeut, Høgskolen i Oslo. 2000 - 2002: Utdannet sanitetsbefal i Forsvaret, Lillestrøm/Bardu.

**Er opptatt av:** Arbeider for at det føres statistikk på henvisninger og saker, slik at vi kan tydeliggjøre ergoterapifaget og vise behovet for flere ergoterapeutstillinger. Arbeider for å yte kunnskapsbasert ergoterapi til rett tid etter gode henvisninger. Opptatt av at ergoterapeuter melder avvik til leder når det oppdages avvik på tjenesten.

**Verv/organisasjonserfaring:** 2010-2013: Tillitsvalgt/vara for ergoterapeuter i Fredrikstad kommune. 2007-2009: Studentrepresentant i sentralstyret.



**Kjersti Helene Haarr, 55 år**  
**Rogaland (yrkesetisk utvalg)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- 2007–d.d.: organisasjonstillitsvalgt, yrkesetisk utvalg, Norsk Ergoterapeutforbund
- 2010–2012: hovedtillitsvalgt Norsk Ergoterapeutforbund, v/DHS
- 2008–2010: verneombud, DHS
- 2002–2004: styremedlem Rogaland Høgskole
- 2002–d.d.: medlem i spesialistkomité for Folkehelse, Norsk Ergoterapeutforbund (NETF)
- 2000–2001: hovedtillitsvalgt NETF, rehabiliteringstjenesten Rogaland fylkeskommune
- 1997–2000: styremedlem stiftelsen Frøyland/Orstad Kyrkjelyd
- 1994–1996: organisasjonstillitsvalgt og frikjøpt, Norsk Ergoterapeutforbund, avdeling Rogaland.

**Arbeid:** Nåværende arbeidsforhold: (2004 – d.d.): Diakonhjemmet Høgskole (DHS), høyskolelektor. Tidligere arbeidsforhold: (1983 – 2003): Klepp kommune, seksjon fysio-/ergoterapi; Rogaland fylkeskommune, Rehabiliteringstjenesten, seksjon voksen (Lassa); Time kommune, seksjon fysio-/ergoterapi; Kristiansand kommune, Oddernes sykehjem.

**Utdanning:** 2013: Forskerkurs: Philosophy of science, research methods, and research ethics, DHS. 2011: Forskerkurs: Effective Scientific Writing and Presenting, Nordic School of Public Health/Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap – NHV, Göteborg. 2009: Forskerkurs: Vardagliga och professionella bilder av psykisk ohälsa, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap – NHV, Göteborg. 2007: Master i helsefagvitenskap, Institutt for helsefagvitenskap, Universitetet i Oslo (UiO). 2002: Aktivitetsvitenskap, Helsefaghøyskolen i Sør-Trøndelag. 1996: Sosialpedagogikk grunnfag, Den Sosialpedagogiske Høgskole, Sandnes/UiO. 1983: Ergoterapeututdanning, Ergoterapihøyskolen i Oslo.

**Er opptatt av:** Som organisasjonstillitsvalgt i yrkesetisk utvalg har jeg vært opptatt av at etablerte og nyutdannede ergoterapeuter stadig trenger å holde et trykk på hvilke dilemmaer vi står overfor i praksis, for å holde et høyt bevissthetsnivå om hva som kan stå på spill. I komplekse situasjoner i møte med brukere, kolleger, ledere og politikere finnes det få enkle svar. Da trenger vi hverandre, diskusjonene og refleksjonene for å gi vårt beste bidrag – for å muliggjøre aktivitet og deltakelse. Spesielt har jeg vært opptatt av hvilke dilemmaer vi står overfor innen rehabilitering og hverdagsrehabilitering, som har vært mitt fagfelt. Samtidig har jeg ønsket å sette fokus på det multikulturelle, med spørsmål om forskning, utdanning og tjenester er tilgjengelige og rettferdig fordelt i vårt eget samfunn – jamfør WFOTs «Guiding Principles on Diversity and Culture».



**Kirsti N. Hellesøy, 38 år**  
**Fjaler (yrkesetisk utvalg)**

**Organisasjonserfaring/verv**

*Har sittet en periode i yrkesetisk utvalg*

**Arbeid:**

Jobber på Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter. Har tidligere jobbet på Nordlandssykehuset, Spesialsykehuset for Rehabilitering i Kristiansand, Stavanger Universitetssykehus og Alta kommune.

**Utdanning:**

1999: ergoterapeut ved Høgskolen i Tromsø. 2002: Videreutdanning: Livsstyrketrening – Rehabilitering av arbeidstakere med kroniske smerter, Høgskolen i Vestfold. 2012: Videreutdanning: Rehabilitering av slagpasienter basert på Bobathkonseptet, Høgskolen i Sogn og Fjordane.

**Er opptatt av:**

Jeg brenner for aktivitet og deltakelse. Jeg synes det er spennende å utfordre mennesker til nye mestringsopplevelser, og gjør det gjerne gjennom bruk av friluftsliv på min arbeidsplass. Å få delta i yrkesetisk utvalg har jeg opplevd som lærerikt, spennende og faglig interessant. Jeg stiller derfor til gjenvalg.



**Fanny A. Jakobsen, 27 år**  
**Sola (yrkesetisk utvalg)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Leder i Ergoterapeutene avdeling Rogaland 2013- d.d.
- Leder for Norsk Ergoterapeutstuden-  
ters interesseorganisasjon (ERGON)  
Rogaland, 2009-2010
- IT-ansvarlig i Norsk Ergoterapeutstu-  
denter interesseorganisasjon
- Landsstyret, 2009-2010

**Arbeid:**

Sola kommune, ergoterapeut, hjemmerehabilitering og frisklivssentral.

**Utdanning:**

Master i aktivitet og bevegelse, Høgskolen i Sør-Trøndelag, 2014. Personlig trener, Treningsveileder, Grunnkurs trening, Norges idrettshøgskole., 2012. Ergoterapeut, Diakonhjemmet Høgskole Rogaland, 2010. Kurs: 2014: Summer Occupational Therapy and English Program, University of Southern California. 2013: Ergoterapeuter for nye samfunnsutfordringer (fagkongress), Oslo. Introduksjonskurs til Motiverende intervju (MI), Sola. 2012: Bobathkonseptet, Lassa Helse Stavanger HF. Kurslederkurs Bra-mat, Randaberg. 2011: Kognitiv terapi, Oslo. 2009: The Canadian Occupational Performance Measure (COPM), Stavanger Universitetssykehus. Kunnskapsbasert ergoterapi for befolkning og samfunn (fagkongress), Bergen. 2007: Mangfold og dialog (MOD) kurs, Internasjonalt hus, Stavanger.

**Er opptatt av:**

Mine interesseområder er helsefremmende og forebyggende arbeid. Jeg er opptatt av dagens helseutfordringer og hvordan ergoterapeuter kan være med på å løse noen av disse utfordringene. I dette arbeidet ser jeg det som nødvendig å reflektere over de etiske dilemmaene som oppstår. I tillegg ser jeg det som nyttig å styrke ergoterapeuters yrkesidentitet.



**Annette Eidesen, 45 år**  
**Nordkapp**  
**(yrkesetisk utvalg)**

**Verv/organisasjonserfaring:**

- Sittet i fylkestyret i Finnmark som styremedlem, fagpolitisk ansvarlig og leder fra 1997 til 2011
- Leder, nestleder og styremedlem i skolekorps siden 1999 til dd.
- Styremedlem i Nordkapp filmfestival
- Ulike styreverv i idrettslag, Mental Helse, FAU-verv

**Arbeid:**

Ett år i Trondheim kommune, resten 17 år i Nordkapp kommune som ergoterapeut, Miljøsmed (psykisk helse i skolen) og nå avdelingsleder for rehabiliteringstjenesten, som består av følgende tjenester: ergoterapi, fysioterapi, psykisk helse, rus og bistandstjenester for funksjonshemmede, dagtilbud for eldre, samt en kafé og bruktbuikk som er brukerdrevet.

**Utdanning:**

Trondheim 1991, videreutdanning i pedagogisk veiledning ved Høgskolen i Tromsø, Omsorg for aldersdemente ved Høgskolen i Tromsø, samt innføringskurs i Afrika-kunnskap, Kultur og helse i Afrika ved NTNU.

**Er opptatt av:**

Er opptatt av kulturelt mangfold innenfor ergoterapitjenester, at det skal være for alle uansett hvor du bor og hvilke utfordringer du har. At vi ergoterapeuter tar oss tid i hverdagen til å reflektere over de prioriteringene vi gjør, kjernesaker eller kampsaker du brenner spesielt for, og det som viser ditt engasjement og interesser i vårt fag og politikk.

**ANNONSEANSVARLIG:****ERIK SIGURDSSØN**

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

**VIL DU BLI KURSLEDER I COPM?**

Se annonse side 55

**STRESSMESTRING**  
lærer du av Acem på HalvorsbøleFagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til **Stressmestringskurset Arbeid og avspenning** 16.-18. april 2015 på Halvorsbøle.

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder. Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om. Norsk Fysioterapeutforbund har godkjent kurset med 16,5 timer innen deler av etter- og videreutdanning.

Pris; kr 4.950,- inkl overnatting på enkeltrom, fullpensjon og kursavgift.

For mer info: [www.fagakademiet.no](http://www.fagakademiet.no) eller [www.acem.no](http://www.acem.no)  
Ring 41 78 64 00 eller 23 11 87 00 for info/påmelding**Kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og COPM****23. OG 24. APRIL 2015 KL. 09.00 – 16.00****OPPFØLGINGS DAG 18. JUNI 2015 KL. 09.00 – 12.00**

Norsk Ergoterapeutforbund og Ergoterapeututdanningen i Oslo og Akershus arrangerer kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og bruk av instrumentet COPM. COPM 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.

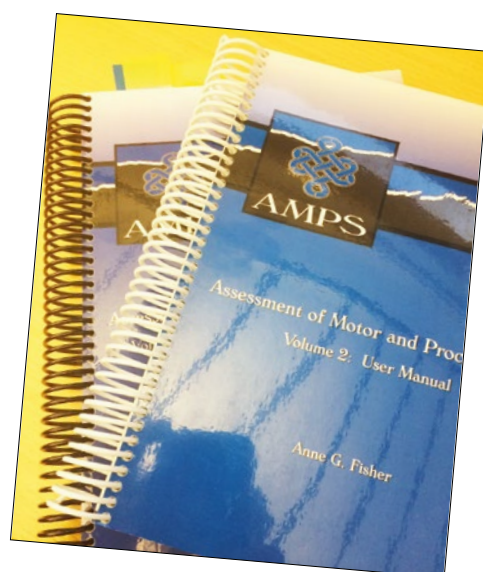
**Faglig ansvarlig:** Ergoterapeut/PhD Anne Lund, Høgskolen i Oslo og Akershus, Ergoterapeututdanningen**Kurssted:** Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo

Kurset er åpnet for ikke-medlemmer og andre faggrupper.

Pris for medlemmer kr. 2700,-, ikke-medlemmer kr. 5400,- og studentmedlemmer kr. 1350,-

**AMPS-grunnkurs**

Norsk Ergoterapeutforbund, avdeling Hordaland arrangerer AMPS-grunnkurs! Ergoterapeutar frå heile landet er velkomne. Ved stor pågang vil medlemmer i Norsk Ergoterapeutforbund bli prioritert.

**Stad:** Bergen**Tid:** 16. – 20. mars 2015**Kurshaldarar:** Mette Søndergaard og Eva Wæhrens frå AMPS-Danmark.Undervisninga vert halden på dansk. Sjå kurskalendaren på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org) for informasjon om kurset og påmelding.



## 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 risikogrupper og behandling i alle stadier av trykksår.  
Den mest optimale løsningen på markedet i dag. Eneste nulltrykksystem godkjent av RTV.

##### MEDEMA NORGE AS

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

##### TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

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

##### VITAL BASE AS

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

firmapost@vitalbase.no www.vitalbase.no  
Sårbehandling/trykkavlastningsprodukter

#### 0348

#### BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR

##### AT RONDA

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

##### BARDUM AS

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

#### 0606/0612/0618

#### ORTOSER

##### AT RONDA

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

#### 0630

#### PROTESER

##### NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

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

### 3. PERSONLIG STELL OG KLÆR

#### 0903

#### KLÆR OG SKO

##### ØYTEX AS

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

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

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

HJELPEMIDDELSPELALISTEN 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

HJELPEMIDDELSPELALISTEN 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)

HJELPEMIDDELSPELALISTEN 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 støttegang

### 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 Sundebu

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

HJELPEMIDDELSPESIALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

firmapost@hm-spes.no

#### KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat jockey, barnestol

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

#### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

## 1812

### SENGER

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

#### HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

firmapost@hml.no www.hml.no

Reiseseng

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

#### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

## 1815

### HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE

#### TILSATSER TIL MØBLER

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

##### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

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

Kjøkken og bad – hev/senk

##### GRANBERG INTERIØR AS

P.b. 3938 Ullevål stadion, 0806 Oslo

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

even.olsen@granberg-interior.no

www.granberg-interior.no

Kjøkken og bad – hev/senk – garderobe

## 1818

### STØTTEANORDNINGER

#### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

#### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Dynamiske armstøtter og

spisehjelpemidler.

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

## 1821

### DØR-, VINDUS- OG GARDIN-

#### ÅPNERE/-STENGERE

##### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

##### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

## 1830

### HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEISER OG RAMPER

#### ACCESS TRAPPEHEISER AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

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

access@access-gruppen.no

www.accessgruppen.no

Seteheiser. Plattformheiser.

Løfteplattformer.

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

## S 1

### UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

#### HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

firmapost@hml.no www.hml.no

NORINA utvikling og individuell tilpasning

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra individuelle behov

## 1833

### SIKKERHETSUTSTYR TIL BOLIGER OG ANDRE LOKALER

#### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

## 1836

### OPPBEVARINGSMØBLER

#### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad – hev/senk

#### GRANBERG INTERIØR AS

P.b. 3938 Ullevål stadion, 0806 Oslo

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

even.olsen@granberg-interior.no

www.granberg-interior.no

Kjøkken og bad – hev/senk

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

## K 1

### KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

#### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

## 7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/VARSLING

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

## 2103

### OPTISKE HJELPEMIDLER

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Optiske hj.midler

## 2109

### TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Tilbehør til datamaskiner.

## 2110

### KOGNITIVE HJELPEMIDLER

#### ABILIA AS



# PRODUKTREGISTER

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

## 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 HJLPEDMIDLER

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Hørseltekniske hjelpemidler

## 2148

### VARSLINGSHJELPEMIDLER

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

#### COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo

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

info@cognita.no www.cognita.no

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Varslingshj. midler

#### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

#### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

#### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no www.picomed.no

Varslingshjelpemidler.

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

## 2151

### ALARMSYSTEMER

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Alarmsystemer

#### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Epi-alarm, Sengealarm, Døralarm,

Varslingsmatte, Stolalarm

#### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

## 8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

## 2412

### HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

#### ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

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

access@access-gruppen.no www.accessgrup-

pen.no

Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Hjelpemidler for omg

#### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no www.picomed.no

# PRODUKTREGISTER

Omgivelseskontroll/fjernstyring

## 2418

### GREPTILPASNINGER OG HJELPEMIDLER SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER HÅND- OG/ELLER FINGERGREP

#### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

#### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu

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

firmapost@picomed.no www.picomed.no

Dynamiske armstøtter/spisehjelpemidler Omgivelseskontroll/fjernstyring.

#### REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad

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

## 2436

### TRANSPORTHJELPEMIDLER

#### MEDEMA NORGE AS

Pb. 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/info>.

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

## 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/info>.

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

## 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/info>.

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

## 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](http://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

Pb. 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](mailto: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

# PRODUKTREGISTER

www.klubben.no

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

## B.MOS

### MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

#### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

#### BAMSE PRODUKTER AS

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

www.bardum.no

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

www.klubben.no

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

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

## 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

## B.SEN

### SENGER FOR BARN

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

#### HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

[firmapost@hm-spes.no](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

#### 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

Arcona barneseng

## B.SPO

### SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

#### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

#### HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

post@handinor.no www.handinor.no

#### HJELPEMIDDELSPELALISTEN 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

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

Pb. 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

## B.STI/SAN

### STIMULERING/SANSEMOTORIKK

#### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

#### AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

#### BAMSE PRODUKTER AS

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

www.bardum.no

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10

Fax: +47 62 95 06 11

www.klubben.no

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

#### 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](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

Stimulering/Sansemotorikk, Kastanjedynen

## B.SYK

### SYKLER

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

#### HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

[firmapost@hm-spes.no](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

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

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

## 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 SENGEBUNNER**

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**

Minitech AS tlf: 62 57 78 00

**MINOS**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MOVING PEOPLE**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MOVITA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**NILBILD AB**

Gewa tlf: 66 99 60 00

**NORDIC AID**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**NORINA PRODUKTER**

HML Hjelpemiddelleverandøren tlf:  
63 87 05 80

**NOTTINGHAM REHAB**

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

**NTD-HISS AB**

Access AS tlf: 62 51 85 00



# AGENTURREGISTER

## **NYPRO AS**

togemo Med. Supply  
tlf: 62 52 62 72

## **OTTO BOCK**

HML Hjelpemiddelleverandøren  
tlf: 63 87 05 80

## **PEGASUS LTD. ENGLAND**

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

## **PERMOBIL EL. RULLESTOLER**

Permobil AS, tlf: 815 30 077

## **PHRASE-IT, C-INNOVATION AB**

cOGNiTA AS tlf: 22 43 05 00

## **PIKOTECH**

Picomed AS tlf: 37 11 99 50

## **PROTAC**

AMAJO AS, tlf: 67 07 43 40

## **QORPUS VITA AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

## **QUALIWORLD, QUALILIFE**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **REBEX TOADUSJ AB**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **REHATEC GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **REINECKER**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

## **ROBER LTD.**

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

## **RONDA.OSTEHØVEL**

## **M/KERAMBELEGG**

At ronda tlf: 51 58 87 81

## **ROOMER TAKHEIS**

Human care A/S, tlf: 63 87 78 13

## **SAFE PUTER OG MADRASSER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **SARO STØTABSORBERENDE**

## **SALER**

HML Hjelpemiddelleverandøren  
tlf: 63 87 05 80

## **SAVI BARNESENGER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **SCHUCHMANN GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **SCOOTER-LINE TILBEHØRS - PROGRAM**

SENSE-MATIC AS

Access AS tlf: 62 51 85 00

## **SHOPRIDER**

## **STEENS INDUSTRIER**

Medinor care tlf: 22 07 65 00

## **STEMMEFORSTERKER, HEARING PROD LTD**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **STOLETEC**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **STORM EL. RULLESTOLER**

INVACARE AS, tlf: 22 57 95 00

## **STRATUS ELEKTRISKE**

## **SCOOTERE**

## **SUNGIFT SCOOTER**

Arna Medikal, tlf: 55 24 18 70

## **SYKLER FOR BARN**

Alu rehab AS, tlf: 51 68 18 89

## **SVAN CARE AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **SWERECO AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

## **TERGEO AS**

tlf: 22 35 47 07

Bidet elektronisk bidet

## **THE GRID, SENSORY SOFTWARE**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **TIMEX DATALINK**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **TOLARM AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **TOYS FOR THE HANDICAPPED AS**

Riktige Leker,  
tlf: 22 01 78 50/52

## **TRULIFE PUTER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

Bidet elektronisk bidet

## **TT MED**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **UNIK PRODUKTER**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **VASTIA DUSJROM**

HML Hjelpemiddelleverandøren  
tlf: 63 87 05 80

## **VESTURE CORPORATION**

(MICROCORE)

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

## **V. GULDMANN A/B**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **VILFRED-PUTEN**

At ronda tlf: 51 58 87 81

## **VILGO**

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

## **WIMA-GRIPEN**

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

## **WIMA -LABBEN**

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

## **WIMA -UNDERLAGET**

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

## **WINSLOW PRESS OG**

## **SPEECHMARK**

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

## **WI-VIK, PRENTKE ROMIC INT**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **ØVREBØ REHABILITERING**

Øvrebø rehab. AS, tlf: 32 24 42 50w

## BESTILLING AV KURS- OG STILLINGS- ANNONSER

- ›
- › For bestilling og nær-
- › mere opplysninger:
- › Erik Sigurdsson
- › 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 papirut-
- › gaven kan annonsen legges ut
- › på nett [www.ergoterapeuten.no](http://www.ergoterapeuten.no)
- › mot et tillegg på kr 2 500,-
- › Nettannonse ordinært
- › kr 3 500,-

