

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



## Temannummer om undersøkelses- og vurderingsredskaper

# 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. 5 – 14. okt / 30. okt

Nr. 6 – 1. des / 24. des

Nr. 1 – 2. feb / 27. feb

**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

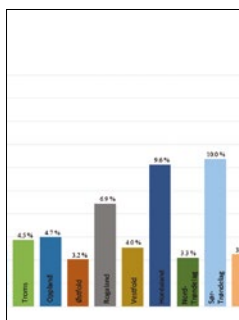
Camilla Syvertsen, 3. varamedlem

Blader merket  er medlem av  
Den Norske Fagpresses Forening

**fagpressen** 



6



22



92



106

## REPORTASJE

### 6 Kartlegging er basisen i det vi gjør

Av Else Merete Thyness

### 28 Routine standardised outcome measurement to evaluate the effectiveness of occupational therapy interventions: essential or optional?

Av Alison J. Laver-Fawcett

### 76 Kartlegging av apraksi etter hjerneslag

Av Nina Stensby Søhol

## FORBUNDET

### 12 Ergoterapeuters bidrag i førerkortvurdering

Av Anita Engeset

### 13 Valgkomiteen orienterer

### 14 Fornyning, men forverring

Av Nora Sørensen

### 17 Studentmedlem?

Av Roar Hagen

### 18 Arbeidsgivers tilretteleggingsplikt

Av Ine Hagen

### 20 Profiler fag, yrke og forbund

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

### 21 Innspel: Ergoterapi som internasjonal handelsvare

Av Anders Folkestad

### 38 Using the Role Checklist version 2 Quality of performance

Av Maya Aslaksen, Patricia J. Scott, Lena Haglund, Brian Ellingham og Tore Bonsaksen

### 46 Hva skjer mellom oss?

Av Ingunn Myraunet, Cecilia Celo, Brian Ellingham, Kjell-E. Granå og Tore Bonsaksen

### 54 The Action Research Arm test

Av Kjersti Henriksen og Iris Brunner

### 60 Klinisk bruk av ferdighetsanalyse fra EVA-systemet i observasjon og dokumentasjon av aktivitetsutførelse

Av Lene Fogtmann Jespersen, Ellen Gjertsen Clark og Brian Ellingham

### 70 Kommuneergoterapeuters erfaringer med kartleggingsinstrumentet Mayers Livssituasjonsskjema - MLSQ

Av Hege Narvåg, Marianne Larsen-Lund og Anne Lund

### 84 Fatigue Severity Scale (FSS) anvendt i ergoterapeutisk praksis ved Marfans syndrom

Av Trine Bathen

### 92 ErgUs

Av Reidun Skøien, Helga Hovden og Unni Vågsmyr

### 98 Måleinstrumenter for registrering av sosial deltakelse blant eldre mennesker?

Av Aud Elisabeth Witsø

## PÅ DEN SISTE SIDEN

### 106 Ergoterapeutenes oversikt over undersøkelses- og vurderingsredskaper

Av Anita Engeset

## FAGLIG

### 22 Bruker norske ergoterapeuter undersøkelses- og vurderingsredskaper?

Av Cathrine Hagby, Tore Bonsaksen, Anne-Stine Dolva, Sissel Høghagen, Unni Sveen, Alf Inge Solbakken og Else Merete Thyness

## ANNONSER

### 108 Kurs og stilling

### 110 Produktregister

### 118 Agenturregister

# Norgespremiere

**Ergoterapeuten har aldri tidligere gitt ut et temanummer om kartleggingsmetoder og undersøkelses- og vurderingsredskaper i ergoterapeutisk praksis.**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

**Da redaksjonen og redaksjonskomiteen startet** planleggingen av temanummeret visste vi verken i hvilken grad norske ergoterapeuter benytter seg av kartleggingsmetoder, eller hvilke instrumenter de helst brukte.

Derfor var spenningen stor da vi sendte ut en utlysning om relevante artikler på tampen av 2012. I utlysningsteksten sto det blant annet at temanummeret skulle dekke områdene funksjon, aktivitet, deltakelse, omgivelser og livskvalitet. Vi ønsket også å favne alle spesialistområdene våre. Når vi nå ser på de instrumentene som er presentert i dette temanummeret, tenker vi at disse målene langt på vei er nådd.

Parallelt med utlysningen startet vi arbeidet med å utforme en medlemsundersøkelse om norske ergoterapeuters holdninger og praksis knyttet til undersøkelse og vurdering. Den ble sendt til medlemmene desember 2013. Deltakelsen var god og viste blant annet at bruk av kartleggingsinstrumenter er stor blant norske ergoterapeuter, særlig som et utgangspunkt for å velge tiltak. Undersøkelsen viste også at ergoterapeuter med spesialistgodkjenning bruker redska-

per oftere enn de som ikke var spesialister, mens ergoterapeuter i statlig og privat virksomhet bruker redskaper oftere enn ergoterapeuter i kommunesektoren. Flere av funnene fra denne undersøkelsen presenteres i en egen artikkel i dette bladet.

Vi inviterte den engelske forskeren og ergoterapeuten Alison Laver-Fawcett til å skrive en innledende artikkel om bruk av kartleggingsinstrumenter for å måle effekten av ergoterapeutisk behandling. Laver-Fawcett mener alle ergoterapeuter har et etisk ansvar for å sikre at de har kunnskap nok til å kunne velge, implementere, analysere og rapportere resultatene fra standardiserte kartleggingsinstrumenter. Dette både for å bidra til ergoterapeuters kunnskapsgrunnlag knyttet til effektiviteten av ergoterapiintervensjoner og for å bedre sin egen praksis.

Det har vært spennende å jobbe med dette temanummeret. Til tross for at det på mange måter har føltes som nybrottsarbeid, har det likevel avdekket at norske ergoterapeuter har kommet langt både i arbeidet med å validere kartleggingsinstrumenter for norske forhold og ta dem i bruk.



**METTE  
KOLSRUD**  
Forbundsleder

# Ergoterapeutenes framtid

## **Nå er tiden inne for refleksjon, debatt og beslutninger**

om Norsk Ergoterapeutforbunds framtid. Forbundets skal avholde landsmøte fra 17. til 19. november. To viktige saker står på dagsorden: Et nytt målprogram og en ny organisasjonsmodell som skal møte framtidens utfordringer. Forbundets visjon er aktivitet og deltakelse for alle. Det er en klar målsetting, både for ergoterapeuters faglige innsats og for vår egen fagorganisasjon.

I inneværende landsmøteperiode har ergoterapeuters kompetanse på mestring av hverdagsaktiviteter blitt tydeligere og bedre kjent. Forbundet har utviklet seg og blitt mer aktive i politiske saker som omhandler ergoterapeuters fagområder og rammebetingelser. Ergoterapeuter har satt hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering på dagsorden i mange av landets kommuner.

Dette er blitt lagt merke til, og ergoterapeutene blir lyttet til. Antall medieoppslag om ergoterapeuter på ulike områder har økt, fra noen i uka til flere hver dag.

På landsmøtet i november skal det vedtas et nytt program for neste periode. Samfunnet står foran store forandringer som endringer i kommunestrukturen, i strukturen for helsetjenestene og i arbeidsbetingelsene. Dette får betydning også for ergoterapeuters yrkesutøvelse. Programmet skal synliggjøre forbundets politikk og de sentrale sakene forbundet skal arbeide med for å fremme visjonen om aktivitet og deltakelse for alle. Ergoterapeutenes fagforbund skal være en aktiv samfunnsaktør på områder der ergoterapeuter har fagkompetanse. Vi skal bidra i samfunnsutviklingen, i utviklingen av helse- og velferdstjenestene og i arbeidslivet. Landsmøtet skal vedta hvilke

saker som skal prioriteres for å fremme våre mål.

En bredt sammensatt arbeidsgruppe har arbeidet fram et forslag til ny organisasjonsmodell. Målet er å skape en organisasjon hvor medlemmenes engasjement forvaltes som en ressurs, styrkes og utvikles, og som har gode faglige nettverk og møteplasser og tilgjengelige ergoterapifaglige kurs.

Forbundet ønsker å styrke medlemsdemokratiet og de tillitsvalgte og etablere en mer gjennomgående representasjon i organisasjonen. For å oppnå disse målene foreslås det en del endringer, blant annet inndeling i regioner.

Landsmøtepapirene sendes ut i begynnelsen av september. Jeg vil oppfordre alle medlemmene til å delta i debatten, påvirke programmet, og bidra til en sterk, tydelig og framtidsrettet organisasjon!



## SEKSJON FOR VURDERING OG OPPFØLGING

# KARTLEGGING ER BASISEN I DET VI GJØR

**Seksjon for vurdering og oppfølging ved Sunnaas sykehus gir tilbud til personer med komplekse funksjonstap.**

**– Hjørnестenen i tilbudet er en bred, tverrfaglig kartlegging. Ut fra det kan vi gi pasientene gode anbefalinger for hvordan de skal mestre hverdagen videre, sier ergoterapeut Susanne Følstad.**

Sunnaas sykehus er Norges største spesialsykehus i rehabilitering og ligger vakkert til på Nesodden like utenfor Oslo. Seksjon for vurdering og oppfølging er en av sykehusets fire seksjoner. Jeg blir tatt imot av Susanne Følstad som skal gi meg en kort innføring i hvordan de jobber her.

– Vi har over 20 ulike programmer, både individuelle og gruppebaserte. Hovedtilbudet er tverrfaglig funksjons- og aktivitetskartlegging for personer

som har en varig etablert funksjonshemming. Med det håper vi å bidra til økt mestring og økt deltakelse i samfunnet, sier hun.

Seksjonen kan ta imot 66 pasienter, og gjennomsnittlig liggetid er syv døgn. Det tverrfaglige teamet består av ergoterapeut, fysioterapeut, lege, sykepleier, hjelpepleier, psykolog, sosionom, logoped og idrettspedagog. I tillegg er trafikklærer tilknyttet seksjonen. Teamet bruker internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)

som verktøy for beskrivelse av funksjon.

– Vi fokuserer på den enkeltes funksjonsevne relatert til deltakelse i arbeidslivet, sosiale aktiviteter, og mestring av daglige gjøremål, sier Følstad.

Den første dagen møter pasienten det tverrfaglige teamet, og i fellesskap blir det satt opp mål for oppholdet. Deretter blir det gjennomført særskilt kartlegging, før teamet sammenfatter en felles vurdering mot slutten av oppholdet.

– Hvordan foregår den ergoterapeutiske kartleggingen?

– Den begynner ofte med en samtale om hva pasienten gjør i dagliglivet og hvordan pasienten opplever sin funksjon. I denne samtalen er Canadian Occupational Performance Measure (COPM) og Sunnaas ADL-indeks nyttige instrumenter. COPM tar utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten, mens Sunnaas ADL-indeks består av et skjema med utvalgte daglige aktiviteter. Disse kartleggingsredskapene utfyller hverandre og gir oss en veldig god start.

Etter dette undersøker ergoterapeuten håndfunksjon, om det



*Susanne Følstad utenfor Sunnaas sykehus. Hun er ansatt i femti prosent stilling som fagsjef for ergoterapeutene, og femti prosent som ergoterapeut ved Seksjon for vurdering og oppfølging.*



Mildrid Ofstad, Lise Skauge og Susanne Følstad er alle tilknyttet Seksjon for vurdering og oppfølging.

er relevant. De vanligste instrumentene er Biometrics E-link for å kartlegge grepsstyrke, Shape/Texture Identification Test (STI) for taktil gnose og Jebsen-Taylor håndfunksjonstest for tempo og finmotorikk.

– Disse undersøkelsene bidrar til at vi kan beskrive pasientens grunnleggende funksjonsnivå.

Dersom ergoterapeuten ønsker mer informasjon om praktisk funksjon kan for eksempel treningskjøkkenet eller verkstedet på ergoterapien tas i bruk. Her er det lett å observere hvordan pasienten fungerer i en aktivitet, noe som kan gi verdifull informasjon blant annet om mobilitet, håndfunksjon og kognitiv funksjon.

– Spesielt er kartlegging av kognitiv funksjon viktig i en arbeidsevnevurdering, forklarer Følstad.

Det tverrfaglige teamet har ukentlige møter hvor kartleg-

gingsresultater presenteres og drøftes i forhold til målsettingen for oppholdet. Mot slutten av pasientoppholdet samles all informasjon, og det gjøres opp en status. Deretter har teamet et oppsummeringsmøte med pasienten og eventuelt pårørende og andre samarbeidspartnere.

– Resultater av kartleggingen har selvsagt vært drøftet med pasienten underveis, men her får vedkommende en samlet gjennomgang fra alle faggruppene. Vi gir pasienten eksempler på hva testresultatene betyr i praksis med fokus på kapasitet og ressurser, og vi gir råd i forhold til tiltak. Aktivitetsbalanse og aktivitetsregulering er viktige prinsipper i arbeidet vårt. Målet vårt er å gi en tverrfaglig vurdering som beskriver ressurser og begrensninger, og som kan bidra til at pasienten kan øke sin kunnskap om eget funksjonsnivå, sier Følstad.

## MÅLGRUPPER:

- › Personer med komplekse funksjonstap som en følge av medfødte eller ervervede nevrologiske lidelser
- › Personer med muskel-skjelettlidelser som medfører smerteproblematikk
- › Personer med funksjonstap og aktivitetsproblemer, uavhengig av diagnose

## TILBUD

- › Funksjons- og aktivitetsvurderinger
- › Rehabiliteringsopphold for personer med omfattende smerteproblematikk
- › Kontrollopphold, som oppfølging av primærrehabilitering ved Sunnaas sykehus HF
- › Gruppeopphold







## «Assistenten min fikk hakeslepp, for jeg klarte så mye selv»

Ingrid

### LIVSFASEOVERGANG

Godt utrustet med bakgrunnsinformasjon om seksjonen møter jeg Ingrid og spesialergoterapeut Christina Mol Slettenes. Ingrid er 20 år og født med Allagilles syndrom som blant annet påvirker indre organer. I tillegg fikk hun en hjerneskade da hun var fem år. Den førte blant annet til redusert syn og en lammelse i venstre hånd. Nå er hun på et tidagers opphold på Seksjon for vurdering og oppfølging.

– Ingrids henvisning kom fra habiliteringsavdelingen ved Vestre Viken HF. Den inneholdt mange punkter som det var viktig at ergoterapeuten vurderte, blant annet en stor boligsak, men også spørsmål om funksjonsvurdering, sier Mol Slettenes.

Ingrid bor hjemme hos foreldrene sine, men nå bygger familien et helt nytt hus, med egen leilighet til henne.

– Ingrid er i en livsfaseovergang, som blant annet innebærer at hun flytter for seg selv. Derfor er det viktig å kartlegge hvor mye hun egentlig får til, sier hun.

Christinas førstegangssamtale med Ingrid tok utgangspunkt i ICFs hovedakser miljø, kroppsfunksjoner, aktivitet, deltakelse og personlige faktorer. I fellesskap gikk de gjennom alt fra bolig, hjelpemidler, aktiviteter, skole, nettverk, interesser og hobbyer. I tillegg spurte Christina Ingrid om hvordan en vanlig dag forløper,

hva som er vanskelig, og hva som fungerer godt.

– Så tok jeg utgangspunkt i COPM for å sette noen mål for videre trening. Vi avdekket aktivitetsutfordringer, og Ingrid var med på å prioritere hvilke av disse det var viktigst å fokusere på fremover. For eksempel vil hun bli mer selvstendig i å kle på seg selv.

Deretter ble funksjonsvurderingen supplert med Sunnaas ADL-indeks, og det ble foretatt praktisk vurdering i ADL.

– Vi gikk blant annet i badebassenget sammen for å vurdere hvordan hun klarer av- og påkledning og personlig hygiene. Her ble Ingrids personlige assistent positivt overrasket over alt Ingrid fikk til på egen hånd, sier Christina.

– Assistenten min fikk hakeslepp, for jeg klarte så mye selv, ler en tydelig stolt Ingrid.

Vurdering av Ingrids håndfunksjon ble blant annet foretatt med Biometrics E-link og Jebben-Taylor håndfunksjonstest.

– Målingen i Biometrics viste at begge hendene er svake, og at den høyre er sterkere enn den venstre. Dette gir oss god informasjon om hva hun kan få til i ulike aktiviteter. Jebben-Taylor håndfunksjonstest viste at Ingrids tempo og finmotorikk ligger litt under aldersnormalen. Samtidig så jeg hvor godt hun brukte hendene under testen. Hun planla hvordan hun skulle gjennomføre



Ingrid på vei inn til ergoterapiavdelingen.



Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF).



Ingrid og Christina viser hvordan Biometrics E-link fungerer.



*Mildrid Ofstad (bak) og Lise Skauge har lang fartstid med førerkortvurderinger.*

oppgavene før hun startet.

Det nærmer seg slutten på Ingrids opphold.

– Christina, hva kommer dere til å anbefale Ingrid på oppsummeringsmøtet i morgen?

– Alle testene viser at det er rom for at Ingrid kan bli mer selvstendig. Hun klarer mye, og med trening kan hun få til enda mer. Forskning viser at funksjonell trening er best, derfor skal Ingrid trene på akkurat det hun vil bli god på. Det handler mye om å bli mer selvstendig i toalettssituasjonen, av- og påkledning og i stell. Hun skal også øve på å inkludere venstre hånden i aktivitetene.

Christina poengterer at aktivitetsregulering er viktig for helheten i hverdagen.

– Det gjelder å få balanse mellom aktivitet og hvile. Ikke alt skal være trening, det er bedre å legge

inn faste økter med realistiske mål.

– De dagene jeg skal på skole, trener jeg mindre, skyter Ingrid inn.

I løpet av oppholdet har de også gått gjennom arkitekttegninger for det nye huset, og Ingrid har fått veiledning om hjelpemidler og innredning.

– Tanken er at hun skal bo i denne leiligheten i kanskje fem-seks år, og så flytte inn i egen bolig i et kommunalt bofellesskap, forteller Christina.

– Hva synes du om oppholdet her, Ingrid?

– Oppholdet har vært fint. Det har vært spennende å bli kjent med nye mennesker som ikke kjente meg fra før.

– Hvordan var det med alle disse testene?

– Jeg klarte alle sammen, bare jeg prøvde litt. Nå skal jeg innprente hjernen min at jeg må bruke den venstre hånden mer.

Den er kompisen til den høyre og skal opp på bordet.

### **FØRERKORTVURDERING**

Så skal jeg være med på en poliklinisk, praktisk førerkortvurdering. Jeg hilser først på ergoterapeut Mildrid Ofstad og trafikklærer Lise Skauge fra ABC trafikkskole. Begge er tilknyttet Seksjon for vurdering og oppfølging og samarbeider regelmessig om førerkortvurderinger.

– Jobben som trafikklærer kan fort bli ensom, så det er flott å få jobbe i et faglig team som dette, sier Lise Skauge.

Ingeborg venter på oss ved parkeringsplassen. Hun kom til Sunnaas sykehus første gang for seks måneder siden etter et slag. Det førte til at hun fikk en høyresidig parese, og legen ga henne et muntlig kjøreforbud. Den gangen ble hennes senso-



motoriske ferdigheter i forhold til bilkjøring vurdert, blant annet ved hjelp av Biometrics E-link og Jebesen-Taylor håndfunksjonstest. Hun ble også testet i praktiske aktiviteter for å eventuelt avdekke apraksi, reguleringssvikt og oppmerksomhetssvikt.

– Ingeborg oppfylte stort sett de kognitive helsekravene for bilkjøring, men det var mistanke om apraksi. Hun følte seg heller ikke fysisk klar for å kjøre bil den gangen, forteller Mildrid Ofstad.

Nå ønsker Ingeborg å få kjøreforbudet opphevet. Hun har fremdeles en lammelse i høyre arm og hånd, så før kjøreprøven blir det montert en kule på rattet som hun kan betjene med venstre hånd. Den har brytere med blant annet blinklys og vindusviskere som aktiveres med tommelfingeren. Så setter vi oss inn i bilen, som har dobbelt pedalsett slik at trafikkfører Lise Skauge kan overta kontrollen ved behov.

– Kjør sakte og rolig, og ta til høyre ved enden av parkeringsplassen, sier Skauge.

Jeg har på forhånd blitt informert om at Sunnaas har tre standardiserte kjøreruter som er utformet med utgangspunkt i anbefaling fra internasjonal forskning om praktiske kjørevurderinger.

– Det er viktig at vi vet hvordan ruten er, slik at vi kjenner de forventede situasjonene pasienten kan komme opp i. Vi har også jobbet med trafikkførers instruksjoner eller tilsigelser, slik at de er like fra gang til gang, forklarer Ofstad.

Vi kommer ikke langt før Ingeborgs høyre ben blir spastisk og begynner å riste ukontrollert. Hun stopper bilen og Skauge monterer en venstrebensgass. Det er svært krevende å kjøre bil med venstre ben på en gasspedal som ligger

til venstre for bremsen, siden det er motsatt av det hjernen er vant med. Ingeborg øver seg på svinging, start og stopp på en parkeringsplass og kjører deretter ut på en lite trafikkert vei.

Trafikkføreren, som sitter i passasjeretsetet, har ansvar for trafiksikkerheten og vurderer om kjøringen er i samsvar med gjeldende regelverk. I baksetet sitter Mildrid Ofstad og observerer og vurderer eksekutiv, kognitiv og fysisk funksjon i kjøresituasjonen.

– I etterkant forteller både trafikkfører og pasient meg om sine opplevelser og observasjoner. Disse blir i tillegg til mine egne refleksjoner fylt ut i det validerte kartleggingsinstrumentet P-Drive. (Performance Analysis of Driving Ability). Det består av 27 kjørehandlinger som skåres. Resultatet blir et viktig grunnlag for å diskutere utfallet av førerkortvurderingen i det tverrfaglige teamet, hvor psykolog og lege er viktige aktører, sier Ofstad.

I Ingeborgs tilfelle ble konklusjonen at hun oppfyller helsekravene til å inneha førerkort klasse B. Det er ikke lenger mistanke om apraksi eller eksekutiv funksjonssvikt.

– Nå må hun først gjennomføre trafikkopplæring med trafikkfører i en bil med rattkule med kjørebrytere og venstrebensgass. Deretter må hun møte opp på Trafikkstasjonen med sin egen spesialtilpassede bil, vise at hun behersker utstyret og få kodet førerkortet, sier Ofstad.

– Ingeborg, hvordan opplever du førerkortvurderingen?

– Dette har vært en positiv opplevelse. Det føles trygt og godt at det er foretatt en grundig kartlegging av min helse, slik at jeg vet jeg har de forutsetningene som skal til for å kunne kjøre bil på en sikker måte, svarer hun.



*Trafikkførers instruksjoner er innøvd på forhånd, og utføres mest mulig likt ved hver vurdering.*



*Mildrid Ofstad observerer og vurderer i baksetet.*



# Ergoterapeuters bidrag i førerkortvurdering

**Førerkortet er et verdifullt og betydningsfullt dokument. Et tap av dette kan få store følger for den det gjelder. Det er derfor en krevende oppgave å vurdere en persons egnethet for bilkjøring. Denne oppgaven krever tverrfaglig innsats og kunnskapsbaserte vurderinger.**

Av Anita Engeset



*Anita Engeset er spesialrådgiver i Norsk Ergoterapeutforbund.*

**A** kjøre bil er en daglig aktivitet for mange i den industrielle delen av verden. Mange er avhengige av bilen for å komme på butikken, for å handle, kjøre barna til skole og fritidsaktiviteter og for å kunne besøke familie og venner. Evnen til å kjøre bil kan endre seg, også etter mange år med trygg og feilfri kjøring. Både fysiske og psykiske funksjoner har innvirkning på evnen til å kjøre bil. Ved sykdommer og traumer som påvirker disse evnene, kan førerkortvurdering bli påkrevd.

Normal aldring kan også påvirke kjøreferdighetene, samt at med økt alder øker også risikoen for flere og mer sammensatte kroniske sykdommer. Fram mot 2050 vil Norge få en betydelig økning av antall eldre. Det vil stille krav til effektive og treffsikre vurderinger av kjøreferdigheter. Fra et samfunnsperspektiv er utfordringen tidlig å identifisere sjåfører med økt risiko i trafikken uten unødige å begrense andre.

## RETNINGSLINJER

Ergoterapeuter bruker daglige aktiviteter som mål og middel til å oppnå best mulig helse ut fra personens forutsetninger. Det er kunnskaper om aktivitetsanalyse som gjør at ergoterapeuter kan vurdere hva som kreves for å utføre en aktivitet som å kjøre bil og hvilke forutsetninger en person har for å utføre den.

I disse dager utarbeider Norsk Ergoterapeutforbund retningslinjer for førerkortvurdering. «Ergoterapeuter og førerkortvurdering» vil være kunnskapsbaserte retningslinjer for å kvalitetssikre et viktig praksisfelt. Retningslinjene for førerkortvurdering vil gi anbefalinger for praksis og skal fungere som en støtte for beslutninger.

«Ergoterapeuter og førerkortvurdering» utvikles i samarbeid med en bredt sammensatt arbeidsgruppe av ergoterapeuter, med innspill fra brukerorganisasjoner og samarbeidspartnere.



# Landsmøte 2014

## Valgkomiteen orienterer

Valgkomiteen søker engasjerte medlemmer til verv i sentralstyret. Forbundet har lansert en ny modell for organisasjonen, Ergoterapeutene 2020. Den baserer seg på at fylkesavdelingene blir nedlagt og erstattet med 6 regioner. Vårt mandat er ved dette valget å finne 11 kandidater til sentralstyret, hvorav 6 skal representere regionene. Disse representantene vil ved neste valg bli valgt av regionene før landsmøtet. Representanter fra regionene skal sitte i sentralstyret og samtidig være en representant i regionsstyret. Det er viktig at fylkesavdelingene i de ulike regionene snakker sammen og sender inn forslag til personer som ønsker å stiller til valg som regionskandidat.

**Region Nord:** Finnmark, Troms og Nordland. **Region Midt:** Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. **Region Vest:** Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. **Region Sør:** Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark og Vestfold. **Region Øst:** Buskerud, Hedmark og Oppland. **Region Sør-Øst:** Oslo, Akershus og Østfold. Mer informasjon er sendt til fylkesavdelingene i dokumentet «Beslutningsgrunnlag» som er sendt ut fra Ergoterapeutene.

**Frist: 20. august.** Forslag sendes til: Anita Dimmen  
Johansen PÅ 952 20 551 eller [dimmen.anita@gmail.com](mailto:dimmen.anita@gmail.com)

# Fornyning, men forverring

**– Vi er for den profesjonelle fleksibiliteten, men vi avviser fleksibilitet som skal styres av arbeidsgiver.**

**D**ette sa Unio-leder Anders Folkestad da han samlet forbundsledere og andre sentrale personer fra Unio-forbundene for en gjennomgang av regjeringens høringsdokument om ny arbeidsmiljølov.

Arbeidsminister Robert Eriksen (Frp) har foreslått å endre reglene både for midlertidig ansettelse, arbeidstid og aldersgrenser i arbeidslivet.

## ENDRER HELE SYSTEMET

– Vi reagerer særlig på forslaget om midlertidig ansettelse i ett år uten vilkår. Dette endrer hele systemet til det verre for alle arbeidstakere. Vi får med andre ord en «prøvetid» på et år, og arbeidsgiver kan si deg opp uten begrunnelse. Flere vil dermed få utrygge jobber, sa Folkestad, og la til:

– Hvorfor vil regjeringa nå lage ordninger for grupper som har problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet, når de sa nei til våre forslag da vi utviklet ny IA-avtale?

Nå er statsråd Robert Eriksson i ferd med å ødelegge en god ordning og erstatte den med en dårlig. En ordning også Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon har advart mot.

## PROFESJONELL FLEKSIBILITET

Arbeidsministeren bygger regjeringens forslag på et ønske om



*Unios forbund samlet seg i en felles gjennomgang av regjeringens høringsnotat til ny arbeidsmiljølov. Foran f.v.: Petter Aaslestad (Forskerforbundet), Ragnhild Lied (Utdanningsforbundet), Anders Folkestad (Unio-leder), Eli Gunhild By (Sykepleierforbundet) og Mette Kolsrud (Ergoterapeutforbundet). Bak f.v.: Thor Eivind Halvorsen (Radiografforbundet), Øivind Eriksen (Skatterevisorene), Hege-Merethe Bengtsson (Maskinistforbundet), Solveig K. Bratseth (Sykepleierforbundet), Terje Skyvulstad (Utdanningsforbundet), Ingvild Oseberg (Presteforeningen), Alfred Sørebo (Akademikerforbundet), Sunniva Borgen (Fysioterapeutforbundet) og Reidun Martinsen (Politiets Fellesforbund).*

mer fleksibilitet.

– Vi er også for fleksibilitet. Jeg tror lærernes protester er et tydelig nok signal på hvor viktig arbeidstida og den profesjonelle fleksibiliteten er for oss, sa Folkestad.

– Vi kan ikke godta en politikk som bruker overskriften fleksibilitet til å gi mer makt til arbeidsgiverne, og at de i større grad skal bestemme at vi skal jobbe lengre dager og flere helligdager. Det er ikke slik trepartssamarbeidet skal fungere.

## MER FORMYNDERSTAT

Folkestad synes også det er oppsiktsvekkende at en statsråd som med sin retorikk argumenter mot formynderstaten, overfører mer makt til nettopp staten. Han nevnte Arbeidstilsynets nye oppgaver om godkjenning av turnuser som eksempel.

– At Arbeidstilsynet skal godta avvik, svekker arbeidstakerorganisasjonenes mulighet til å ivareta sine medlemmers liv og helse og er et brudd på trepartssamarbeidet, sa Folkestad.



## Garanterer lavest pris på pensumlitteratur

**Tanum.no garanterer at medlemmer av Ergoterapeutene og Ergoterapistudentene får landets laveste priser på pensumlitteratur.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Gjennom en avtale mellom Tanum, Ergoterapistudentene og Ergoterapeutene sikres medlemmer landets laveste priser på pensumlitteratur.

For å benytte seg av tilbudet benyttes koden «Ergoterapi2014» når man gjør bestilling på tanum.no. Garantien gjelder de 127 bøkene på Ergoterapistudentenes oversikt over pensumlitteratur.

### **30 PROSENT RABATT HOS TANUM**

Vi minner også om 30 prosent generell rabatt hos Tanum.no for medlemmer av Ergoterapeutene.

Gjennom bevisst bruk av våre medlemsfordeler og medlemstilbud vil medlemmene kunne spare inn hele medlemskontingenten.

**GARANTERT BILLIGST  
PENSUM**



ergoterapi  
Studentene



**tanum.no**

**Bli medlem i Ergoterapistudentene!  
Bruk rabattkode «ERGOTERAPI2014»**



# STUDENTMEDLEM?

**Visste du at medlemsforsikringene våre har spesielt lave priser for studenter? At du kan kjøpe rimelig innboforsikring og reiseforsikring? At en uføreforsikring med dekning på mer enn en million kroner hos oss koster mindre enn 400 kroner per år?**

---

Av Roar Hagen

**N**ei, det visste du kanskje ikke. For forsikring og pensjon er to spørsmål unge mennesker hopper lett over når de leser aviser. Begge deler er like interessante som å se maling tørke, når man er frisk og rørlig og i 20-årene.

Men kjedelige saker kan også være viktige:

Dersom du skulle bli arbeidsufør mens du er ung, før du har opptjent rettigheter i folketrygden, kan du risikere å bli fattig ufør resten av livet. En uføreforsikring hindrer ikke uførhet, men den kan gjøre tilværelsen noe lettere.

## **SAMBOER?**

Er du allerede etablert med en samboer, med lån på leilighet, er det veldig viktig å ha forsikring som gjør det mulig å bli sittende

med leiligheten om du skulle bli alene. Gjeldsforsikringen i banken er ikke nødvendigvis smart, og ofte ganske dyr.

Hos oss kan du kjøpe livsforsikring med dekning på kr 1 060 440 fra kun 245 kroner per år for samboeren din. Det er meget billig trygghet. Sammenlign selv, om du er i tvil!

## **TINGENE DINE?**

Har du så god økonomi at du kan kjøpe nye møbler, klær, pc og alt annet du har i leiligheten, dersom det blir ødelagt i en brann? Kanskje, men det er ikke økonomisk smart.

Da er det mye smartere å kjøpe en studentinnboforsikring til kun kr 547 per år. Da har du dekket dine eiendeler med inntil én million. Samboeres ting er også dekket – og det betyr at

du kan sende halve regningen til samboer. Det er ganske økonomisk smart!

## **UT PÅ TUR?**

Vår reiseforsikring tar hånd om deg fra du skritter over dørterskelen hjemme. Den er med deg rundt i byen, på hyttetur, til Elverum, ut i Europa og resten av verden. Og du kan være på tur i inntil 90 dager med vår reiseforsikring. Sjekk om du finner noe lignende for 810 kroner per år!

## **TA KONTAKT!**

Vil du bestille forsikring, eller diskutere hva slags løsninger som er best for deg, ta kontakt med Ergoterapeutenes eget forsikringskontor.

Ring 22 05 99 15, eller send e-post til [forsikring@ergoterapeutene.org](mailto:forsikring@ergoterapeutene.org).



# Arbeidsgivers tilretteleggingsplikt for sykmeldte arbeidstakere

De fleste av oss vil en eller annen gang gjennom yrkeskarrieren oppleve sykdom som medfører at vi ikke kan gå på jobb. Når dette skjer, oppstår plikter både for arbeidsgiver og for arbeidstaker. Arbeidsgiver plikter å tilrettelegge arbeidet med henblikk på å få arbeidstakeren tilbake i arbeid. For arbeidstaker gjelder en medvirkningsplikt.

Av Ine Hagen



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

Hensikten med reglene er å forhindre og forebygge langtidsfravær som kan øke risikoen for varig utstøtelse fra arbeidslivet. I denne artikkelen skal vi se nærmere på arbeidsgivers tilretteleggingsplikt – hva denne innebærer og hvor langt den strekker seg.

## KRAV TIL FULLT FORSVARLIG ARBEIDSMILJØ

Generelt er arbeidsgiver etter arbeidsmiljøloven pålagt en rekke plikter med hensyn til organisering og tilrettelegging av arbeidet for den enkelte arbeidstaker. Målet med reglene er at arbeidstaker skal sikres et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, slik at blant annet sykdom og skader forhindres.

I tillegg har arbeidsmiljøloven en egen regel om arbeidsgivers tilretteleggingsplikt når sykdom eller skade hos arbeidstaker først har oppstått, paragraf 4-6.

## HVA INNEBÆRER TILRETTELEGGINGSPLIKTEN?

Arbeidsmiljøloven paragraf 4-6 slår fast at arbeidsgiver, når arbeidstaker som følge av ulykke, sykdom, slitasje eller lignende har fått sin arbeidsevne redusert, plikter å iverksette «nødvendige tiltak» for at arbeidstaker skal tilbakeføres i arbeid. Tiltakene skal i utgangspunktet gjøre det mulig for arbeidstaker å kunne beholde

sin nåværende jobb. Alternativt skal tiltakene iverksettes med henblikk på å få arbeidstakeren inn i annet passende arbeid i bedriften.

Hvilke tiltak som vil anses «nødvendige» beror på en konkret vurdering. Her vil blant annet arten av arbeidet og selve sykdommen eller skaden legge føringer. Har arbeidstaker for eksempel nedsatt arbeidsevne grunnet vond rygg, kan endringer av fysiske innretninger på arbeidsplassen være et nødvendig tiltak. Tilsvarende dersom arbeidstaker blir bundet til rullestol – her kan flytting av dørhåndtak, lysbrytere og installering av heis være aktuelt. Er det psykiske plager som begrunner den nedsatte arbeidsevnen, kan for eksempel endringer i arbeidsmengde, arbeidstempo og arbeidstid være nødvendig.

## ANNET PASSENDE ARBEID

Dersom sykdom eller skade ikke gjør det mulig at arbeidstaker fortsetter i sitt vanlige arbeid, plikter arbeidsgiver, så langt det er mulig, å tilby arbeidstaker et annet passende arbeid i bedriften. Denne omplasseringsplikten gjelder dersom det er, eller blir, en slik stilling ledig. Likevel strekker ikke plikten seg så langt at arbeidsgiver plikter å opprette en ny stilling for vedkommende.

I utgangspunktet er en stilling kun «*passende*» der arbeidstaker er kvalifisert og egnet til den. At det eventuelt er nødvendig med en viss opplæring, innebærer likevel ikke at arbeidstaker ikke er kvalifisert. Hvor langt arbeidsgivers plikter til å gjennomføre opplæring går, er vanskelig å angi generelt og vil blant annet bero på bedriftens situasjon ellers, eller arbeidstakers alder. Fortrinnsvis skal arbeidstaker tilbys en stilling med tilsvarende lønn og ansvar. Dersom dette ikke er mulig, er arbeidsgiver likevel forpliktet til å tilby stillingen, såfremt arbeidstaker anses kvalifisert til den. En slik stilling er imidlertid ikke arbeidstaker forpliktet til å ta imot. Før en sak om omplassering avgjøres skal arbeidstaker og vedkommendes tillitsvalgte tas med på råd.

### **HVOR LANGT STREKKER TILRETTELEGGINGSPLIKTEN SEG?**

Arbeidsgivers tilretteleggingsplikt gjelder «*så langt det er mulig*». Dette innebærer at plikten er vidtrekkende. For eksempel er arbeidsgiver forpliktet til å iverksette tiltak selv om disse skulle være økonomisk belastende, ressurskrevende eller på annen måte til ulempe for bedriften. Likevel er ikke tilretteleggingsplikten absolutt.

For det første kan bedriftens størrelse og økonomi sette en begrensning for hvor langt den rekker. Generelt vil en stor bedrift med gode økonomiske ressurser ha større muligheter for å gjennomføre tiltak enn en liten bedrift med begrenset økonomi. Likevel er selv en liten bedrift med mindre ressurser forpliktet til å vurdere relevante tilbud som kan være aktuelle. For det andre vil varigheten av arbeidstakers reduserte arbeidsevne kunne spille en rolle. Dersom det er på det rene

at arbeidstaker etter bare noen få uker vil komme tilbake på jobb, kreves det ikke at bedriften setter i gang store og kostnadskrevende tiltak. Er det derimot tale om en mer varig arbeidsnedsettelse, vil plikten også bli mer vidtgående. For det tredje kan forhold på arbeidstakerens side spille en rolle, eksempelvis vedkommendes alder og ansiennitet. Tilretteleggingsplikten vil strekke seg langt for en arbeidstaker som nærmer seg pensjonsalder og således vil ha vanskeligheter på arbeidsmarkedet, eller en arbeidstaker med særlig lang ansiennitet i bedriften. Tilsvarende vil det ha betydning hvorvidt arbeidstaker har oppfylt sin lovfestede medvirkningsplikt i forbindelse med sykdommen eller skaden. Sykmeldte arbeidstakere har plikt til både å medvirke ved utarbeiding og gjennomføring av oppfølgingsplaner og til å delta i dialogmøter, se under. Dette betyr at den sykmeldte plikter å bidra med opplysninger om egen arbeids- og funksjonsevne, og slik gi arbeidsgiver de nødvendige opplysninger for at bedriften skal kunne vurdere hensiktsmessige tilretteleggingstiltak. Der denne plikten ikke oppfylles fra arbeidstakers side, vil tilretteleggingsplikten reduseres tilsvarende. Endelig vil også hensynet til øvrige arbeidstakere på arbeidsplassen ha betydning for hvor langt arbeidsgivers tilretteleggingsplikt strekker seg. Dersom for eksempel redusert arbeidstid anses som et hensiktsmessig tiltak, vil arbeidsgiver likevel ikke være pålagt å gjennomføre dette dersom det vil medføre betydelig overtidssarbeid for resten av de ansatte.

### **OPPFØLGINGSPLAN**

I tilknytning til plikten til å tilrettelegge for at arbeidstaker skal

kunne komme tilbake til jobb raskest mulig skal arbeidsgiver, senest når arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet i fire uker, utarbeide en oppfølgingsplan. Denne skal inneholde en vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne, aktuelle tiltak i arbeidsgivers regi, aktuelle tiltak med bistand fra myndighetene og en plan for videre oppfølging. Arbeidsgiver skal sende planen til både sykmelder og NAV. Unntak for plikten til å utarbeide en slik plan gjelder der dette er «*åpenbart unødvendig*». Dette vil for eksempel være tilfelle dersom det er klart at arbeidstakeren uansett raskt vil vende tilbake i jobb, eller motsatt: der sykdomstilstanden er så alvorlig at det kan fastslås at arbeidstaker ikke vil være i stand til å returnere.

### **DIALOGMØTE**

Når arbeidstaker har vært borte fra arbeidet i syv uker, skal arbeidsgiver innkalle arbeidstaker til et dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen. Her skal det avklares om bedriftsinterne tiltak er aktuelle, herunder hvorvidt og eventuelt hvordan arbeidstakers restarbeidsevne kan utnyttes. I dette møtet skal bedriftshelsetjenesten være representert. Tilsvarende gjelder sykmelder, med mindre arbeidstaker ikke ønsker det, eller dersom dette ellers ikke synes hensiktsmessig. Også for dialogmøtene gjelder unntak dersom dette synes «*åpenbart unødvendig*», jmfør ovenfor. Arbeidsgiver skal sende opplysninger om hvorvidt reglene om oppfølgingsplan og dialogmøte er overholdt til NAV.

### **IA-AVTALEN**

Også IA-avtalen (Intensjonsavtalen for et mer inkluderende

arbeidsliv) inneholder, i tillegg til ovennevnte, regler om oppfølging av sykmeldte. Reglene her er imidlertid ikke strengere for arbeidsgiver enn hva som følger av arbeidsmiljøloven. Omfattes bedriften du er ansatt i av denne, råder vi deg derfor til å gjøre deg kjent med reglene her.

#### **NYE REGLER PÅ HØRING**

For tiden har departementet

sendt på høring nye regler om oppfølging ved sykefravær. De nye reglene, som trolig vil tre i kraft fra første juli i år, vil imidlertid ikke endre tilretteleggingsplikens omfang.

#### **OVERHOLDES TILRETTELEGGINGSPLIKTEN?**

At arbeidsgiver overholder tilretteleggingsplikten er viktig – både for at sykmeldte arbeidstakere skal

komme tilbake til arbeid så raskt som mulig, og for arbeidsgiver ved en eventuell oppsigelsessak. Adgangen til å si opp sykmeldte arbeidstakere etter ett år avhenger i stor grad av om arbeidsgiver har oppfylt sine tilretteleggingsplikter. Er du i tvil om din arbeidsgiver faktisk har oppfylt sine plikter, vil vi derfor råde deg til å kontakte sekretariatet for videre rådgivning og veiledning.

## **Profilert fag, yrke og forbund**

### **BESØK ERGOTERAPEUTENES NETTHANDEL!**

**S**ammen med vår samarbeidspartner «Idé – House of Brands», kan Ergoterapeutene presentere en netthandelsløsning som skal gjøre våre profilprodukter og ergoterapifaglig litteratur mer tilgjengelige for medlemmene. Vi vil også sikre distribusjon og lagerhold som er mer profesjonelle og kostnadseffektive enn i dag.

#### **PROFILERE FAG, YRKE OG FORBUND**

Vi vil også kunne tilby et lite utvalg tekstiler. Vi håper at disse og de øvrige profilproduktene kan brukes på arbeidsplassene og i andre sammenhenger for å profilere fag, yrke og forbund. For at porto og ekspedisjon skal bli mest mulig gunstig, anbefaler vi at medlemmene går flere sammen når de bestiller.

Dersom du har behov for materiell til et arrangement som det ikke er naturlig at arbeidsgiver eller andre dekker, må du som før ta kontakt med fylkesavdelingen eller forbunds-



kontoret, som registrerer din bestilling kostnadsfritt for deg.

Dersom du har forslag til nye produkter eller andre forbedringer, kan du ta kontakt med vår organisasjonssjef Karl-Erik Tande Bjerkaas.

### **DELTA PÅ LANDSMØTET!**

Norsk Ergoterapeutforbunds landsmøte er ikke bare åpent for representanter fra forbundets organer. Ordinære medlemmer og tillitsvalgte er også velkomne.

Disse må dekke kostnadene ved deltakelsen

selv, og prisen er inntil 4925 kroner. Dette dekker opphold i enkeltrom og mat og drikke fra møtestart til avslutning, inkludert middag 17. november og festmiddag 18. november. Dersom man ikke overnatter eller deltar på festmiddagen, er prisen 1860 kroner. Se mer informasjon på hjemmesiden vår.



INNSPEL

## Ergoterapi som internasjonal handelsvare?

**For tida pågår internasjonale forhandlingar som i verste fall kan gjere ergoterapi til ei handelsvare på tvers av landegrensar. Den eine arenaen er forhandlingar mellom EU og USA, der Noreg ikkje deltar. Den andre er dei såkalla TISA-forhandlingane (Trade in Services Agreement). Her er Noreg ein aktiv aktør.**



**ANDERS  
FOLKESTAD**  
UNIOLEDER

**H**andel er ein del av samfunnsmaskineriet. Å inngå avtalar om reglar for handel mellom land er bra. Men det finst mange fallgruver. Særleg når det handlar om tenester. Og i ekstra grad viss prosessane skjer i lukka rom.

Forhandlingsstrategiar basert på hemmelegald skaper skepsis og motstand. For tida haglar det med kritikk frå politisk hald, frå store delar av fagrørsla og frå fleire frivillige organisasjonar (NGOar). Unio forventar ein open dialog og innsyn i dei forhandlingane regjeringa no står overfor. Dette er meir enn butikk.

Tenester er ein stadig større og viktigare del av økonomien. Difor blir det, etter modell frå varehandel, forhandla om avtalar for å fremje handel med tenester på tvers av landegrensar. Samstundes opnar dette for nye spenningar i forhandlingsprosessane. TISA (Trade in Services Agreement) er eit døme på dette. Det som her blir oppfatta som barrierar, er ofte lovverk og andre politiske vedtak som er fatta for å sikre tenestekvalitet og politisk styring nasjonalt. I særleg grad

gjeld dette helse og utdanning. Når slike politiske og nasjonale standardkrav blir sett på som hindringar for frihandel, blir nedbygging av slike barrierar eit mål for forhandlingane.

Difor er det ein reell fare for at sentrale offentlege velferdstenester kjem i spel gjennom auka tenestehandel. Dersom ergoterapi blir ei attraktiv «vare» for internasjonale businessaktørar, vil vi kunne sjå kjøp og sal av verksemder og tenester som vil gripe direkte inn i dagens organisering og drift. Dette er sjølvsagt eit politisk spørsmål. Regjeringsplattforma gir grunn til uro. Her blir det sagt at «produksjon av velferdstjenester skiller seg lite fra andre tjenester.» Om denne haldninga blir ein del av ein norsk forhandlingsposisjon, kan det bli vanskeleg å halde på ei rekkje av dagens nasjonale politiske ordningar. Det kan gjelde kompetansekrav og sertifiseringsordningar, konsesjonsordningar, subsidiar eller andre politiske reguleringar.

Det vil vere ein unødig risikosport. Særleg fordi praksis i dei pågåande forhandlingane er at tenester som ikkje aktivt blir unn-

tatt, automatisk blir inkludert som «handelsvare». Difor er Unio godt nøgd med at Noreg har unntatt utdanning og helse i sitt opningstilbod i TISA-forhandlingane. Det er også positivt at regjeringa har vore meir open om prosessen enn dei fleste andre land. Det er ein posisjon som må sikrast i det vidare arbeidet, og som Unio vil ha meir av.

Effektivitet eller demokrati er eit dilemma i arbeidet med handelsavtalar.

I forhandlingar kan ikkje alt vere ope og tilgjengeleg for alle til ei kvar tid. Det er velkjend forhandlingspraksis. Men eit minimum må vere at det er offentleg kjent kva som er mål og strategiar for forhandlingane, og kva for hovudelement som er på bordet.

Noreg kan ikkje vere kulturelle overformyndarar. Men eit minstekrav frå norsk side må vere at grunleggande menneskerettar og ILO standardar ligg til grunn for avtalane. Og det må også vere eit krav at vi verken sjølve eller overfor andre land krev at dei liberaliserer offentlege tenester som helse og utdanning. Det må vere balanse mellom butikk og etikk.

# Bruker norske ergoterapeuter undersøkelses- og vurderingsredskaper?

## RESULTATER FRA MEDLEMSUNDERSØKELSEN I 2013: DEL 1

Av Cathrine Hagby, Tore Bonsaksen, Anne-Stine Dolva, Sissel Horghagen, Unni Sveen, Alf Inge Solbakken og Else Merete Thyness

*Cathrine Hagby er ergoterapeut og rådgiver på NAV Hjelpemiddelsentral Buskerud.*

*Tore Bonsaksen er ergoterapeut og førstelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.*

*Anne-Stine Dolva er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Høgskolen i Lillehammer.*

*Sissel Horghagen er ergoterapeut og førstelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.*

*Unni Sveen er professor i ergoterapi og ansatt ved Høgskolen i Oslo og Akershus og Oslo Universitetssykehus.*

*Alf Inge Solbakken er ergoterapeut og rådgiver på NAV Hjelpemiddelsentral i Oslo og Akershus.*

*Else Merete Thyness er ergoterapeut og grafisk formgiver og jobber som redaktør av tidsskriftet Ergoterapeuten.*

*Kontaktforfatter: Cathrine Hagby, NAV Hjelpemiddelsentral Buskerud, Buskerudveien 126, 3026 Drammen.  
E-post: cathrine.hagby@nav.no*

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.*

### BRUKER NORSKE ERGOTERAPEUTER UNDERSØKELSES- OG VURDERINGSREDSKAPER?

#### Abstrakt

**Norske ergoterapeuters** holdninger og praksis knyttet til undersøkelse og vurdering er ikke tidligere beskrevet. Artikkelen beskriver resultater fra medlemsundersøkelsen fra 2013 om bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper blant medlemmer i Ergoterapeutene. Den store deltakelsen gjør at resultatene gir et bedre kjennskap til flere kjennetegn ved norske ergoterapeuter generelt, i tillegg til deres holdninger til og bruk av systematisk kartlegging spesielt. Undersøkelsen viser at ergoterapeuter med spesialistgodkjenning bruker redskaper oftere enn de som ikke er spesialister, mens ergoterapeuter i statlig og privat virksomhet bruker redskaper oftere enn ergoterapeuter i kommunesektoren. Ergoterapeuter med tilknytning til spesialistgrenene somatisk helse og eldres helse benytter vurderingsredskaper oftere enn ergoterapeuter tilknyttet andre spesialistgrupper. Alder og tid siden avsluttet utdanning er ikke forbundet med bruk av eller holdninger til bruk av redskaper i undersøkelse og vurdering. Det er relativt vanlig å gjøre vurdering med undersøkelses- og vurderingsredskaper som et utgangspunkt for å velge tiltak, mens det er mindre vanlig for å vurdere fremgang eller måloppnåelse. Dette kan indikere at ergoterapeuter kan ha vansker med å dokumentere betydningen av de tiltakene de setter i verk for pasienter og brukere.

**Nøkkelord:** Kartlegging, undersøkelses- og vurderingsredskaper, ergoterapi, medlemsundersøkelse, kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert yrkesutøvelse er et mål for den ergoterapeutiske praksis (Jamtvedt & Nortvedt, 2008). Dette handler om at ergoterapeuten tar faglige avgjørelser som er basert på systematisk innhenting og anvendelse av kunnskap. Samtidig har ergoterapeuter som tradisjon og holdning at kunnskapsbasert yrkesutøvelse skal være klientsentrert (Hove, Jarl, & Langdal, 2007). Et dilemma for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen kan knyttes til i hvilken grad man bør følge stringente prosedyrer for undersøkelse og vurdering, da innsatsene også må tilpasses hver enkelt person og dennes utfordringer i aktivitet og deltakelse. Kan man arbeide ut fra standardiserte prosedyrer og samtidig skreddersy intervensjoner for den enkelte?

Vi vil argumentere for at bruk av etablerte, standardiserte redskaper i undersøkelse og vurdering gir to prinsipielle fordeler i klinisk ergoterapipraksis. For det første fører den til mer systematisert kunnskap om aktuelle sider ved samspillet mellom personen og omgivelsene, og som har betydning for personens aktivitetsdeltakelse – dette er ergoterapeutisk «diagnostikk». Slik kunnskap gir grunnlag for å planlegge tiltak eller behandling som passer med personens ressurser og begrensninger i aktivitet og deltakelse. For det andre gir standardisert undersøkelse en mulighet til å vurdere endring over tid – har personen for eksempel endret sin aktivitetsutføring i løpet av behandlingsperioden? Dette bidrar til en vurdering av om tiltaket har hatt ønsket virkning. Dersom undersøkelsen utføres på forskjellige måter fra gang til gang, vil en slik sammenlikning være vanskelig å få til (Kielhofner, 2006; Laver-Fawcett, 2007).

Så langt vi vet, er en undersøkelse av bruk av redskaper for undersøkelse og vurdering ikke tidligere blitt gjennomført blant ergoterapeuter i Norge. Det er mulig å anta at det eksisterer gruppeforskjeller knyttet til både holdninger til og praksis med slike redskaper. Eksempelvis kan systematisk vurderingspraksis være mer vektlagt innenfor en medisinsk dominert kontekst i spesialisthelsetjenesten enn i allmennhelsetjenesten i kommunene. Likeledes kan vekten mot systematisk undersøkelse og vurdering ha blitt sterkere over en lengre tidsperiode. Om det er slik, vil høyere alder og lengre tid siden avsluttet utdanning kunne være forbundet med mindre hyppig bruk av vurderingsredskaper. Slike sammenhenger gjenstår det imidlertid å utforske nærmere. Bedre kjennskap til hvordan ergoterapeuter forholder seg til dette vil være et utgangspunkt for tiltak som kan bidra til å styrke og øke kvaliteten på ergoterapeuters vurderingspraksis. I sin tur vil dette kunne bidra til bedre kvalitet i pasientbehandling og i oppfølging av klienter.

### HENSIKT

En spørreundersøkelse ble sendt ut til alle medlemmer av Ergoterapeutene i 2013, med siktemål om å få oversikt over holdninger og praksis knyttet til bruk – og ikke-bruk – av redskaper i undersøkelse og vurdering. I denne artikkelen vil vi:

- 1 beskrive kjennetegn ved ergoterapeutene som deltok i undersøkelsen
- 2 rapportere forskjeller mellom grupper av deltakere knyttet til holdninger til og bruk av vurderingsredskaper, og
- 3 rapportere sammenhenger

mellom bakgrunnsvariabler og deltakernes holdninger og praksis knyttet til kartlegging.

### Metode

En anonym spørreundersøkelse om holdninger og praksis knyttet til undersøkelses- og vurderingsredskaper ble sendt ut i form av en e-post med lenke til en survey («EasyQuest») til alle medlemmene av Ergoterapeutene i desember 2013. Svar på undersøkelsen ble generert i tidsrommet mellom desember 2013 til januar 2014. Spørsmålene inkluderte i tillegg bakgrunnsforhold som alder, kjønn, hvor ergoterapiutdanningen ble gjennomført, og antall år siden ergoterapiutdanningen var fullført. Det ble også stilt spørsmål om videreutdanning, spesialistgodkjenning, sektortilhørighet i arbeidslivet, geografisk tilhørighet, og tilknytning til spesialistområdene til Ergoterapeutene.

I denne artikkelen rapporterer vi resultater basert på de kvantitative dataene som ble innsamlet. Analysene ble utført i statistikkprogrammet SPSS (IBM Corp., 2010). For sammenlikning av grupper ble t-tester og enveis variansanalyse (ANOVA) benyttet. Bonferroni koeffisient ble benyttet for å justere for multiple sammenlikninger, slik at vi reduserte risikoen for å feiltolke resultatene. I analyser av sammenhenger mellom kontinuerlige variabler ble Pearsons korrelasjonskoeffisient  $r$  benyttet. Dette er et statistisk uttrykk for styrken på sammenhengen mellom to variabler.

### Resultater UTVALGET

I alt deltok 1286 personer i undersøkelsen. To personer hadde ugyldige skårer på noen av spørsmålene og ble tatt ut fra

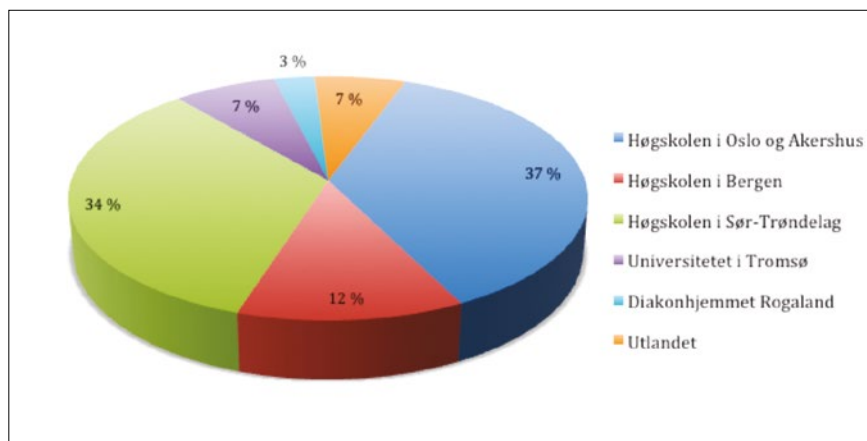


analysene. Av de 1284 gjenværende personene i utvalget var gjennomsnittsalderen 42.0 år (standardavvik 11.3 år). Deltakerne var 97 menn (7.6 prosent) og 1187 kvinner (92.4 prosent), hvor de fleste var utdannet ved høgskole- ne i Oslo (n = 475, 37.0 prosent) og i Sør-Trøndelag (n = 435, 33.9 prosent). Figur 1 viser fordelingen av deltakere på utdanningssteder.

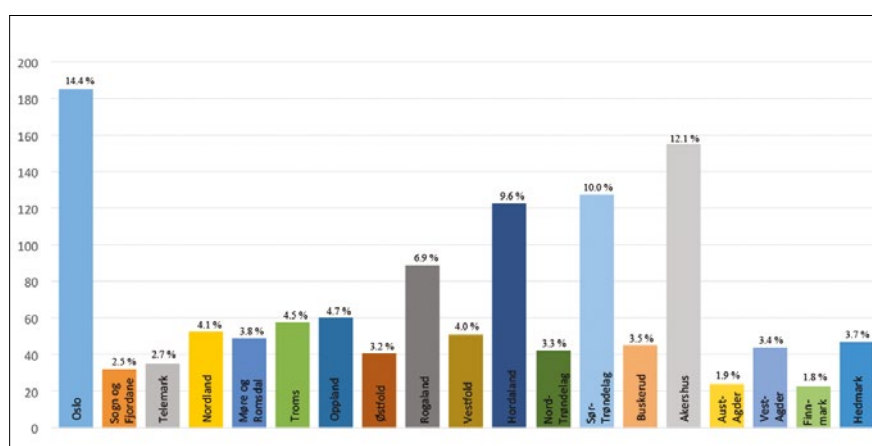
Det var stor variasjon med tanke på hvor lenge det var siden deltakerne tok sin utdanning som ergoterapeut – en del var utdannet i 2013, andre for nesten 50 år siden. Gjennomsnittlig var det 14.9 år (standardavvik 10.1 år) siden de avsluttet sin utdanning.

Totalt 722 personer (56.2 prosent) oppga at de hadde videre- utdanning i tillegg til sin ergotera- peututdanning, mens 112 personer (8.7 prosent) rapporterte at de hadde godkjenning som ergote- rapispesialist. Over halvparten av deltakerne arbeidet i kommune- sektoren (n = 696, 54.2 prosent), 392 personer (30.5 prosent) ar- beidet i statlig sektor, 137 personer (10.7 prosent) arbeidet i privat sektor, mens 35 personer (2.7 prosent) oppga en kombinasjon av to eller flere sektorer. De fleste av deltakerne arbeidet i Oslo (n = 185, 14.4 prosent), i Akershus (n = 155, 12.1 prosent), i Sør-Trøndelag (n = 128, 10.0 prosent) og i Hordaland (n = 123, 9.6 prosent). Figur 2 viser oversikten over deltakerne fordelt på landets fylker.

Deltakernes arbeidsområde ble av 183 personer (14.3 prosent) oppgitt å være somatisk helse. Psykisk helse ble oppgitt å være arbeidsområde for 120 personer (9.3 prosent), mens barns helse ble oppgitt av 108 personer (8.4 prosent). I tillegg rapporterte 107 personer (8.3 prosent) at de arbeidet med andre kategorier, og



Figur 1. Deltakerne fordelt etter utdanningssted.



Figur 2. Deltakerne fordelt etter fylke.

hele 518 personer (40.3 prosent) oppga en kombinasjon av flere av de nevnte områdene. Figur 3 viser oversikten over deltakerne fordelt på arbeidsområder.

## HOLDNINGER OG PRAKSIS

Av de 1284 deltakerne oppga 949 (73.9 prosent) at de benyttet seg av undersøkelses- og vurderings- redskaper. Blant disse oppga over 60 prosent at de brukte slike red- skaper daglig eller ukentlig. Figur 4 viser fordelingen av hvor ofte slike redskaper ble brukt blant deltakerne.

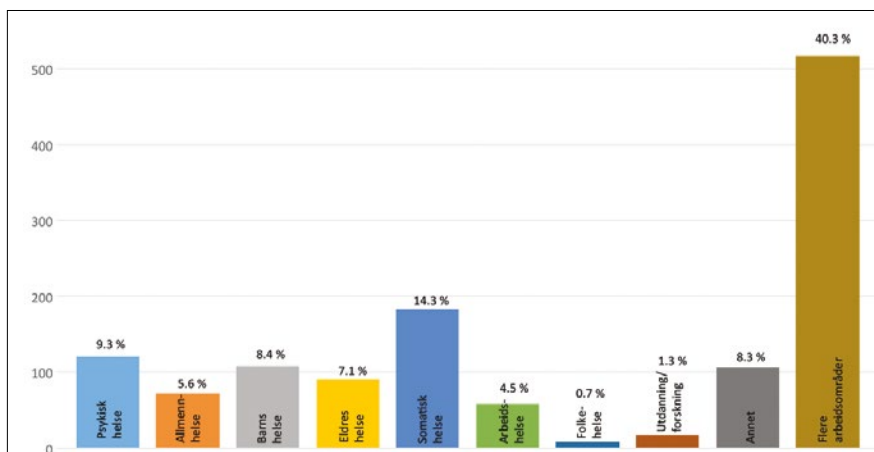
Av de som oppga at de benyt- tet undersøkelses- og vurderings- redskaper, ble den gjennomsnitt- lige nytteverdien av å bruke slike redskaper vurdert som «stor».

Tabell 1 viser hvordan deltakerne vurderte bruk av slike redskaper i forhold til nytteverdi, bruker- medvirkning, nytteverdi relatert til tidsbruk, valg av tiltak, vurdering av fremgang og vurdering av måloppnåelse.

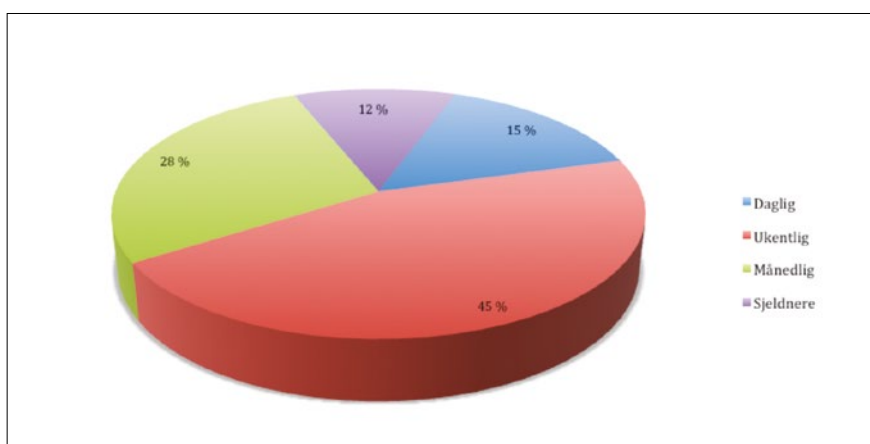
De aller fleste av deltakerne (n = 919, 97.1 prosent) oppga at undersøkelsene og vurderingene som gjøres, er nyttige for flere av de aktuelle partene i samarbeidet: Pasient/bruker, pårørende, en selv, andre ergoterapeuter, andre profesjoner, andre involverte tje- nester, samt «andre».

## FORSKJELLER MELLOM GRUPPER

Det var ingen forskjeller mellom personer med og uten videreut- danning med tanke på hvor ofte



Figur 3. Deltakerne fordelt etter arbeidsområder.



Figur 4. Deltakerne fordelt etter hvor ofte de benytter undersøkelses- og vurderingsredskaper.

man oppga å bruke redskaper i undersøkelse og vurdering ( $M = 2.66$  vs.  $M = 2.61$ ,  $t = -0.78$ ,  $p = 0.44$ ), og tilsvarende var det ingen forskjeller mellom disse gruppene med tanke på hvordan de oppfattet nytteverdien ved å bruke slike redskaper ( $M = 4.06$  vs.  $M = 3.99$ ,  $t = -1.56$ ,  $p = 0.12$ ).

Personer med spesialistgodkjenning rapporterte hyppigere bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper enn de som ikke hadde slik spesialisering ( $M = 2.99$  vs.  $M = 2.60$ ,  $t = -4.16$ ,  $p < 0.001$ ) og oppfattet nytteverdien av å bruke slike redskaper som høyere ( $M = 4.23$  vs.  $M = 4.00$ ,  $t = -2.68$ ,  $p < 0.01$ ).

Personer som var ansatt i kommunesektoren, rapporterte mindre bruk av undersøkelses- og

vurderingsredskaper enn personer som var ansatt i privat eller statlig sektor, eller som var ansatt i ulike sektorer av arbeidslivet samtidig ( $M = 2.39$  vs.  $M = 2.90$ ,  $t = 9.38$ ,  $p < 0.001$ ), og oppfattet nytteverdien av å bruke slike redskaper som lavere ( $M = 3.90$  vs.  $M = 4.15$ ,  $t = 5.76$ ,  $p < 0.001$ ).

Det var statistisk signifikante forskjeller mellom spesialistgrenene når det gjaldt hvor ofte man oppga å benytte seg av undersøkelses- og vurderingsredskaper ( $F = 16.42$ ,  $p < 0.001$ ). Deltakerne med tilknytning til somatisk helse ( $M = 3.22$ ) og til eldres helse ( $M = 2.92$ ) var de som oftest benyttet slike redskaper.

Disse rapporterte en gjennomsnittlig hyppighet som tilsvarte rundt «ukentlig» (3). Forskjellene mellom

spesialistgrenene var ikke statistisk signifikante når det gjaldt oppfatninger om redskapenes nytteverdi ( $F = 1.86$ ,  $p = 0.06$ ).

## SAMMENHENG MED BAKGRUNNSVARIABLER

Alder viste ingen sammenheng med hyppighet i bruk av vurderingsredskaper ( $r = -0.04$ ,  $p = 0.21$ ) eller med holdninger til nytteverdien av å bruke slike redskaper ( $r = -0.04$ ,  $p = 0.20$ ). Heller ikke tid siden avsluttet utdanning viste noen sammenheng med hyppighet i bruk av vurderingsredskaper ( $r = -0.04$ ,  $p = 0.17$ ) eller med holdninger til deres nytteverdi ( $r = -0.03$ ,  $p = 0.37$ ).

## Diskusjon

Det var svært god deltakelse i undersøkelsen – utvalget på 1284 personer representerer 34.2 prosent av den totale medlemsmassen i forbundet ( $N = 3756$ ). Dette gjør at vi har et godt grunnlag for å generalisere resultatene til hele gruppen av ergoterapeuter, selv om deltakerne i denne type undersøkelser kanskje kan være noe mer positivt innstilte til det aktuelle temaet enn den totale populasjonen. Antallet autoriserte ergoterapeuter i Norge (per 1. januar 2013) er 4443 (Helsetilsynet, 2013). Med basis i dette antallet omfatter vår undersøkelse 28.9 prosent av alle norske ergoterapeuter med autorisasjon. Vi oppfatter derfor at det er rimelig sannsynlig at utvalget, som var rekruttert via Ergoterapeutenes medlemsregister, på dette området er ganske like i holdninger og praksis sammenliknet med andre ergoterapeuter.

Spørreundersøkelsen rapporterer, i tillegg til holdninger og praksis knyttet til bruk av vurderingsredskaper, flere kjennetegn ved norske ergoterapeuter.

Spørsmål	Skalabredde	Variasjon	M (SD)
Hvordan vurderer du nytteverdien av å bruke undersøkelses- og vurderingsredskaper?	1-5 <sup>a</sup>	1-5	4.0
I hvilken grad opplever du at bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper åpner for brukervedvirkning?	1-5 <sup>a</sup>	1-5	3.5
Hvordan vurderer du nytteverdien av undersøkelses- og vurderingsredskaper i forhold til tiden du bruker?	1-5 <sup>a</sup>	1-5	3.8
I hvilken grad bruker du resultater fra en systematisk undersøkelse og vurdering for å velge tiltak?	1-6 <sup>b</sup>	1-6	3.4
I hvilken grad bruker du resultater fra en systematisk undersøkelse og vurdering for å vurdere fremgang?	1-6 <sup>b</sup>	1-6	2.5
I hvilken grad bruker du resultater fra en systematisk undersøkelse for å vurdere om målene er nådd?	1-6 <sup>b</sup>	1-6	2.2

Tabell 1: Deltakernes holdninger og praksis knyttet til bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper (N = 949).

Note. M = gjennomsnittsverdi, SD = standardavvik. a Svært liten = 1, Liten = 2, Middels = 3, Stor = 4, Svært stor = 5. b Sjeldnere enn 1 gang i måneden = 1, 1 gang i måneden = 2, 2-3 ganger i måneden = 3, 1-2 ganger i uken = 4, 3-4 ganger i uken = 5, daglig = 6.

Over halvparten har gjennomført videreutdanning etter endt ergoterapiutdanning, mens et mindretall har kvalifisert seg som ergoterapispesialist. I tillegg er langt de fleste kvinner, og syv av ti er utdannet i Oslo eller Trondheim. Over halvparten er ansatt i kommunesektoren, og fire av ti oppgir at de i sin praksis forholder seg til flere av Ergoterapeutenes spesialistområder.

Resultatene viste at det ikke var forskjeller i holdninger og praksis mellom de som hadde videreutdanning og de som ikke

hadde det. Imidlertid var det mer hyppig bruk av redskaper i undersøkelse og vurdering blant spesialister enn blant ikke-spesialister, mens de var mindre hyppig i bruk blant ergoterapeuter i kommunesektoren sammenliknet med andre sektorer. Mange av deltakerne hadde ulike typer av videreutdanning, men dette ser ikke ut til å gi noe utslag når det gjelder bruk av kartleggingsredskaper. Det er mulig at få av disse videreutdanningene kvalifiserer til ergoterapispesifikk undersøkelse og vurdering, mens dette kan

være mer av det faglige innholdet i kurs som inngår i en klinisk spesialisering. Slik spesialisering vil også kunne oppleves å være mer aktuell for ergoterapeuter som arbeider i spesialisthelsetjenesten (vesentlig statlig sektor), og dette kan dermed bidra til å forklare noen av de gruppeforskjellene vi fant. Den kvalitative delen av spørreundersøkelsen vil kunne bidra til en forståelse av hva som ligger til grunn for ulike bruk av instrumenter i ulike grupper. Dette vil bli presentert nærmere i en senere artikkel.

Tabell 1 viser at deltakerne i stor grad oppfatter bruk av undersøkelses- og kartleggingsredskaper som nyttig, også når de relaterer nytteverdien til den tiden de bruker på dem. De oppfatter også at bruk av slike redskaper i middels til stor grad åpner for brukervedvirkning, og i sin praksis bruker de redskapene i tilsvarende grad som et utgangspunkt for å velge tiltak. Redskapene brukes imidlertid kun i liten til middels grad til å vurdere fremgang eller til å vurdere i hvilken grad man har nådd målene. Vi kan oppfatte dette slik at undersøkelses- og vurderingsredskaper gjerne brukes i forbindelse med en undersøkelse i startfasen av et behandlingsforløp eller oppfølgingsperiode, mens det er mindre vanlig å gjøre systematisk oppfølging med bruk av slike redskaper. Dette kan medføre vansker med å evaluere utfallet av behandling eller tiltak.

Vi fant ingen sammenheng mellom alder, tid siden avsluttet utdanning, og holdninger til og bruk av redskaper i undersøkelse og vurdering. De tentative sammenhengene skissert innledningsvis i artikkelen ble dermed avkrefet – eldre ergoterapeuter synes bruk av strukturerte redskaper i



undersøkelse og vurdering er like nyttige som yngre ergoterapeuter, og de med lang erfaring som terapeut brukte slike redskaper i samme omfang som mer nylig utdannede.

## Konklusjon

Denne spørreundersøkelsen har bidratt til mer kunnskap om kjennetegn ved norske ergoterapeuter. Basert på dataene fra undersøkelsen er den gjennomsnittlige ergoterapeuten en kvinne tidlig i 40-årene, utdannet i Oslo eller i Trondheim, og har rundt 15 års yrkeserfaring som ergoterapeut. Undersøkelses- og vurderingsredskaper brukes oftest blant ergoterapeuter med spesialistgodkjenning, og mest innenfor somatisk

helse og eldres helse. Holdningen til bruk av slike redskaper er positiv. Deltakerne opplever at det tar mye tid, men de fleste uttrykker at nytteverdien er stor. Generelt brukes slike instrumenter mest for å velge tiltak. Undersøkelsen tyder på at ergoterapeuter i sin kliniske praksis i mindre grad bruker instrumenter for å evaluere progresjon hos klientene og effekt av ergoterapeutisk intervensjon. En slik praksis vil kunne bidra til en mer kunnskapsbasert yrkesutøvelse.

## Referanser

Helsetilsynet (2013). Personer med autorisasjon eller lisens som helsepersonell fordelt på helsepersonellkategorier. Lastet ned 04.03.2014, fra <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Hendelsesbasert-tilsyn/Oversikt-over-helsepersonell/Personer-autorisasjon-lisens-helsepersonellkategorier/>

[helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Hendelsesbasert-tilsyn/Oversikt-over-helsepersonell/Personer-autorisasjon-lisens-helsepersonellkategorier/](http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Hendelsesbasert-tilsyn/Oversikt-over-helsepersonell/Personer-autorisasjon-lisens-helsepersonellkategorier/)

- Hove, A., Jarl, B., & Langdal, I. (2007). Ergoterapeuters fag- og kompetenceprofiler. In T. Borg, U. Runge, J. Tjørnov, Å. Brandt & A. J. Madsen (Eds.), *Basisbog i ergoterapi* (2 ed., pp. 787-810). København: Danmark Munksgaard.
- IBM Corp. (2010). SPSS for Windows (Version 19). Chicago, IL: SPSS Inc.
- Jamtvedt, G., & Nortvedt, M.W. (2008). Kunnskapsbasert ergoterapi - et bidrag til bedre praksis. *Ergoterapeuten*, 51(1), 10-18.
- Kielhofner, G. (2006). *Research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia, PE: FA Davis Company.
- Laver-Fawcett, A.J. (2007). *Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists: theory, skills and application*. Chichester: Wiley.

# Routine standardised outcome measurement to evaluate the effectiveness of occupational therapy interventions: essential or optional?

---

Av Alison J. Laver-Fawcett



*Alison J. Laver-Fawcett is a Senior Lecturer in the Faculty of Health and Life Sciences at York St John University and the Lead for the Occupation and Older People's Mental Health Research programme at the Research Centre for Occupation and Mental Health (RCOMH) in the United Kingdom  
Email: a.laverfawcett@yorksj.ac.uk*

## ROUTINE STANDARDISED OUTCOME MEASUREMENT TO EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTIONS: ESSENTIAL OR OPTIONAL?

### Abstract

---

**This article presents** the case for why the effectiveness of occupational therapy intervention should be monitored and reviewed by the routine use of rigorous and well-standardised outcome measures. Occupational therapists must be committed to contributing to the evidence base related to the effectiveness of occupational therapy interventions and know how to select and apply valid and reliable outcome measures in day-to-day practice, service evaluation and research activities. Drivers for evidence-based outcome measurement are explored and the need for an increased utilisation of patient reported outcome measures is discussed. Some measures, many of which are available as Norwegian versions, are suggested as potential outcome measures for occupational therapy services.

**Key words:** Outcome measurement, assessment, evaluation, Validity, Reliability, evidence based practice

There are no conflict of interest regarding this article.

## THE DEFINITION AND PURPOSE OF OCCUPATIONAL THERAPY ASSESSMENT AND EVALUATION

Occupational therapists need to have clear definitions of frequently used terms related to assessment, evaluation and outcome measurement. Explicit understanding of what we mean by a particular term helps us to communicate effectively about the assessment process and explain assessment results. However, the first challenge for any occupational therapist accessing international literature on assessment and evaluation is the inconsistent definition of key terminology. Lack of consensus within our profession is problematic because a common terminology enables us to share ideas and information and facilitates international collaboration and learning. Occupational therapists also need to have a common understanding of key terms which are shared with:

- recipients of occupational therapy services and their carers
- other health care professionals (particularly colleagues working as members of the same multi-disciplinary team)
- referral sources
- colleagues taking over the person's care/management at discharge destinations
- the managers and commissioners of the service and policy developers

Laver-Fawcett (2007) undertook an extensive review of occupational therapy and rehabilitation literature related to these terms and has proposed definitions (Laver-Fawcett, 2007; 2012) which will be used within this article.

Within occupational therapy literature, the term *assessment* has been used to refer to

a process, action and/or a tool (e.g. Duncan, 2009). Assessment is a complex and multi-faceted process undertaken in order to obtain a comprehensive profile of the person's current and previous occupations and roles, and to identify his/her values, interests, strengths, needs, priorities and risks (Laver-Fawcett, 2012). It is required to understand the complex relationships between the person's body structure and function, activity, participation, environmental factors and personal factors (World Health Organisation, WHO, 2002). Assessment requires occupational therapists to select and apply a range of informal and standardised data collection methods (interviews, observations, questionnaires and document review) and access a range of sources (the person, other health and social care staff involved in the person's care, and informal care givers). Information collected through assessment needs to be accurate because it informs «the negotiation of outcomes, setting of goals, and selection of therapeutic interventions» (Laver-Fawcett, 2012, p. 604). Assessment is usually conducted at several points during the occupational therapy process, this can include:

- an initial assessment to inform goal setting and provide a baseline
- ongoing assessment to review the person's response to intervention
- evaluation of outcomes at the end of intervention
- post-discharge follow-up review (Creek, 2003)

*Evaluation* is an important component of a wider assessment process. It is undertaken

to examine the extent to which intervention has resulted in the anticipated outcome. Evaluation can be undertaken at an individual client, group or service level. Corr (2003) stated that «a service might be very good, but without evaluation its value diminishes because there is no objective measure of it being «very good»» (p. 235). Therefore, every occupational therapy service should develop an evidence-based outcome measurement protocol to evaluate the effectiveness of its service (Law, Baum and Dunn, 2005; College of Occupational Therapists, 2013). Evaluation requires assessment data to be collected at least twice to consider changes over a period of time. Both assessment and evaluation can be considered from the point of view of the person (self-report), formal or informal care-givers (proxy-report) and/or the therapist.

Occupational therapists often use a *dynamic assessment* approach (Haywood and Lidz, 2007) which focuses on variations in the person's function under different conditions. Like an evaluation, it requires a test-intervene-retest (Lidz, 1991) assessment process; however, it differs because the test-intervene-retest process occurs on one occasion and is undertaken to obtain information about how potential interventions can facilitate the person's performance. This is useful for evaluating the impact of cues, mediation, feedback, changes in the environment or alterations to the task demand (Laver-Fawcett, 2012). Dynamic assessment is more frequently undertaken using an unstandardised approach, and the need for this form of assessment



can be a reason given for the lack of application of standardised measures. However, there are a few standardised occupational therapy tools that have a dynamic assessment element, these include:

- the *Executive Function Performance Test* (EFPT; Baum, Morrison, Hahn and Edwards, 2008)
- the *Contextual Memory Test* (CMT; Toglia; 1993)
- the *Structured Observational Test of Function* (SOTOF; Laver and Powell, 1995)

*Outcome measurement* is a formal and standardised approach to evaluation. It is required in order to examine the effectiveness of an intervention or care management plan. The routine implementation of valid and reliable outcome measures is an essential component of evidence-based occupational therapy (Law and McColl, 2010).

Creek (2003) defined an occupational therapy *outcome* as: «an agreed, clearly defined, expected or desired result of intervention (*predetermined outcome*); the result of therapeutic processes, which may be different from the initial objectives of therapy (*actual outcome*)» (p. 56). The World Federation of Occupational Therapists (WFOT; 2010a) explained that occupational therapy «outcomes are client-driven and diverse and measured in terms of participation, satisfaction derived from occupational participation and/or improvement in occupational performance» (p. 1). Therefore, occupational therapists need a range of robust outcome measures to evaluate aspects of the person's function, occupational performance of needed and desi-

red activities, and participation in roles and occupations. Outcome measures should also focus on a person's satisfaction with the outcomes achieved and his/her views of the service provided. Outcomes of occupational therapy do not always relate to improvements and may involve the reduction of unwanted symptoms, maintenance of function in relation to a progressive illness, delay and/or prevention (Creek, 2003). Small changes in function can result in substantial differences to a person's quality of life and to the degree of care-giver burden. Therefore, the selection of appropriate outcome measures and the responsiveness of the selected outcome measure to detect the amount of anticipated change are critical.

There are many reasons why occupational therapists undertake assessment and it can be helpful to categorise assessment in terms of the underlying purpose for the assessment and the planned use of obtained data. Understanding purpose is critical because this influences the required evidence base underpinning a standardised test. Assessments have been categorised in terms of four main purposes (Table 1): descriptive, predictive, discriminative and evaluative assessment (Hayley, Coster, and Ludlow, 1991; Law, 1993).

### IDENTIFYING AND APPRAISING STANDARDISED ASSESSMENTS

A standardised test is «a published measurement tool, designed for a specific purpose in a given population, with detailed instructions provided as to when and how it is to be administered and scored, interpretation of the scores, and results of investigations of reliability and validity» (Cole

et al, 1995, p. 22). Developing and standardising a measure is a complex, lengthy and costly process (COT, 2013) and should not be undertaken lightly. There are now many well standardised occupational therapy measures available internationally and some useful resources for identifying potential measures for practice and research. For example, Asher's (2007) «Annotated Index» provides a comprehensive overview of test critiques for standardised measures of use to occupational therapists. The texts by Law and McColl (2010) and Law, Baum and Dunn (2005) also provide critiques of many useful measures. Occupational Therapists can find value information from wider rehabilitation literature and websites, for example: Turner-Stokes (2000) provided recommendations for a «basket» of rehabilitation outcome measures for the British Society of Rehabilitation Medicine; the Rehabilitation Measures Database (<http://www.rehabmeasures.org/default.aspx>) provide test critiques for a wide range of measures; and the Stroke Engine Assess website (<http://strokengine.ca/assess/index-en.html>) provides evidence-based test critiques of assessments which can be used with people with stroke. There are several things which occupational therapists should consider when critically appraising potential measures. These are summarised in Table 2. It can be beneficial to use a test critique form (e.g. Laver-Fawcett, 2007) to ensure a comprehensive critical appraisal of potential measures. For students and therapists less familiar with undertaking test critique more detailed guidance and an example completed test critique form have

Purposes of Assessment	Description
Descriptive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Undertaken to provide a description of the person's current circumstances, past history, roles, habits, interests, level of occupational engagement, performance component skills and deficits and desired outcomes. May be used to identify symptoms and problems to help aid diagnosis.</li> <li>• A descriptive assessment may be undertaken to gain information about environmental (physical, social, cultural-institutional) barriers and facilitators which need to be optimised or overcome to ensure a successful intervention.</li> <li>• The assessment may be undertaken on one occasion or over a period of time until sufficient information has been obtained to inform clinical decision making.</li> <li>• Data is used to inform the development of aims, goals, negotiate outcomes and leads to intervention planning.</li> <li>• Standardised descriptive tests should have adequate content, construct and face validity.</li> <li>• If they are to be administered by more than one therapist a high level of inter-rater reliability is also important.</li> </ul>
Discriminative assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Used to distinguish between individuals or groups.</li> <li>• Comparisons are usually made against a normative group or another diagnostic group.</li> <li>• Discriminative assessment can be useful to refine a differential diagnosis, to assess a client against referral criteria, to prioritise referrals, to assess the person against criteria related to service provision or placement options, or when evaluating a person's level of dysfunction in relation to expectations of performance of other healthy people of that age.</li> <li>• Standardised discriminative tests should have established discriminative validity; this may include data on concurrent validity.</li> </ul>
Predictive assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Undertaken when therapists need to make predictions about a person's future function or behaviour.</li> <li>• The therapist may use the results of an assessment undertaken in one environment to predict likely function in another environment.</li> <li>• In psychosocial practice areas therapists may undertake predictive assessment for a number of reasons, including prediction of: likely function when discharged home as part of a pre-discharge assessment (e.g. level of independence, ability to safely use appliances); and risk assessment (e.g., of harm to self or others, abuse, wandering, falls)</li> <li>• Standardised predictive tests should have established predictive validity. Standardised predictive tests should have established predictive validity..</li> </ul>
Evaluative assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Undertaken to evaluate changes in symptoms over time and/or the effectiveness of the intervention or management plan.</li> <li>• Needed to establish whether the level and nature of expected changes (outcomes) have been achieved.</li> <li>• Requires at least two assessments undertaken at different times. The baseline assessment data is used for comparison at the review, discharge or when perceived significant change needs to be explored further.</li> <li>• Qualitative and/or quantitative data may be used to inform evaluative decisions.</li> <li>• Standardized evaluative tests are also known as outcome measures.</li> <li>• Standardized evaluative tests should have high levels of test-retest reliability and established responsiveness to change.</li> </ul>

Table 1: Summary of four clinical purposes of assessment.

© Delmar, Cengage Learning (Laver-Fawcett, 2012)

been provided by Laver-Fawcett (pp. 350-359).

### CONSIDERING THE CULTURAL RELEVANCE OF POTENTIAL OUTCOME MEASURES

Although there are a lot of stan-

dardised measures now available, many have been written in English and cultural sensitivity issues can be a limitation to their application in Norway. Occupational therapists need to critically appraise potential international

measures and then conduct studies to explore ecological validity and address cultural issues. This is particularly relevant to measures related to activity and participation because the meanings attached to activities and the manner

<b>Relevance</b>	Will the test provide information that addresses the purpose of the assessment? Does the test have good face validity for this client group and service?
<b>Feasibility</b>	Can the test be administered with available resources (time, staff, budget, space)? Do you have the competency to undertake this test or will further training be required? Some tests take time to learn to administer and score; some may only be administered by a practitioner with particular credentials; or they may require specific equipment and materials that are costly, technical, or difficult to transport.
<b>Utility</b>	Who will have access to the test results and benefit from this data and how will they benefit? Is the cost worth the benefit for the clients being served and to the service? The information collected must have value, be meaningful to the client, and provide either data that inform the intervention or will evaluate outcomes. Cost to purchase the test, test materials or consumables (e.g. food for a kitchen assessment) and/or training to administer the test need to be considered. Although there may be an initial outlay to buy a standardised test, because they are evidence based, valid and reliable they improve the effectiveness of assessment and enable information to be collected in the most efficient way.
<b>Reliability</b>	How accurately do scores reflect a true performance of the individual? Is the test stable across time and raters?
<b>Validity</b>	Does the instrument measure what it proposes to measure? If a predictive test does it predict what it was developed to predict. If a discriminative test does it discriminate between the identified groups?
<b>Role</b>	Are there other professionals involved with the person who have undertaken assessments and what information has been obtained already? What is the therapist's role in this setting occupational therapy specialist or generic mental health worker?
<b>Setting</b>	Will the assessment be undertaken in the person's home or place of residence, an in-patient unit, occupational therapy department, day service or community venue?
<b>Model of Practice</b>	Occupation-based or skill-based? What are the assessments that have been developed to relate to the chosen model?
<b>Age</b>	Developmental and chronological age should be taken into account. If it is a norm-referenced test, the sample used to provide normative data should include people of the same age.
<b>Diagnosis</b>	You may choose a test that has been developed for people with a specific diagnosis or to aid the assessment of symptoms.
<b>Time of day</b>	Does the client's functioning vary depending on medication, fatigue or time of day? Do you need to assess the person's maximum or minimum level of functioning?

Table 2: Criteria for Selecting Standardised Tests.

© Delmar, Cengage Learning (Laver-Fawcett, 2012)

in which they are practiced is recognized as being «highly culture-specific» (Ballinger & Wiles, 2001, p. 254). It is worth undertaking initial draft translation and checking cultural relevance and utility in a pilot study before the time-consuming work of doing a full back translation is undertaken. For example, an «informal draft translation was used to investigate the appropriateness» of the *Assessment of Communication and Interaction Skills* (ACIS) in Norway (Bonsaksen, Myraunet, Celo, Grannå and Ellingham, 2011, p. 332).

Where the time-consuming work to provide Norwegian translations has already been undertaken, increased use of these measures in research and practice should be encouraged. For example, there are Norwegian translations for two other assessments linked to the Model of Human Occupation (MOHO), the Worker Role Interview (WRI) and the Work Environment Impact Scale (WEIS; Model of Human Occupation Clearinghouse, 2014).

When developing a culturally relevant version of an existing

standardised measure, test developers need to strike «a balance between the emic perspective (seeking equivalence within the culture) and the etic perspective (maintaining comparability)» (Alegria et al., 2004, Discussion, paragraph 3). Some existing measures can be translated into Norwegian and then subjected to further research to ensure cultural relevance. Where test items may need to be developed to be specific for a Norwegian population, the methods used to develop existing standardised measures



should be examined to inform the methodology for developing Norwegian equivalent measures. For example, the *Activity Card Sort* (ACS; Baum & Edwards, 2008) is a well-recognised measure (Eriksson et al., 2011) used to assess older people's occupational histories, select activities as a focus for intervention and evaluate changes in participation levels. However, the «integrity of the ACS is dependent on selection of culturally relevant, common activities as items» (Packer, Boshoff & DeJonge, 2008, p. 201). Cross-cultural research has demonstrated that the ACS has improved validity and utility when the activities depicted are relevant to people's culture and environment (e.g. Eriksson et al., 2011) and eight versions of the ACS have now been developed, including two for European countries; for the Netherlands (ACS-NL; Jong, van Nes and Lindeboom, 2012) and for the United Kingdom (ACS-UK; Laver-Fawcett and Mallinson, 2013). If a Norwegian version of the ACS was to be developed then researchers should aim to produce a measure that included activities culturally relevant to Norwegian older people and that replicated the Q-sort methodology, test administration and scoring method used for other ACS versions.

### THE DRIVERS FOR EFFECTIVE OUTCOME MEASUREMENT

Robust outcome measures are required for practice, research and service evaluation. In order to provide evidence-based practice it is critical that valid and reliable outcome measures are incorporated routinely into the occupational therapy process (College of Occupational Therapists, 2013;

Law and McColl, 2010). There are significant drivers that require occupational therapists to routinely use outcome measures in practice. This driver towards the better measurement of outcomes has been articulated internationally, for example, the World Health Organisation highlighted the importance of systematically examining outcomes related to participation (WHO, 2002). However, the routine use of standardised outcome measures is not universal in occupational therapy practice (Unsworth, 2011). Governments recognise that the quality of health and social care services can be improved through increased application of standardised outcome measures to provide robust information about outcomes and the drivers for routine outcome measurement are increasing. There are important opportunities for the development of occupational therapy services within the Norwegian health care system, for example in response to the Long-term Care Plan 2015 (Norwegian Ministry of Health and Care Services, NMHCS, 2006) and Dementia policies (NMHCS, 2006b). The Norwegian government considers it «to be vital to strengthen the research and development work linked to the long term care services and care of the elderly» (NMHCS, 2006a, p. 12) and recognises that «a stronger focus on activation, well-being and social initiatives requires a greater multi-disciplinary scope in the long term care services with more space for specialists such as occupational therapists» (p. 21). The NMHCS (2006a) has promised to «strengthen the practice-related care research» (p. 16) and improve «multi-disciplinary expertise

and more research on the elderly's health and service offer» (p. 20). The Norwegian Dementia 2015 strategy (NMHCS, 2006b) has highlighted the important role of «day programmes» and «wishes to boost the capacity and quality of day programmes for this group. A stronger focus on culture, activities and well-being measures will require greater interdisciplinary breadth, with a greater emphasis on social education, occupational therapy, physiotherapy and social work» (p. 20). Law et al (1999), in a critical review of research literature that examined the effectiveness of activity programmes for older persons with dementia, concluded that «statistically significant results» supported «the use of activity groups for older persons with dementia for improving their well-being, communication, mental status and emotional state». However, they did identify the need for future research owing to the limited evidence base (only four studies matched their criteria for robust research studies), and they suggested that future research «should focus on determining the functional outcomes of activity programmes, and the influence of the environment during these programmes» (p. 4). In order to fully optimise service development opportunities in Norway, occupational therapists need to be ready with consistent, high quality outcome data to evidence the contribution that can be made through occupational therapy interventions. Through the «appropriate use and recording of outcomes data» occupational therapists can «demonstrate their broad remit across a range of service configurations and requirements» (COT, 2013, p. 3).

## CLIENT-CENTRED OUTCOME MEASUREMENT

Whilst it is very important for occupational therapists to be cognisant of the pre-determined outcomes expected by the funders/commissioners of their service (these may be articulated in a service specification or commissioning contract) and carefully select outcome measures that can be used to evidence that these outcomes are being delivered, it is also of paramount importance for occupational therapists to establish a client's *desired outcome* as part of the initial assessment process. Where possible, a client-centred intervention plan to achieve desired outcomes is then developed, but if this is not realistic or feasible within the confines of the pre-determined outcomes that the service is expected to deliver, then the therapist will need to collaborate with the client to agree on a more realistic *negotiated outcome* (articulated as an intervention goal). At this point, the therapist should undertake a baseline assessment related to the negotiated outcome in order to evaluate, after an agreed time period, and establish the actual outcome achieved (Laver-Fawcett, 2012). A lack of clarity regarding desired versus service level-predetermined outcomes can lead to client dissatisfaction with the service provided. This is very relevant today given the increased expectation for *Patient Reported Outcome Measures* (PROMS; Department of Health, 2008). There is an increased «drive to extend the use of outcome measures to demonstrate both effectiveness and satisfaction with services received» (COT, 2013, p. 3). PROMS are used to obtain information about health from the

point of view of the service user (patient/client). They are being used at both population levels, for example to examine the range of health status and health needs of a population, and at an individual service user level to evaluate service outcomes. PROMS data is being used «for the purposes of audit, quality assurance and comparative performance evaluation» (Mackintosh, Gibbons, Casañas i Comabella and Fitzpatrick, 2010, p. 3). Mackintosh et al. (2010) explained that there are three types of PROMS which have been referred to as «generic health status» PROMS, «preference-based» PROMS and PROMS that are «Population-specific measures». They go on to define these as follows:

«Generic instruments comprise items intended to be relevant to the widest range of patient conditions and the general population. Preference-based measures are also broad in content but additionally provide utilities or values regarding health (for use in, for example, cost-utility analyses of interventions). Condition-specific instruments are often more focused on a particular disease or health condition (for example, diabetes), a patient population (for example, older people), a specific problem or symptom (for example, pain), or a described function (for example, activities of daily living).» (Mackintosh, et al. 2010, p. 3).

As client-centred practitioners (WFOT, 2010b), who value the person's perspective and gather this through self-report assessment methods and standardised tools, occupational therapists are well placed to implement Patient

Reported Outcome Measures into routine practice. There are some well-established self-report occupational therapy measures that can be used as PROMS. For example, the *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM; Law et al, 2005) is a very well established self-report outcome measure that has been translated into 24 languages, including Norwegian, and is now used in over 35 countries (for example, see: Carswell et al, 2004; Rehabilitation Measures Team, 2013). It has been categorised as providing Patient Reported Outcomes (Rehabilitation Measures Team, 2013). Following a semi-structured interview and a prioritisation of occupational performance problems through the person's self-rating of importance, up to five occupational performance areas are self-rated for both performance and satisfaction (Law et al, 2005).

In addition to specific occupational therapy outcome measures, occupational therapists should also consider using generic health status PROMS that measure constructs of relevance to occupational therapy outcomes, such as Quality of Life. Quality of Life is a multidimensional construct and comprises physical, emotional, mental, social, and behavioural components (Janse et al., 2004). The WHO defines QOL as «an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns» (WHO, 2014, paragraph 2). An example Generic PROM is the *World Health Organisation's Quality of Life measure* (WHOQOL) which is a multi-lingual and multi-generic quality

of life scale that was developed internationally. There is an additional 32 items that can be added onto the WHOQOL to assess Spirituality, Religiousness, and Personal Beliefs WHOQOL (SRPB; WHO; 2012). There is a shortened version, WHOQOL-BREF, which comprises 26 items and has evidence of validity and reliability (Skevington, Lotfy and O'Connell, 2004). It covers the four domains of: physical health; psychological health; social relationships; and environment. It also examines the person's perception of overall quality of life and perception of overall health. The study to evaluate its psychometric properties used cross-sectional data (n = 11,830 adults) obtained from a survey of adults undertaken in 23 countries (Skevington, Lotfy and O'Connell, 2004). The Norwegian version of the WHOQOL-BREF has been reported to have satisfactory psychometric properties (Hanestad, Rustøen, Knudsen, Lerdal and Wahl, 2004) and has been used as a research measure in Norway (e.g. Johansen, Wahl, Eilertsen, Weisaeth and Hanestad, 2007).

Another measure of quality of life of use to occupational therapists is the *Euro-Qol EQ-5D*. In a review of quality of life health measures, Németh (2006) categorised Euro-Qol as a Preference-based measure. EQ-5D is a standardised measure of health outcome and can be used with people with a range diagnoses receiving a range of interventions. The results provide a descriptive profile and a single index value for health status (EuroQol Group, 2014). EQ-5D is a self-report measure and can be used as a survey or administered via interview. It is quite straightforward and quick

to undertake and instructions for completion are provided within the questionnaire. EQ-5D has been used for a number of research studies in Norway (e.g., Nord, 1991; Høifødt, Lillevoll, Griffiths, Wilsgaard, Eisemann, Waterloo and Kolstrup, 2013). Another potential PROM for occupational therapists to consider using in Norway is the *Norwegian Function Assessment Scale* (NFAS; Brage, Fleten, Knudsrod, Reiso, and Ryen, 2004 as cited by Østerås et al., 2008, p. 2). This was designed as a self-report instrument «to assess the need for rehabilitation, adjustment of work demands among sick-listed persons as well as the rights to social security benefits» (Østerås et al., 2008, p. 2). The NFAS has 39 test items which link to the activities/participation dimension in the WHO (2002) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and which assess both physical and mental functioning in working life and activities of daily living.

In *conclusion*, all occupational therapists have an ethical responsibility to ensure they have the up to date knowledge and skills to select, implement, analyse and report the results of standardised outcome measures. Occupational therapists must be committed to contributing to the evidence base related to the effectiveness of occupational therapy interventions and use valid and reliable outcome measures in both service evaluation and research activities. Time spent identifying and critically appraising potential standardised measures to use in practice and spent learning to administer a standardized outcome measure should be prioritised as important continuing professional develop-

ment activities. Such activities contribute to the wider development of the service and can be of significant benefit to service users if their implementation results in more efficient and effective assessment and a better understanding of the actual outcomes that are being achieved. Occupational therapists who choose to continue to use non-standardised measures must consider their limitations related to accuracy and reliability (Laver Fawcett 2007). Using non-standardised assessments to evaluate interventions is no longer acceptable to service commissioners/funders. If therapists continue to use unstandardised methods of evaluation the «potential impact on professional credibility and the welfare of service users» should not be underestimated (COT, 2013, p. 2). If standardised outcome measures are not being routinely used in your occupational therapy practice, act now!

## References

- Alegria A., Vila D., Woo, M., Canino G., Takeuchi D., Vera M., Febo V., Guarnaccia P., Aguilar-Gaxiola S., & Shrout P. (2004) Cultural Relevance and Equivalence in the NLAAS Instrument: Integrating Etic and Emic in the Development of Cross-Cultural Measures for a Psychiatric Epidemiology and Services Study of Latinos. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 13(4) 270–288. [online] Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2771729/> [Accessed 13 March 2014].



- American Occupational Therapy Association (AOTA; 2008) Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (2nd edition). *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6): 625-683.
- Asher, I.E. (2007) *Occupational Therapy Assessment Tools: An Annotated Index* (3rd Ed). Bethesda, MD: AOTA Press.
- Ballinger, C., & Wiles, R., (2001) A critical look at evidence based practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(5), 253 – 255.
- Baum, C. M., & Edwards, D. F. (2008). Activity Card Sort (ACS): *Test manual* (2nd Ed). Bethesda, MD: AOTA Press.
- Baum, C.M., Morrison, T., Hahn, M. & Edwards, D. F (2008). *Executive Function Performance Test (EFPT; Test Protocol Booklet*. St. Louis, MO: Program in Occupational Therapy Washington University School of Medicine [on-line] Available from: <http://www.rehabmeasures.org/PDF%20Library/EFPT%20-Test%20Booklet%20pdf%20may%202008.pdf> [accessed 11 March 2014].
- Bonsaksen, T., Myraunet, I., Celo, C., Granå, K. E. & Ellingham, B. (2011). Experiences of occupational therapists and occupational therapy students in using the Assessment of Communication and Interaction Skills in mental health settings in Norway. *British Journal of Occupational Therapy*, 74 (7): 332-338. DOI: <http://dx.doi.org/10.4276/O3080221X13099513661117>
- Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N (2004) The Canadian Occupational Performance Measure: A research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71 (4): 210 – 222
- Chan, V.W.K., Chung, J.C.C., & Packer, T.P. (2006) Validity and reliability of the Activity Card Sort – Hong Kong Chinese version. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 26(4), 152-158.
- Cole B, Finch E, Gowland C, Mayo N (1995) *Physical Rehabilitation Outcome Measures*. London: Williams and Wilkins.
- College of Occupational Therapists (COT; 2013) *Position Statement: Occupational therapists' use of standardized outcome measures*. London: COT [online] Available from: [http://www.cot.co.uk/sites/default/files/position\\_statements/public/COT%20Position%20Statement%20-%20measuring%20outcomes.pdf](http://www.cot.co.uk/sites/default/files/position_statements/public/COT%20Position%20Statement%20-%20measuring%20outcomes.pdf) [accessed 8.2.14].
- Corr, S (2003) Editorial - Evaluate, evaluate, evaluate. *British Journal of Occupational Therapy*. 66(6):235
- Creek J (2003) *Occupational therapy defined as a complex intervention*. London: College of Occupational Therapists.
- Department of Health (2008) *Guidance on the routine collection of Patient Reported Outcome Measures (PROMs): For the NHS in England 2009/10* Available from: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_092625.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_092625.pdf) [Accessed 11 March 2014].
- Duncan, E.A.S. (Ed; 2009). *Skills for Practice in Occupational Therapy*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Eriksson, G. M., Chung, J. C. C., Beng, L. H., Hartman-Maeir, A., Yoo, E., Orellano, E. M., van Nes, F., DeJonge, D., & Baum, C. (2011). Occupations of older adults: A cross cultural description. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 31(4) 182-92.
- EuroQol Group (2014) About EQ-5D. Rotterdam: Author [on-line] Available from: <http://www.euroqol.org/about-eq-5d.html> [Accessed 12 March 2014]
- Hanestad BR, Rustøen T, Knudsen O, Lerdal A, Wahl AK (2004) Psychometric properties of the WHO-QOL-BREF questionnaire for the Norwegian general population. *Journal of Nursing Measurement*, 12(2): 147-159
- Hayley SM, Coster WJ, Ludlow LH (1991) Pediatric functional outcome measures. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 2, pp. 689-723.
- Haywood HC, Lidz CS (2007) *Dynamic assessment in practice: Clinical and educational applications*. New York: Cambridge University Press.
- Høifødt RS(1), Lillevoll KR, Griffiths KM, Wilsgaard T, Eisemann M, Waterloo K, Kolstrup N. (2013). The clinical effectiveness of web-based cognitive behavioral therapy with face-to-face therapist support for depressed primary care patients: randomized controlled trial. *Journal of Med Internet Resear-*ch,15(8):e153. doi: 10.2196/jmir.2714.
- Janse A. J., Gemke B. J., Uiterwaal P. M., van der Tweel I., Kimpfen L. L., & Sinnema G. (2004). Quality of life: Patients and doctors don't always agree: A meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*. 57, 653-661.
- Jong AM, van Nes FA, Lindeboom R. (2012) The Dutch Activity Card Sort institutional version was reproducible, but biased against women. *Disabil Rehabil* 34(18):1550-1555.
- Laver, A.J. & Powell, G.E. (1995) *The Structured Observational test of Function (SOTOF)*. Windsor: NFER-Nelson
- Laver Fawcett A. J. (2012). Chapter 18. Assessment, Evaluation and Outcome Measurement. In: E. Cara & A. MacRae. *Psychosocial Occupational Therapy: An Evolving Practice. 3rd Edition*. Hingham Massachusetts: Cengage Learning - Delmar Publishers.
- Laver Fawcett A. J. (2007) *Principles of Assessment and Outcome Measurement for Occupational Therapists and Physiotherapists: Theory, Skills and Application*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.
- Laver-Fawcett AJ, Mallinson S H (2013). Development of the Activity Card Sort - United Kingdom version (ACS-UK). *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 33 (3), 134-145. DOI: 10.3928/15394492-20130614-02
- Law, M., (2013). Editorial: Participation in occupations across the lifespan. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(2), 49.
- Law M (1993) Evaluating activities of daily living: directions for the future. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, pp. 233-237.
- Law, M., Baum, C. & Dunn, W. (2005). *Measuring occupational performance: supporting best practice in occupational therapy*. Thorofare, NJ: Slack.
- Law, M. & McColl, M.A. (2010). *Interventions, effects and outcomes in occupational therapy*. Thorofare, NJ: Slack
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatojko, H. & Pollock, N. (2005). *The Canadian Occupational Performance Measure* (4th Edition). Ottawa, Canada: Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT)

Publishing.

Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., Philpot, A., Westmorland, M. (1999). *Effectiveness of Activity programmes for older persons with dementia: a critical review of the literature*. Ontario: Occupational Therapy Evidence-based Practice Research Group, School of Rehabilitation Science, Building T-16. McMaster University [on-line] Available from: [http://www.cotfcanada.org/documents/critical\\_reviews/CLR3.pdf](http://www.cotfcanada.org/documents/critical_reviews/CLR3.pdf) [Accessed 13 March 2014].

Lidz C (1991) *Practitioner's Guide to Dynamic Assessment*. New York, USA: Guilford Press.

Mackintosh, A., Gibbons, E., Casañas i Comabella, C., & Fitzpatrick, R. (2010) *A Structured review of Patient-reported outcome measures used in elective procedures for coronary revascularisation*. Oxford: Patient-reported Outcome Measurement Group, Department of Public Health, University of Oxford [online] Available from:

[http://phi.uhce.ox.ac.uk/pdf/Elective-Procedures/PROMs\\_Oxford\\_Elective%20Cardiac\\_012011.pdf](http://phi.uhce.ox.ac.uk/pdf/Elective-Procedures/PROMs_Oxford_Elective%20Cardiac_012011.pdf) [accessed 13 March 2014].

Model of Human Occupation Clearinghouse (2014) *Translated MOHO Assessments* [on-line] Available from: <http://www.cade.uic.edu/moho/resources/translations.aspx#Norwegian> [Accessed 13 March 2014].

Németh, G (2006). Health related quality of life outcome instruments. *European Spine Journal*; 15(Suppl 1): S44–S51. doi: 10.1007/s00586-005-1046-8 [online] Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3454556/> [accessed 15 March 2014].

Nord, E. (1991) EuroQol: Health-related quality of life measurement. Valuations of health states by the general public in Norway. *Health Policy*, 18: 25-36 [on-line] Available from: <https://euro-qol.box.com/s/z8zpdK3rg31cdRmi08p4> [accessed 12 March 2014]

Norwegian Ministry of Health and Care Services (NMHCS; 2006a) *Report No. 25. Long term care plan - Future Challenges*. *Care Plan 2015*. (English translation). Norwegian Ministry of Health and Care Services. [online] available from:

[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan\\_2015/Report\\_No\\_25\\_to\\_the\\_Storting.pdf#search=occupational therapy](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Report_No_25_to_the_Storting.pdf#search=occupational%20therapy) [Accessed 28 February 2014].

Norwegian Ministry of Health and Care Services (NMHCS; 2006b). *Sub Plan of Care plan 2015: Dementia Plan 2015* (English translation). Norwegian Ministry of Health and Care Services. [online] available from: [http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20KTA/DementiaPlan2015.pdf#search=occupational therapy](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20KTA/DementiaPlan2015.pdf#search=occupational%20therapy) [Accessed 28 February 2014].

Østerås, N., Gulbrandsen, P., Garratt, A., Benth, J.S., Dahl, F.A., Natvig, B. & Brage, S. (2008) A randomised comparison of a four- and a five-point scale version of the Norwegian Function Assessment Scale. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008, 6:14 doi:10.1186/1477-7525-6-14. [on-line] Available from: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-6-14.pdf> [accessed 17.12.13].

Packer, T. L., Boshoff, K., & DeJonge, D. (2008). Development of the Activity Card Sort – Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55, 199–206.

Rehabilitation Measures Team (2013). [on-line] Available from: *Rehab Measures: Canadian Occupational Performance Measure*. <http://www.rehab-measures.org/Lists/RehabMeasures/DispForm.aspx?ID=928> [Accessed 13 March 2014].

Skevington, S.M., Lotfy, M. & O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHO-QOL group. *Quality of Life Research*. 13(2) 299-310. [online] available from: <http://www.pain-initiative-un.org/doc-center/en/docs/The%20World%20Health%20Organization's%20WHO-QOL-BREF%20quality%20of%20life%20.pdf> [accessed 11 March 2014].

Toglia, J. P. (1993). Contextual Memory Test (CMT). San Antonio, TX: Pearson  
Turner-Stokes, L. (2000). *Measurement of outcome in rehabilitation: the British Society of Rehabilitation Medicine «Basket of Measures»*. [online] Availa-

ble from: <http://www.bsrm.co.uk/ClinicalGuidance/OutcomeMeasuresB3.pdf> [accessed 28 February 2014].

Unsworth C (2011) Evidence-based practice depends on the routine use of outcome measures. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(5), 209.

Johansen, V.A., Wahl, A.K, Eilertsen, D. E., Weisaeth, L. & Hanestad, B.R. (2007). The predictive value of post-traumatic stress disorder symptoms for quality of life: a longitudinal study of physically injured victims of non-domestic violence. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5: 26 doi:10.1186/1477-7525-5-26 [on-line] Available from: <http://www.hqlo.com/content/5/1/26> [accessed 11 March 2014].

World Health Organisation (WHO; 2014). *WHOQOL: Measuring Quality of Life: Introducing the WHOQOL instruments*. Geneva: Author. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whogol-qualityoflife/en/> [accessed 11 March 2014].

World Health Organisation (WHO; 2012) *WHOQOL-SRPB field test instrument*. Geneva: Author. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77777/1/WHO\\_MSD\\_MER\\_Rev.2012.04\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77777/1/WHO_MSD_MER_Rev.2012.04_eng.pdf) [accessed 11 March 2014].

World Health Organisation (WHO; 2002) *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF*. Geneva: Author. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf> [accessed 17 December 2013].

World Federation of Occupational Therapists (WFOT; 2010a) *Statement on Occupational Therapy*. WFOT [on-line]. Available from: <http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT%20ON%20OCCUPATIONAL%20THERAPY%20300811.pdf> [accessed 28 February 2014].

World Federation of Occupational Therapists (WFOT; 2010b) *Position Statement: Client Centredness in Occupational Therapy*. WFOT [online]. Available from: <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx> [accessed 28 February 2014].

## OCCUPATIONAL THERAPY PROCESS IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL

# USING THE ROLE CHECKLIST VERSION 2: QUALITY OF PERFORMANCE

---

Av Maya Aslaksen, Patricia J. Scott, Lena Haglund, Brian Ellingham og Tore Bonsaksen

*Maya Aslaksen is Occupational Therapist at Psychiatric Department, Lovisenberg Diakonale Hospital, Oslo, Norway.*

*Patricia J. Scott is Occupational Therapist and Associate Professor at Indiana University, Indianapolis, USA.*

*Lena Haglund is Occupational Therapist and Associate Professor at Linköping University, Linköping, Sweden, and President of the Swedish Association of Occupational Therapists.*

*Brian Ellingham is Occupational Therapist and Assistant Professor at Oslo and Akershus University College, Oslo, Norway.*

*Tore Bonsaksen is Occupational Therapist and Associate Professor at Oslo and Akershus University College, Oslo, Norway.*

*Corresponding author: Maya Aslaksen, e-mail [Maya.Aslaksen@lds.no](mailto:Maya.Aslaksen@lds.no)*

### USING THE ROLE CHECKLIST VERSION 2: QUALITY OF PERFORMANCE

#### Abstract

**For several decades,** occupational therapy researchers have collected data about clients' role performance with the Role Checklist, a widely used assessment tool, which collects self-reported information about clients' roles. The Role Checklist includes two parts; Part 1 gathers data about role incumbency and Part 2 gathers data about role value. In 2008, Part 3 for the Role Checklist was developed to address occupational role performance, specifically prompting clients to rank the quality of their current role performance compared to their highest prior level. This reflects the client perspective of occupational participation corresponding to the performance capacity component of MOHO; thus establishing the Role Checklist Version Two: Quality of Performance (RC V2: QP).

This paper illustrates by a case example how a therapist used the recently translated RC V2: QP in a psychiatric hospital setting in Norway in order to determine the extent to which the RC V2: QP supports the goal setting process as well as the therapist-client experience to verify subjective feasibility. It was reported that use of this instrument to guide the clinical interview was a positive experience for both the client and the therapist. The client had an opportunity to reflect upon his roles and how he would like to change them. The occupational therapist experienced that the interdisciplinary team working with this patient gradually developed a more comprehensive understanding of the patient's challenges and resources. The RC V2: QP provided a basic set of information about the patient's roles that was useful for setting treatment goals.

**Keywords:** Roles, role checklist, mental health, assessment, occupational therapy

*There are no conflicts of interest related to this article.*

## INTRODUCTION

Occupational therapists follow a client-centered approach and as such are responsive to patient needs and goals. Kielhofner (2008) describes how assessing occupational role performance is an ideal way to capture participation since roles represent the intersection of the individual's identity and societal status. Thus, occupational therapists are particularly interested in how roles structure occupational performance to enable participation in society.

A study by Lee (Lee, Taylor, Kielhofner, & Fisher, 2008) of therapists who used the MOHO to guide their practice, revealed the Role Checklist to be the second most frequently used assessment next to the Modified Interest Checklist. For several decades, occupational therapy researchers have collected self-reported information about clients' roles and role performance with the Role Checklist. Research on persons with physical and mental disabilities have consistently reflected a lower number of present as compared to past roles, and a desire for more future than present roles (Eklund, 2001; Hachey, Boyer, & Mercier, 2001; Schindler, 2008).

The Role Checklist Version 2: Quality of Performance (RC V2: QP) is theoretically consistent with both the Model of Human Occupation (Kielhofner, 2008) and the participation construct of the ICF (Scott, 2013). Part 1 gathers data about role incumbency and Part 2 gathers data about role value. In 2008, Part 3 for the Role Checklist was developed to address the clients perception of their occupational role performance, specifically prompting clients to rank the quality of their current role performance compared to their highest prior level as worse, same or better, thus establishing the RC V2: QP (Scott, McFadden, Yates, Baker, & McSoley, in revision).

There are several standards applied to assess the utility of an instrument. The most common are psychometric; i.e. assessing to what extent the instrument is reliable and valid. In the case of the RC V2: QP, good to excellent reliability and construct validity have been established with the original English version (Oakley, Kielhofner, Barris, & Reichler, 1986; Scott et al., in revision) as well as with previously translated versions (Cordeiro, Cameli-er, Oakley, & Jardim, 2007). Polit and Beck (2004; 2008) stated that clinical relevance, scientific merit and the implementation potential of an assessment must be taken into consideration. The role checklist

has reported objective feasibility (Dickerson, 2008). The RC V2: QP retains these features. The addition of Part 3, Quality of Performance, adds the opportunity for patient change during the intervention process. It was therefore important to verify the subjective feasibility of the RC V2: QP.

When the first Swedish version of the RC V2: QP was completed a pilot study was performed. Four experienced occupational therapists used the RC V2: QP in their daily work in an outpatient psychiatric unit. After using it with at least ten clients they all stated that they would use it in the future and that they could recommend it to colleagues. The RC V2: QP helped them to understand the client's occupational situation better. It also facilitated documentation. Two of the occupational therapists felt that it helped them in the treatment planning process, whereas the other two did not. However, all four stated that the layout of it could be improved by having all three parts on one page instead of three, and that it would be easier to fill in the checklist if you could see your responses to previous questions.

The clients' view of the RC V2: QP was similarly investigated. Eighteen clients filled in an evaluation questionnaire anonymously after having completed it. Fifteen stated that they found the introduction part of the RC V2: QP suitable. The wording of question 10 made the question a bit hard to understand. The layout was appropriate; only four wanted the layout to be changed. However, all commented that they would prefer to have the opportunity to add comments after having completed it. The occupational therapists also mentioned this point. Most importantly for the future use of the RC V2: QP, however, 16 of the 18 clients stated that they found that it addresses important issues, even though it was harder to complete part 3 than the first two parts. This pilot study, thus, supports the continued development and use of the RC V2: QP.

The original Role Checklist is specifically designed for the phases of goal negotiation and goal setting, and the RC V2: QP adds a measure of client satisfaction. It seems likely that this instrument could be useful in the phases of goal negotiation, goal setting, then appraisal and feedback. This paper illustrates by a case example how a therapist used the recently translated RC V2: QP in a psychiatric hospital setting in Norway in order to support the goal setting process. It also serves to explore the subjective feasibility of the instrument in the process.



## Using the Role Checklist V2: QP in a psychiatric hospital: A case report

The following report is based on the first author's clinical experience with using the RC V2: QP in a psychiatric hospital in Oslo. In the case discussion all references to the role checklist refer to the RC V2: QP, unless otherwise stated.

One aspect of occupational therapy in this facility is related to functional assessment and making assessments about the types and extent of interventions that can be appropriate after the patients' discharge from hospital. A large proportion of the patients are unemployed, and many of them participate in few or no leisure activities. Many have a small and insufficient social network, or they may have increasingly isolated themselves from friends and family prior to being admitted to the hospital. Thus, one goal of the hospital stay is often to assist the patient in reestablishing activities and a social network.

In the following, information about the patient has been altered so that he cannot be identified, and we have given the patient a pseudonym: «Martin». Martin was in his late twenties and had approached his local medical center and asked to be admitted to the psychiatric hospital. On admission, he appeared psychotic with paranoid delusions. At the time of his referral to occupational therapy, the responsible physician considered him to have recovered substantially from his initial psychotic symptoms. Information from the patient record revealed that he lived with an aunt and had gradually isolated himself in the apartment over the last two years. He received a temporary disability pension and had, at the time, no particular occupations to structure his daily life. Over the last years he had lost contact with his friends, and most of his time was spent at his computer where he engaged in online gaming and social media.

Considering this initial information from the patient record, we assumed that Martin had lost many roles and that using the role checklist could be appropriate. In addition, we saw this as an opportunity to explore the usefulness of the role checklist in clinical work.

### ADMINISTRATION OF THE ROLE CHECKLIST

Martin received the information about the role checklist with interest. He chose that the occupational therapist would complete the form during a structured interview. Martin was informed that the

interview would last about one hour, and he was sufficiently focused during the interview to be able to complete it in one session.

During the interview, the definitions provided in the role checklist were used. Martin provided elaborate answers to several of the questions about roles, and shared from the beginning much of his personal reflections and experiences concerning these. His openness about his roles, as he experienced them, led to a dynamic interview that yielded a lot of information that would not likely have been captured if the checklist had been completed independently by Martin. The added information was recorded on the role checklist sheets in the form of work notes. As he provided elaborate answers, we had the opportunity to gain an in-depth understanding of what the roles, and the loss of important roles, meant to him. In addition, the interview format made it possible, in view of his recent psychotic episode, to consider the realism of his answers and to make sure that he had understood the questions.

The open conversation style of the interview represented a challenge in terms of ensuring that the whole checklist was completed within the estimated time frame. However, Martin allowed himself to be guided from one topic to the next in order to address the different aspects of roles – the roles in relation to time (Part 1), in relation to their perceived value (Part 2), and in relation to past and present functioning (Part 3).

### INFORMATION ELICITED BY THE ROLE CHECKLIST

Some of the additional information from the interview will be presented first, as this provides a context for understanding Martin's roles and role functioning.

Martin had started but not completed secondary education due to social anxiety. Since then, he had gradually become more isolated, and during the last two years had not been outside his home except when he needed to go shopping. In this period of his life he moved in with his aunt for economic reasons. The aunt did most of the household chores, and he kept mostly to himself in his room. To achieve a certain level of social interaction he participated in social forums on the internet, and had created several pseudonyms to be used in these. Due to things he had written in the internet forums, he had a feeling that people disliked him and potentially would want to harm him. He had given up on leisure activities, such as playing basketball. Eventually, he was afraid

that he might accidentally run into friends and acquaintances, or that he might be recognized from his activities in social forums on the internet.

When talking to the occupational therapist in the interview, he was eager to change his lifestyle. At this point, he had already started basketball training in the hospital gym, and he had met two old friends. He had initiated a meeting with the local work and welfare administration (NAV) in order to make plans for getting a job. He conveyed the desire to become a more active participant in society, but was afraid that he would be disliked and dismissed.

Martin's previous roles were: student, worker, home maintainer, friend, family member, and hobbyist. Three sub-categories were created for the hobbyist role; namely computer user, sports performer, and newspaper reader. In addition to this, he defined a personal role under «other» which he labeled «participant in society». To Martin «participant in society» meant being accepted as part of a community. At the time, he interpreted the patient role as a way of being a participant in society, but he was not satisfied with this. He had lost some of his previous roles; those were student, worker, and friend. The roles he wanted in the future were: student, worker, volunteer, caregiver, home maintainer, friend, family member, computer user, newspaper reader, sports participant, participant in organizations, and participant in society. All of these roles were valuable or very valuable to him. He considered that having the roles of student, volunteer, caregiver and participant in organizations would be long-term goals, and thus, these roles were not addressed during the work at the hospital.

Among the roles Martin had now were the roles of family member and the hobbyist roles of sports participant, newspaper reader and computer user. Compared to earlier in life, he now felt that he functioned better as home maintainer and family member. It was difficult for him to assess his own level of functioning in the home maintainer role, as he now was admitted to hospital. However, he felt more motivated to have his surroundings clean and tidy, and he felt that maintaining his room on the ward was a task that he was up to. While living with his aunt, he had felt little motivation for household work, but now he wanted to have his own apartment to live in. In the role of sports participant, he felt he had improved during his stay in the hospital, because he had started practicing basketball in the gym, something he had not done for several years. Ho-

wever, as he used to play basketball on a local team and now only played in the hospital, he considered his functioning in this role as worse than before. Martin's roles, their perceived value, and his perceived functioning in the roles are displayed in Table 1.

Summarising the findings from the role checklist, Martin had lost most of his previous roles, many of which he valued highly. These included the roles of worker, student, and friend. With regard to his current roles of sports participant (personal subcategory under the role hobbyist) and participant in society (personal other role), he felt that his functioning now was lower than his previous levels. With regard to the roles of home maintainer and family member, he now felt that he functioned better compared to his previous functioning.

## **TRANSFORMING AN UNDERSTANDING OF ROLES INTO CLINICAL PRACTICE**

A few days after the interview, Martin and the occupational therapist looked at the results from the role checklist with the aim of identifying possible goals that he could work towards during treatment. Martin stated that the most important roles to work on were: worker, friend, and sports participant. He had arrived at an understanding of these roles as being crucial for his functioning in the valued role of participant in society. After being admitted to the hospital, he had taken up again the role of sports participant. However, as he had only been performing this role within the boundaries of the hospital, we discussed whether or not doing exercise activities at a local gym center might be an appropriate goal for him. This way, he could further develop his desired role of sports participant.

Martin did not want to commit to this, as he had become ambivalent about being in treatment. His ambivalence may have been largely due to his disagreement with the doctor's diagnosis and the prescribed medication. However, it may also have been that he would need to commit to making serious changes in terms of his role participation if his life situation was to improve. Making such changes would represent a major task for him, a task which he had long avoided. On a positive note, Martin eventually took part in a group at the hospital, focusing on ball games. More importantly, he also arranged for a meeting with NAV concerning his future possibilities for work and education, and he contacted some of his old friends and met with them twice during the following weeks. He also decided to continue with

Role	Part I: Time	Part II: Value	Part III: Functioning
STUDENT Attending school on a part-time or full-time basis	Past x Present Future x	Not at all valuable Somewhat valuable Very valuable x	Worse Same Better
WORKER Part-time or full-time paid employment	Past x Present Future x	Not at all valuable Somewhat valuable Very valuable x	Worse Same Better
VOLUNTEER Donating services, at least once a week, to a hospital, school, community, political campaign, and so forth	Past Present Future x	Not at all valuable Somewhat valuable Very valuable x	Worse Same Better
CAREGIVER Responsibility, at least once a week, for the care of someone such as a child, spouse, relative, or friend	Past Present Future x	Not at all valuable Somewhat valuable Very valuable x	Worse Same Better
HOME MAINTAINER Responsibility, at least once a week, for the upkeep of the home such as housecleaning or yard work	Past x Present x Future x	Not at all valuable Somewhat valuable x Very valuable	Worse Same Better x
FRIEND Spending time or doing something, at least once a week, with a friend	Past x Present Future x	Not at all valuable Somewhat valuable Very valuable x	Worse Same Better
FAMILY MEMBER Spending time or doing something, at least once a week, with a family member such as a child, spouse, or other relative	Past x Present x Future x	Not at all valuable Somewhat valuable Very valuable x	Worse Same Better x
RELIGIOUS PARTICIPANT Involvement, at least once a week, in groups or activities affiliated with one's religion	Past Present Future	Not at all valuable Somewhat valuable Very valuable	Worse Same Better
HOBBYIST / AMATEUR* Involvement, at least once a week, in a hobby or amateur activity such as sewing, playing a musical instrument, woodworking, sports, the theater, or participating in a club or team	Past x Present x Future x	Not at all valuable Somewhat valuable Very valuable x	Worse x Same Better
PARTICIPANT IN ORGANISATIONS Involvement, at least once a week, in organisations such as civic organisations, political organisations, and so forth	Past Present Future x	Not at all valuable Somewhat valuable x Very valuable	Worse Same Better
Is there a role not listed which you have performed, are presently performing, and/or plan to perform?	Yes x No		
OTHER ROLE: PARTICIPANT IN SOCIETY Involvement, at least once a week, in the other role you identified above	Past x Present x Future x	Not at all valuable Somewhat valuable Very valuable x	Worse x Same Better

Table 1 Martin's Role Checklist V2: QP results

*Note. The Role Checklist: © Copyright 1981 and Revised 1984, 2006 by Frances Oakley, MS, OTR/L, FAOTA; Modified 2008 by Patricia J. Scott, translated into Norwegian by Tore Bonsaksen. The Norwegian translation of the RC V2: QP (Parts 1-3) can be obtained from Tore Bonsaksen (tore.bonsaksen@hioa.no) at Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Oslo, Norway. \*This role was divided into three sub-categories for Martin. The results provided in the table are concerned with the role of «sports participant». Martin's responses to the role checklist are indicated by «x» behind the response alternatives.*

the exercise he had just begun, and planned to join a gym studio after being discharged from the hospital.

## Discussion

Administering the role checklist in a flexible way; that is, moving back and forth between different themes, worked well with Martin. However, if the patient is less able to follow the flow of changing themes in the interview, it may be easier to focus on one role at the time and assess role incumbency, value, and functioning for each role before moving to the next. This procedure would avoid changing the subject matter as Parts 1, 2, and 3 of the role checklist would be completed in a sequence for each role. Changing the sequence like this would not likely interfere with the results obtained from the role checklist, and as such, this modified procedure may be used by therapists if considered more appropriate for any given client.

Martin suggested alternative definitions for some of the roles as defined in the role checklist. Particularly, this was the case for friend and religious participant. Martin felt it was appropriate to check for friend as a current role, as he had reestablished contact with some old friends. However, this did not fit with the role checklist's definition of friend, as he did not have contact with them on a weekly basis. He had met with each of the two friends lately, but at the time of completing the role checklist, this was more than a week ago. This appears to be a more general aspect of modern life in a country like Norway – a person may not necessarily have contact with friends on a weekly basis, but would still likely view him- or herself as being someone's friend.

Martin associated the role of religious participant with having faith and hope. He conveyed that he was not associated with any one specific religion, but still he believed in a spiritual aspect of the human being. Based on this consideration, he felt unsure as to whether or not he should check for having this role presently. Both of the above mentioned examples indicate that clinically important nuances of the person's role participation may not be captured by the role checklist if it is rigidly applied according to established definitions. However, in clinical use, contextualising the definitions (in terms of role content or defined time intervals) will make the information obtained useful at the individual level, whereas comparisons will be difficult to make (McKenna, Liddle, Brown, Lee, & Gustafsson, 2009).

Martin was insecure about how he should indi-

cate the value of each role. He felt that the roles of friend and hobbyist were both important, but in different ways. Performing a hobby, like using the computer, was important because it provided him with day structure and a sense of efficacy in his everyday life. The roles of friend and worker, on the other hand, had a deeper meaning for him. Still, all of these roles were considered very important. This issue refers to a general problem with response alternatives, as they may not fully capture the nuances of how the person actually feels or thinks about the question. A flexible administration – in this case, formed as an interview – made a more nuanced response possible for Martin to express. Certainly, these experiences resonate with those of the Swedish pilot study mentioned previously, in which all the participants emphasized that it would be a good idea to include the possibility of adding explanatory comments to the checklist items.

It is interesting that Martin chose to add «participant in society» as a role under «other». Occupational performance, the construct measured by the role checklist, is participation in society. The second author describes this construct in a recent article and argues how occupational performance as measured by the role checklist is consistent with the ICF definition of participation (Scott, 2013). His choice to add this as a separate role could be seen as him «getting it». In other words, the use of the role checklist, performed as a semi-structured interview, led Martin to conceptualize the idea of these roles as participation – something he apparently desired. Viewing this in light of his illness-related problems, where isolation, social anxiety, and paranoid reasoning were important features, became important.

The role pattern Martin had at admission, with no roles requiring him to leave the house, aligns with findings from a Swedish study on roles of persons with schizophrenia (Eklund, 2001). This study showed that home maintainer, family member, and hobbyist were the most common roles in the sample of patients who all had a diagnosis within the schizophrenia spectrum. To Martin, it was important that he had felt like an outsider amongst others, and gradually he had also felt as if he was unwanted and dismissed by society in general. Based on the results of the role checklist, he did not have a single activity in his daily life that connected him to persons other than the aunt he lived with. Social media on the internet turned out to be the only link he had to other persons, and in these settings, he performed the activity using pseudonyms.



Reflecting upon this in a later stage of the process, his activities on the internet being brought to the surface may have been an opportunity to discuss with him what these virtual reality roles meant to him and how they related to his desired role as a participant in society – a participant for real. Indeed, he felt that he was a participant in society, but he was not content with the way in which he participated. This aligns with previous research findings, as persons with disabilities (both physical and psychosocial) appear to participate less in roles than others, and they appear to have less personally valued roles (Dickerson & Oakley, 1995). Reflecting upon the results from the role checklist, Martin could identify the roles that he felt were most closely related to the role of participant in society. In this way, it became clearer to him what he needed to do to be more content with his participation. In the future, Martin wanted to focus more on giving something to others, like participating as a volunteer or by doing work for charity organizations. Martin expressed that his personal values had changed in this direction since his admission to the hospital, and that being able to help others was more important to him than social status and money. After returning to work at some time in the future, he wished to engage in voluntary work as an expression of his new values.

The role of family member was a sensitive one to Martin, and it gave rise to strong feelings when he was asked about this role. He wanted to move and to live by himself, but he was also afraid he would let his aunt down. This ambivalence may be understood in terms of role change, as moving out to live on his own would be making a change that would strongly affect one of his most valuable roles at the time; the role of family member. Considering Martin's current role pattern, he participated very little in roles that included relationships with other people. The role of family member was the only role in which he actually related to other persons on a regular basis, and as such, this role was of great significance to him.

The results from the role checklist provided, in addition to knowledge about Martin's performing in different roles, information about the value he attached to each of them. He conveyed that he benefited from reflecting upon the roles that were important to him during the interview. He noticed that he no longer had the roles he considered important, and he related this to his experience of not being contented with his role of participant in society. He

thought that this was part of his experience of being an outsider, and further that it could have played a part in his experiencing paranoia. It appears that using the role checklist in this way elicited emotional reaction in Martin related to his conflicting desires, but also that he developed new and potentially important insights during the process.

## CONCLUSION AND FUTURE DIRECTIONS

Martin felt that focusing on his participation in roles had been a positive experience during treatment. The interview had been a good opportunity to reflect upon his roles, how he valued them, and how he would like to change them. Initially, he had become more motivated to make changes in this respect, and he eventually spent time in the hospital to reclaim several of his most important roles. After analysing the data from the role checklist, the occupational therapist found that presenting the findings to Martin and discussing them with him provided a good starting point for setting treatment goals. The occupational therapist also experienced that the interdisciplinary team gradually developed a better understanding of Martin's challenges and resources related to functioning in roles.

Administration of the role checklist as part of a structured interview was shown to be effective in this case. However, standard administration where the client completes the role checklist either in person or electronically will still allow a dialogue between the client and the therapist. Additionally, standard administration will facilitate repeated administrations for large scale data collection for research purposes. Further research is needed to investigate the efficacy of the role checklist as an outcome measure where both the degree to which desired future roles on Part 1 move to the present column, and quality of performance moves from worse, to same or even better. Data on both of these metrics is needed to establish the instrument as a valid outcome measure, and build evidence for the value of occupational therapy interventions.

## References

- 
- Cordeiro, J. R., Camelier, A., Oakley, F., & Jardim, J. R. (2007). Cross-Cultural Reproducibility of the Brazilian Portuguese Version of the Role Checklist for Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(1), 33-40.
  - Dickerson, A. (2008). The role checklist. In B. Hemphill-Pearson (Ed.), *Assessments in Occupational Therapy Mental Health*:

- An Integrative Approach* (2 ed., pp. 251-258). Thorofare, NJ: SLACK Inc.
- Dickerson, A., & Oakley, F. (1995). Comparing the Roles of Community-Living Persons and Patient Populations. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(3), 221-228.
- Eklund, M. (2001). Psychiatric Patients' Occupational Roles: Changes Over Time and Associations with Self-rated Quality of Life. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(3), 125-130.
- Hachey, R., Boyer, G., & Mercier, C. (2001). Perceived and valued roles of adults with severe mental health problems. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 112-120.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lee, S. W., Taylor, R. R., Kielhofner, G., & Fisher, G. (2008). Theory use in practice: a national survey of therapists who use the Model of Human Occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(1), 106-117.
- McKenna, K., Liddle, J., Brown, A., Lee, K., & Gustafsson, L. (2009). Comparison of time use, role participation and life satisfaction of older people after stroke with a sample without stroke. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 56(3), 177-188. doi: 10.1111/j.1440-1630.2007.00728.x
- Oakley, F., Kielhofner, G., Barris, R., & Reichler, R. (1986). The Role Checklist: Development and empirical assessment of reliability. *Occupational Therapy Journal of Research*, 6(3), 158-170.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research. Principles and methods*. (7 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schindler, V. P. (2008). Developing roles and skills in community-living adults with severe and persistent mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 24(2), 135-153.
- Scott, P. (2013). Measuring participation outcomes following life-saving medical interventions: the Role Checklist Version 2: Quality of Performance. *Disability and Rehabilitation*, 1-5. doi: 10.3109/09638288.2013.833302
- Scott, P., McFadden, R., Yates, K., Baker, S., & McSoley, S. (in revision). The Role Checklist Version 2: Quality of Performance: Reliability and validation of electronic administration. *British Journal of Occupational Therapy*.

# HVA SKJER MELLOM OSS?

## VURDERING AV KOMMUNIKASJONS- OG SAMHANDLINGSFERDIGHETER HOS MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER

---

Av Ingunn Myraunet, Cecilia Celo, Brian Ellingham, Kjell-Emil Granå og Tore Bonsaksen

*Ingunn Myraunet er ergoterapeut og ansatt ved  
Diakonhjemmet Sykehus, Oslo  
E-post [ingunn.myraunet@diakonsyk.no](mailto:ingunn.myraunet@diakonsyk.no).*

*Cecilia Celo er ergoterapeut og ansatt ved Oslo  
Universitetssykehus.*

*Brian Ellingham er ergoterapeut og høgskolelek-  
tor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.*

*Kjell-Emil Granå er sosialpedagog og pensjo-  
nert høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og  
Akershus.*

*Tore Bonsaksen er ergoterapeut og førstelek-  
tor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.*

### Sammendrag

---

**Gjennom beskrivelse** av et eksempel fra praksis der Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) er benyttet, belyses det hvordan ergoterapeuter kan bistå pasienter med å bedre kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter. Hjelp til bedre fungering i kommunikasjon og samhandling med andre gis for at pasientene skal kunne fungere bedre i egen hverdag og få økt mestring i aktiviteter og deltakelse på sosiale arenaer. Erfaringene er at ACIS bidrar med konkret informasjon, gjennom observasjoner, om den enkeltes kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter. Dette kan være nyttig for ergoterapeuter som jobber med mennesker som har en psykisk lidelse. Vi har sett at verktøyet er anvendbart i psykisk helsearbeid, da utfordringene for denne pasientgruppen ofte kommer til uttrykk i samspill med andre. ACIS kan derfor med fordel benyttes som et utgangspunkt for å bistå mennesker til å kommunisere på en måte som kan fremme positive relasjoner til andre.

**Nøkkelord:** Kommunikasjon, samhandling, kartlegging, Model of Human Occupation

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

I møte med pasienter er det de individuelle historiene, og den enkeltes måte å kommunisere sin historie og relatere til de rundt seg på, som vi sitter igjen med. Historien om Emma er anonymisert, men basert på virkelige hendelser på en psykiatrisk sykehusavdeling.

## Emma

Emma var en dame i midten av 30-årene som hadde opplevd mange tidligere relasjonsbrudd. Emma hadde et lite nettverk og vanskeligheter med å holde på relasjoner. Episoder der hun feiltolket omgivelsene og konfronterte de rundt seg med vrangforestillinger, gjentok seg. Hun uttrykte ofte sinne. Fra barnsben hadde hun hatt foreldre som benyttet rusmidler, noe som hadde medført en ustabil tilværelse. Emmas erfaring fra da hun var barn tilsa at når hun fikk et valg kunne det bli feil uansett hva hun valgte, og at det kunne medføre straff. Derfor hadde det i mange situasjoner som voksen vært vanskelig for henne å stole på sine valg og på at de ikke fikk konsekvenser av negativ art. Hun uttrykte derfor da vi jobbet sammen negative erfaringer knyttet til valgsituasjoner og reaksjonsmønstre hos andre. På avdelingen kunne hun oppleves som krevende i nye relasjoner, og hennes sinne kunne få andre til å trekke seg unna. Ergoterapeuten var i kontakt med henne i ulike grupper og i individuelle samtaler. Det kunne være utfordrende å formidle alt fra beskjeder til konkrete tilbakemeldinger på væremåten til Emma. Tilbakemeldingene som kom fra medpasienter og personalet omhandlet at Emma ofte ropte, bannet eller forlot situasjoner. Grunnen til disse utbruddene var, i følge Emma, at hun følte seg utrygg. Årsaken til utryggheten var ikke alltid lett å spore, og for Emma var det vanskelig å sette ord på hva som skjedde. I samtale med ergoterapeuten uttrykte hun at hun ønsket å få et større nettverk og få det bedre i sosiale relasjoner.

## Kommunikasjon og samhandling i praksis

Et av spesialiseringsområdene for ergoterapeuter er psykisk helsearbeid, og her er klientens kommunikasjon og samhandlingsferdigheter et sentralt område. For å kunne belyse disse ferdighetene er det viktig at også terapeuter har et bevisst forhold til egen kommunikasjon. For å kunne gi implikasjoner for praksis er det viktig å se på hva som har blitt gjort i kommunikasjonsfeltet tidligere. Stewart (1995) har

gjennomgått forskning om lege-pasient kommunikasjon og hvilken rolle denne spiller for bedring. Resultatet viser at gode kommunikasjonsferdigheter der pasienten er deltakende i beslutningsfasen bidrar til bedre helse for pasientene (Stewart 1995). Innen psykisk helsevern er samtalen med den enkelte pasient i fokus. Viktigheten av de ulike aspektene ved samtalen kan være ubevisst og at den består av både informasjonen som skal formidles, kroppsspråket og relasjonen bør fremheves i praksis. Ved å benytte kartleggingsverktøy som fokuserer på disse områdene kan terapeuter bedre se hva pasienten kommuniserer på de ulike nivåene.

Både det sosiale samspillet mellom individer, og mellom individ og samfunn, er fokusområder. Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske «communicare», som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen og ha forbindelse med (Eide & Eide, 2012). Tilknytningsmønstre utvikles allerede de første leveårene og påvirker våre relasjoner senere i livet. Mange opplever ustabile relasjoner under oppveksten, som for eksempel relasjonen til stadig ruspåvirkede foreldre. Derfor må individet sees i lys av de relasjonene de inngår i (Eide & Eide, 2012; Jensen & Ulleberg, 2012). Både klinisk erfaring og forskning tilsier at hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan kommunikasjons- og samhandlingsferdighetene ofte være mangelfulle, eller delvis ute av funksjon (Ikebuchi, 2007; McGlashan, 1986). Derfor har bedring av sosiale ferdigheter vært et fokusområde i det kliniske arbeidet for denne pasientgruppen (Bellack, 2004; Kopelowicz, Liberman, & Zarate, 2006). I arbeid med mennesker med mindre alvorlig psykiske lidelser er ofte de sosiale ferdighetene mindre påvirket, men kan likevel virke inn på den enkeltes evne til å mestre hverdagsaktiviteter (Forsyth, Lai, & Kielhofner, 1999).

Kartleggingsinstrumentet Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) kan bidra til å identifisere konkrete aspekter ved kommunikasjonen som kan være problemskapende, men også til å identifisere ressursområder som ergoterapeuten og klienten kan jobbe videre med (Forsyth et al., 1999). I møte med Emma ble det tydelig hvordan tidligere negativ livserfaring kan prege et individ. Emma responderte ofte med sinne på spørsmål fra andre og forlot situasjoner hun følte seg utrygg i. For å kunne jobbe med Emmas kommunikasjon var det ekstra viktig at terapeuten tenkte over hvordan hun kommuniserte og forholdt seg i situasjoner som kunne være utfordrende for Emma.



Bakgrunnen for fordypningen i dette området var et pilotprosjekt som ble gjennomført høsten 2009. Prosjektet ble initiert med mål om å få erfaringer med nytteverdien av ACIS (Bonsaksen, Myraunet, Celo, Granå, & Ellingham, 2010, 2011). Det var også et pedagogisk mål om å skape bedre læring gjennom et tettere bånd mellom teori og praksis for studenter som skulle ut i psykiatripraksis (Bonsaksen, Granå, Celo, Ellingham, & Myraunet, 2013), og mellom høgskolens ansatte og ergoterapeuter i praksisfeltet (Bonsaksen, Celo, Myraunet, Granå, & Ellingham, 2013). Etter prosjektperioden er instrumentet blitt jevnlig brukt av ergoterapeuter som deltok i prosjektet for å hjelpe pasienter til bedring. I denne sammenhengen vil vi vise et eksempel på hvordan ACIS kan brukes i praksis blant ergoterapeuter som jobber i psykisk helsevern.

### **ASSESSMENT OF COMMUNICATION AND INTERACTION SKILLS (ACIS)**

ACIS (Forsyth et al., 1999) har de siste femten årene vært brukt for å kartlegge ferdigheter i kommunikasjon og samhandling. Instrumentet er en systematisert samling av ferdigheter basert på Model of Human Occupation (MoHO) (Kielhofner, 2008). Modellen beskriver ferdigheter som de byggesteinene som aktivitet er satt sammen av. Aktivitet produseres av tre typer ferdigheter: Motoriske ferdigheter, prosessferdigheter og kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter. Den siste typen ferdigheter er nødvendig for å uttrykke hensikter, ønsker og behov, og for å koordinere samhandling og aktivitet med andre (Forsyth et al., 1999). Kartleggingsverktøyet ACIS består av en liste med 20 definerte ferdigheter (Forsyth et al., 1999; Forsyth, Salamy, Simon, & Kielhofner, 1998). Ferdighetene er delt inn i områdene det kroppslige, informasjonsutveksling og relasjoner.


I tilknytning til det kroppslige er for eksempel det å gestikulere, å bruke øynene i samspill og å innta kroppsstilling aktuelle ferdigheter. Ferdigheter i området for informasjonsutveksling er for eksempel å spørre, å engasjere seg ved å sette i gang samhandling, og å uttrykke seg. I området for relasjoner vurderes blant annet ferdighetene å samarbeide, å tilpasse seg og å respektere dem som en samhandler med. Figur 1 viser en oversikt over ferdigheter som kartlegges med ACIS.

For å kunne få et helhetlig bilde av situasjonen skal observasjonen foregå i en sammenhengende aktivitet som varer minst 20 minutter. ACIS skåres

av en observatør og resultatet gir et bilde av den enkeltes kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter i den aktuelle situasjonen. Med ACIS vurderes det i hvilken grad de 20 ferdighetene bidrar positivt til det sosiale samspillet, og det brukes en skala med fire nivåer. Scoren «1» indikerer at ferdigheten er mangelfull eller brukes på en upassende måte, og som får aktiviteten eller interaksjonen til å stanse (uten intervensjon fra andre). Scoren «4» indikerer at ferdigheten er tilstede i en grad som fremmer gjennomføringen av aktiviteten og interaksjonen mellom de som deltar. En fullstendig ACIS-skåre ligger mellom 20 (klienten mangler alle ferdigheter, eller bruker dem på en upassende måte) og 80 (klienten bruker alle ferdigheter på en tilpasset måte).

ACIS har vist god reliabilitet og validitet i psykometriske studier (Forsyth et al., 1999; Hsu, Pan, & Chen, 2008; Kjellberg, Haglund, Forsyth, & Kielhofner, 2003). Sosial fungering kan variere mellom kontekster for det enkelte individet. Grad av symptomer må også vurderes før man velger om man skal gjennomføre kartleggingen. Overføringsverdien av ACIS fra en kontekst til en annen har blitt undersøkt, og resultatene har vist at skåren varierer mellom ulike kontekster; det vil si mellom ulike situasjoner, aktiviteter og omgivelser (Haglund & Thorell, 2004). Aktiviteten som brukes under kartleggingen, så vel som rammene for aktiviteten, bør derfor velges sammen med pasienten for at det skal kunne være en meningsfull aktivitet. Dersom pasienten ikke er motivert for aktiviteten, eller kjenner seg utrygg på omgivelsene, vil dette redusere gyldigheten av ACIS-skåren som fremkommer. Vurdering av kontekst og aktivitet er derfor viktig for å få et gyldig resultat og best mulig aktivitetsvurdering. Instrumentet gir da muligheten til å vurdere kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter med et grunnlag i hva som er pasientens reelle utfordringer, og gjør det mulig å identifisere hensiktsmessige aktiviteter og situasjoner hvor ferdigheter kan øves opp.

I klinisk bruk av ulike kartleggingsverktøy innen psykisk helsevern er det alltid en avveining hvordan de skal brukes. Det å gjøre noe felles og delaktiggjøre den andre er viktig for å kunne jobbe mot et felles mål. I samtale med mennesker i en stressituasjon er det viktig å ivareta individet og ikke utsette det for ytterligere stress. Hos mennesker som har en psykose kan vrangforestillinger tre inn, og angst kan bli trigget av følelsen av å være under press. Som terapeut er det da viktig å være seg bevisst sin egen kommunikasjon og hva som kan fremme kommuni-

	Det kroppslige	Informasjonsutveksling	Relasjoner
<b>Vanskelig</b>  <b>Lett</b>			Respekterer
		Engasjerer	
	Bruker øynene	Spør, opprettholder	Relaterer
	Inntar kroppsstilling	Deler, hevder seg	
	Orienterer seg	Uttrykker	Samarbeider, fokuserer
	Gestikulerer	Modulerer	
		Artikulerer, snakker	Innretter seg
	Manøvrerer		
	Berører		

Figur 1. Ferdigheter vurdert med Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) i relasjon til område og vanskelighetsgrad.

Note. Vanskelighetsgraden for de ulike ferdighetene er skissemessig angitt etter Forsyth et al, 1999.

kasjon (Bonsaksen, Vøllestad, & Taylor, 2013; Taylor, 2008).

### KARTLEGGING AV KOMMUNIKASJONS- OG SAMHANDLINGSFERDIGHETER HOS EMMA

Ved å bruke ACIS i en aktivitetssituasjon med Emma kan ergoterapeuten få et mer helhetlig bilde av kommunikasjonen og samhandlingen med Emma, nonverbalt og verbalt, og hvilke situasjoner som kan være vanskelige. I samtale med Emma var hennes sinne og hennes måte å kommunisere på to temaer. Hun ønsket å få et større nettverk og hadde erfaring med at det var vanskelig å holde på relasjoner. Emma uttrykte ofte: «Jeg skjønner ikke hva jeg gjør feil..?» Ergoterapeuten informerte om muligheten for en vurdering med ACIS og spurte om hun kunne tenke seg det. Emma var noe kritisk til hvordan det skulle gjennomføres, men sa at dersom hun ikke visste når det skjedde, kunne ergoterapeuten vurdere henne og snakke med henne om det i etterkant.

Ergoterapeuten bestemte seg for å observere Emma på aktivitetsrommet i 20 minutter og fylle ut et ACIS-skjema etterpå. Ved neste møte skulle Emma få en tilbakemelding på hvordan hun hadde brukt kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter i den situasjonen. Slik kunne vi sammen få et tydeligere bilde av hennes konkrete utfordringer og ressurser. Vi ville bruke observasjonene slik at Emma kunne bli i stand til å mestre sosialt samspill

bedre, og slik jobbe mot målet om å få til vellykkede relasjoner med andre. Følgende aktivitetssituasjon ble observert, og vi har kursivert ord som er brukt til å beskrive kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter.

Emma ville være med på arbeidsstuen for å lære seg å strikke. Hun *tok kontakt* med ergoterapeuten for å få hjelp, og *spurte* om hun kunne få låne noe garn. Hun *uttrykte* et ønske om å strikke et skjerf. Ergoterapeuten spurte hvilken farge hun ønsket å strikke i. Emma svarte, men ergoterapeuten hørte ikke svaret da Emma *mumlet*, og hun måtte derfor spørre om igjen. Emma reagerte med å *spørre* hvorfor ergoterapeuten var så sint. Ergoterapeuten spurte hva det var Emma oppfattet som ga det inntrykket. Emma *sa* at da ergoterapeuten ba henne velge mellom farge og garntype, så opplevde hun ergoterapeuten som sint. Ergoterapeuten sa deretter at spørsmålet var ment slik at Emma selv kunne bestemme hvordan skjerfet skulle se ut. Emma valgte seg svart, tykt garn. Ergoterapeuten sa da at det blir fint til høsten, og lurte på om Emma hadde sett for seg om det skulle være løst eller fast. Emma *ropte* da tilbake «hvorfor er du så sint?!» Ergoterapeuten avkreftet at hun var sint, og sa igjen at spørsmålet var ment slik at Emma selv kunne si hvilken type skjerf hun liker. Emma *sa* roligere til ergoterapeuten at det er vanskelig for henne å velge det

ene eller det andre, og at hun helst vil at andre skal velge for henne. Ergoterapeuten ga Emma bekreftelse på at det kan være vanskelig å ta valg. Videre snakket de om hvordan ulike pinner vil gi forskjellig resultat, og Emma valgte tykke pinner.

I denne situasjonen ser vi at et utsagn fra ergoterapeuten tolkes på en annen måte enn hva som er intendert, da Emma sa at ergoterapeuten virket sint. Ved å undersøke hva det var som ga dette inntrykket hos Emma, fikk ergoterapeuten til svar at spørsmål som ber henne velge, fremkaller denne reaksjonen i henne. For å eksemplifisere bruken av ACIS vil vi her vise hvordan ulike ferdigheter i området «informasjonsutveksling» dels hindrer og dels hjelper Emma i samhandlingen med ergoterapeuten. Betegnelse for ferdighetene er angitt i parentesene nedenfor.

Emma tok kontakt (engasjerer) med ergoterapeuten, noe som er bra, men hun mumlet (artikulerer) i samtale. Det er tydelig at mumlingen hemmet samhandlingen med ergoterapeuten, som måtte spørre om igjen hva Emma sa. Ved frustrasjon ropte (modulerer) hun ut spørsmålet (spør) om hvorfor ergoterapeuten var så sint. I vanlige sosiale situasjoner vil roping trolig være tilstrekkelig til at andre avslutter samhandlingen. Spørsmålet hadde også form av en anklage (hevder seg) basert på hva hun trodde om andres følelser, noe som også ofte fungerer dårlig. Hun sa (snakker) til ergoterapeuten at det var vanskelig å velge (uttrykker), og den siste sekvensen av samhandlingen hvor disse ferdighetene ble brukt fungerte tydelig bedre. Videre snakket de om (oppretholder) hvordan ulike pinner vil gi forskjellig resultat, og hun tok til slutt et valg (deler) om å bruke tykke pinner. Tabell 1 viser vurderingen av Emmas ferdigheter i området for informasjonsutveksling i den beskrevne situasjonen.

#### **KLINISK ANVENDELSE AV KARTLEGGINGEN**

I etterkant av aktivitetssituasjonen hadde ergoterapeuten en samtale med Emma om hvordan kommunikasjonen hennes kunne oppleves av en samtalepartner, og hun sjekket underveis om dette var noe Emma kunne relatere til. I samtalen bekreftet Emma at hun hadde opplevd at ergoterapeuten var sint, men at det var fint å få bekreftelse på at det ikke var virkeligheten. Emma var åpen for tilbakemeldinger og ønsket å bli bedre i sosialt samspill. Det er en ressur at hun stilte seg åpen for vurdering og tilbakemelding som kan være med på å fremme samarbeid

med andre. Emma sa videre at hun i nye situasjoner ofte følte seg utrygg, og at hun derfor var «på» eller avvisende. Ergoterapeuten lurte på hva «på» ville si, og Emma forklarte at hun ville beskytte seg. Hun var redd for kritikk og for å gjøre noe feil. Ergoterapeuten lurte på om det ville være nyttig å stoppe opp i samtaler de hadde sammen når hun opplevde at Emma var «på» og beskyttet seg. Emma bekreftet at det var greit.

En slik måte å samtale på beskrives av Eide og Eide (2012) som god og hjelpende kommunikasjon. Åpenhet er blant de viktige elementene. Videre er speiling av følelser og det å følge klienten i det som sies med ord, men også i det som uttrykkes i mimikk, kropp og bevegelser, hjelpende i samhandlingen. Ved å se, forstå, anerkjenne, og lytte vil en kunne hjelpe den andre til å revurdere et hendelsesforløp og få en bedre forståelse av situasjonen (Eide & Eide 2012). I samarbeidet med Emma var det viktig å gjøre metakommunikasjon – kommunikasjon om kommunikasjonen – til et felles prosjekt. Emmas utgangspunkt var at hun ønsket å forbedre sin egen kommunikasjon og bli bedre på sosiale relasjoner. Kommunikasjon og interaksjonsferdigheter er essensielle for å innlede og opprettholde positive relasjoner til andre (Kielhofner, 2008). Emma forsto imidlertid ofte ikke hva det var hun gjorde som utløste negative reaksjoner hos andre. For å kunne jobbe med dette var det viktig å bekrefte Emmas kommunikasjon og veilede henne i sosiale situasjoner. Ferdigheter som brukes i kommunikasjon og samhandling representerer et mellommenneskelig aspekt av hverdagslivet og muliggjør mange av våre daglige aktiviteter (Kielhofner, 2008). Informasjon om hva som fungerte og ikke fungerte i samspill med andre, ble med på å øke deltakelse i aktiviteter i dagliglivet, og Emma opplevde at hun hadde nytte av tilbakemeldingene. Selv om hun ønsket å beskytte seg, hadde hun en åpen holdning til å jobbe med sosiale relasjoner. Det at hun kommuniserte sinne og avvisning til andre pasienter ved avdelingen representerte konkrete situasjoner man kunne stoppe opp ved i ettertid for å se nærmere på hva som skjedde. Emma fikk da en mulighet til å undersøke om hun hadde feiltolket det som skjedde, og en mulighet til å korrigere situasjonen.

Vanskelighetsgrad innenfor de ulike områdene i ACIS kan også gi et tydeligere bilde av hva Emma hadde av utfordringer. Ved å vurdere ferdighetene hennes ble det tydelig at hun i området «informasjonsutveksling» skåret dårlig på en del ferdigheter,

Ferdighet	Score				Kommentarer
Artikulerer	4	3	2 x	1	Tilsløret tale, mumler. Vanskelig å høre hva som sies.
Hevder seg	4	3	2 x	1	Venter tidvis lenge slik at det oppstår frustrasjon. Er aggressiv i måten hun anklager ergoterapeuten for å være sint.
Spør	4 x	3	2	1	Spør ergoterapeuten på en passende måte om å lære å strikke.
Engasjerer	4 x	3	2	1	Tar kontakt med ergoterapeuten på en passende måte når hun ønsker hjelp med strikkingen.
Uttrykker	4	3	2 x	1	Uttrykker mye sinne og frustrasjon, noe som forstyrrer kommunikasjon med andre. Etter at situasjonen har roet seg, forteller hun om hvordan valgsituasjoner er vanskelige for henne.
Modulerer	4	3	2 x	1	Roper i samtale.
Deler	4 x	3	2	1	Gjør greit rede for valg om type strikkepinner mot slutten av situasjonen.
Snakker	4 x	3	2	1	Gjør seg forstått i det hun sier.
Opprettholder	4	3	2 x	1	Må tidvis føres videre i samtalen, kan være avvisende/ikke gi respons, men kommer med oppfølgingsspørsmål.

Tabell 1: Emmas ferdigheter i området for informasjonsutveksling.

også blant de som generelt ligger lavt i vanskelighetsgrad (modulerer, artikulerer; se Figur 1). Dette vanskeliggjorde det å etablere og holde på gode relasjoner til andre, noe som også var hennes opplevelse i sosiale situasjoner. Vurderingen og Emmas opplevelse samsvarte således, men ved å bruke kartleggingsinstrumentet for kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter ble det tydelig hvordan hennes væremåte bidro til å skape problemer i relasjoner, og det ble tydelig hva hun trengte å jobbe med. Bruken av ACIS kan således føre til at ergoterapeuter kan legge til rette for egnede aktiviteter og situasjoner hvor klienter kan øve seg på de ulike ferdighetene.

Ergoterapeuten og Emma ble enige om å kartlegge kommunikasjon og samhandling ved bruk av ACIS. Emma fikk en deltakende rolle i beslutningsprosessen da hun uttrykte at hun ikke ønsket å vite når ergoterapeuten observerte henne. Deltakelse benevnes av Stewart (1995) som en faktor som bidrar til bedre helse. Emma ønsket også tilbakemelding

på observasjonen. I følge Kielhofner (2008) er det å gi direkte feedback en god måte ergoterapeuten kan bruke ACIS på. Ergoterapeuten må imidlertid vise respekt for klientens opplevelse og perspektiv. Studie av Bonsaksen et al. (2011) diskuterte hvordan direkte tilbakemeldinger om egne ferdigheter kan passe for noen, men ikke alle. I tillegg må terapeuten hjelpe til med å se løsninger og planlegge videre strategier. Terapeuten har et ansvar for videre oppfølging av kartleggingen, og observasjonene bør brukes til å identifisere utfordringer, ressurser og egnede arenaer for å fremme kommunikasjon og samhandling. Hos Emma ble kartleggingen brukt til å forberede henne før gruppeaktiviteter. Dette ble gjort ved at terapeuten samtalte med Emma om å se an situasjonen før hun reagerte og unngå roping. Videre ble informasjonen benyttet terapeutisk ved at ergoterapeuten ble mer bevisst hvordan Emma reagerte i valgsituasjoner og således kunne stille spørsmål på andre måter. Dette ble også formidlet



til annet personal slik at kommunikasjon og interaksjon med Emma i mindre grad ble preget av konflikt.

## Konklusjon

Denne artikkelen har beskrevet kartleggingsinstrumentet ACIS. Vi har gitt et eksempel fra psykiatrisk praksis på hvordan instrumentet kan brukes i det kliniske arbeidet. Her har vi vist hvordan konkret beskrivelse av aktivitet lar seg fange opp i et begrepsapparat for ferdigheter, og hvordan ferdighetene kan gis et tallmessig uttrykk som beskriver klientens nivå av ferdighet. Hos Emma ble det tydeligere at problemene med informasjonsutveksling påvirket hennes relasjoner, og for å øke kompetansen i sosialt samspill måtte en speile verbal kommunikasjon. Dette er et eksempel på hvordan kartleggingen kan ha konsekvenser for praktisk arbeid rettet mot å bedre klienters ferdigheter på det aktuelle området. Og til slutt har vi sett på hvordan informasjonen kan formidles til andre yrkesgrupper for å understøtte et felles mål i pasientarbeidet.

I tiden fremover er det behov for at ACIS og brukermanualen for instrumentet blir formelt oversatt til norsk, og forfattergruppen er i gang med dette arbeidet. Klinikere vil videre ha behov for opplæring i bruken av ACIS, og det oversatte instrumentet vil trenge psykometrisk validering før det tas i vanlig klinisk bruk. Dersom det viser seg at det oversatte instrumentet har gode måleegenskaper og fungerer godt i klinisk praksis, vil det være behov for å undersøke hvordan ferdigheter i kommunikasjon og samhandling har sammenheng med andre sentrale egenskaper; som sosial støtte, opplevde mellommenneskelige problemer, symptombelastning, livskvalitet, deltakelse i aktiviteter og sosial inkludering.

## Reference list

- Bellack, A. (2004). Skills Training for People with Severe Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 375-391.
- Bonsaksen, T., Celo, C., Myraunet, I., Granå, K. E., & Ellingham, B. (2013). Promoting academic-practice partnerships through students' practice placement. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 20(1), 33-39.
- Bonsaksen, T., Granå, K. E., Celo, C., Ellingham, B., & Myraunet, I. (2013). A practice placement design facilitating occupational therapy students' learning. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 8(4), (in press).
- Bonsaksen, T., Myraunet, I., Celo, C., Granå, K. E., & Ellingham, B. (2010). Bedre samarbeid mellom utdanning og praksis: Erfaringer fra ACIS-prosjektet. *Ergoterapeuten*, 53(6), 52-55.
- Bonsaksen, T., Myraunet, I., Celo, C., Granå, K. E., & Ellingham, B. (2011). Experiences of occupational therapists and occupational therapy students in using the Assessment of Communication and Interaction Skills in mental health settings in Norway. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(7), 332-338. doi: 10.4276/030802211X13099513661117
- 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.
- Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsyth, K., Lai, J. S., & Kielhofner, G. (1999). The Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS): Measurement Properties. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(2), 69-74.
- Forsyth, K., Salamy, M., Simon, S., & Kielhofner, G. (1998). *A User's Guide to the Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS). Version 4*. Chicago, USA: University of Illinois.
- Haglund, L., & Thorell, L. H. (2004). Clinical perspective on the Swedish version of the Assessment of Communication and Interaction Skills: Stability of assessments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 417-423.
- Hsu, W.-L., Pan, A.-W., & Chen, T.-J. (2008). A psychometric study of the Chinese version of the Assessment of Communication and Interaction Skills. *Occupational Therapy in Health Care*, 22(2-3), 177-185. doi: 10.1080/07380570801991818
- Ikebuchi, E. (2007). Social skills and social and non social cognitive functioning in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16, 581-594.
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2012). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Kielhofner, G. (2008). *A Model of Human Occupation. Theory and Application*. (4 ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kjellberg, A., Haglund, L., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2003). The measurement properties of the Swedish version of the assessment of communication and interaction skills. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 271-277.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(S1), 12-23.
- McGlashan, T. H. (1986). The prediction of outcome in chronic schizophrenia: 4. The Chestnut Lodge follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 43, 167-175.
- Stewart, M. (1995) Effective physician-patient communication and health outcome: a review. *Journal of Canadian Medical Association*, 9: 1423 - 1433
- Taylor, R. R. (2008). *The Intentional Relationship. Occupational Therapy and the Use of Self*. Philadelphia: FA Davis.



# The Action Research Arm Test

– ET NYTTIG REDSKAP FOR Å  
EVALUERE MOTORISK FUNKSJON I  
ARM ETTER HJERNESLAG OG ANDRE  
NEVROLOGISKE SKADER

---

Av Kjersti Henriksen og Iris Brunner

## THE ACTION RESEARCH ARM TEST



*Kjersti Henriksen er ergoterapeut og seksjonsansvarlig ergoterapeut på Haraldsplass Diakonale Sykehus. E-post: [hkje@haraldsplass.no](mailto:hkje@haraldsplass.no)*



*Iris Brunner er fysioterapeut og ansatt som postdoktor ved Universitet i Bergen.*

## Oppsummering

**The Action Research Arm Test**, ARAT, er en test for motorisk funksjon i armen etter hjerneslag og andre sentrale skader. ARAT anbefales fordi den er lett å anvende i klinikk og forskning, har gode psykometriske egenskaper og er mye brukt internasjonalt. En norsk manual ble utarbeidet og er nå tilgjengelig på hjemmesidene til Norsk Ergoterapeutforbund.

**Nøkkelord:** ARAT, hjerneslag, armfunksjon, vurderingsredskap, rehabilitering

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

## Situasjonsbeskrivelse

Gudrun var 72 år da hun ble innlagt akutt på sykehus etter at hun plutselig ble skjev i ansiktet og mistet kraften i høyre sides ekstremiteter, spesielt i arm og hånd. Det viste seg at hun hadde et venstresidig hjerneslag med høyresidig utfall. Fra å være en sprek mor, bestemor og oldemor, var hun nå avhengig av en annen person i flere daglige gjøremål. Hun var høyrehendt, og nå hadde hun vansker med både tannpuss og å smøre skivene sine, og håndarbeid gikk ikke lenger. Hun opplevde en stor sorgreaksjon over dette tapet av funksjon. Gudrun var først innlagt akutt på slagpost på sykehuset noen dager, og deretter ble hun overført til geriatrik avdeling for rehabilitering.

## Innledning

Etter et hjerneslag har cirka 60 prosent av pasientene lammelser i en arm i større eller mindre grad (Kwakkel & Kollen, 2007). Nedsatt armfunksjon påvirker daglige gjøremål, reintegrasjon i yrkeslivet og livskvalitet (Franceshini, La, Agosti, Massuci, 2010). En systematisk evaluering av armfunksjon med reliable, valide tester gjør bedømmelsen av pasientens fremgang mer objektiv og har betydning for dokumentasjon av behandlingseffekt. Det kan også være en motivasjon for pasienten å se objektive mål når det skjer fremgang i funksjon.

Standardiserte måleredskaper letter kommunikasjon mellom terapeuter og annet helsepersonell ved å gi et førsteinntrykk over pasientens tilstand. Systematisk bruk av standardiserte tester gjør det også enklere å vurdere forskningsartikler i lys av egne erfaringer.

Ifølge van der Lee (2001) er det beskrevet minst 27 ulike tester som måler funksjon og finmotorikk i affisert overekstremitet hos pasienter med hjerneslag (van der Lee et al, 2001a). Blant de internasjonalt mest etablerte er Fugl-Meyer Motor Assessment, Action Research Arm Test (ARAT), Wolf Motor Function Test, Nine Hole Peg Test, Frenchay Arm Test og Box and Blocks Test. Det er fordeler og ulemper knyttet til alle disse evalueringsverktøyene, med hensyn til hvilken informasjon man får, hvor mye tid man bruker, og hvilke aspekter av armfunksjon som belyses. ARAT anses som et reliabelt og valid verktøy som dekker et bredt spekter av arm- og håndbevegelser, og som er lett å anvende i en klinisk hverdag (van der Lee et al, 2001; Lang et al, 2006; Platz et al, 2005a; Connell & Tyson, 2012). Vi

vil i denne artikkelen presentere ARAT og beskrive utviklingen av en norsk manual.

## UTVIKLING AV ARAT

The Action Research Arm Test (ARAT) er et verktøy for å vurdere funksjonelle begrensninger i overekstremiteter for personer med skader i det sentrale nervesystemet (Lang, Wagner, Dromerick, Edwards, 2006). ARAT er utviklet av Lyle (1981) og er basert på the Upper Extremity Function Test (U.E.F.T.) av Carroll (Carroll, 1965; Lyle, 1981; Platz et al, 2005b). Oppgavene i testen skal gjenspeile daglige aktiviteter og pasientens evne til å utføre dem (Lyle, 1981). Komplekse bevegelser ble redusert til representative mønstre, delt i fire hovedgrupper: «Grasp (Femfingergrep)», «Grip» (Sylindergrep), «Pinch» (Pinsettgrep) og «Gross movement» (Grovmotorikk).

Testen skulle brukes til å evaluere endring av motorisk funksjon som er relatert til vanlige aktiviteter, men også til å predikere utviklingen av arm-/håndfunksjon. På 1980-tallet var fysisk evaluering for det meste begrenset til måling av muskelstyrke og bevegelsesutslag, og vurdering av funksjon var et forholdsvis nytt aspekt da ARAT ble utviklet.

Lyle forsøkte å følge retningslinjene til Carrolls U.E.F.T., men ønsket samtidig å gjøre den enklere og lettere å anvende. Hovedendringene bestod i en reduksjon av de opprinnelige 33 oppgavene til 19, og hver deltest ble organisert hierarkisk for å spare tid under testprosedyren (Platz, 2005b).

Ergoterapeuten vurderte arm- og håndfunksjon hos Gudrun med ARAT ganske tidlig under oppholdet. Det var flere oppgaver som var vanskelige for henne, men på grunn av den hierarkiske oppbyggingen til de enkelte deltestene slapp hun å gjennomføre alle. På denne måten følte det ikke som en belastning for Gudrun, men det ble tydelig for både henne og ergoterapeuten at hovedproblemet hennes var nedsatt finmotorikk, tempo og koordinasjon. Større grep (femfingergrep) gikk greit, og hun hadde god skulderstabilitet. Dette ga ergoterapeuten en idé om hvilke daglige gjøremål som var vanskelige for Gudrun, om det var noe hun kunne mestre, og samtidig hjalp det til med å finne et fokus for treningen fremover. Hun skårte 45/57 poeng på ARAT i denne tidlige fasen.

## PSYKOMETRISKE EGENSKAPER

ARAT ansees å være egnet for klinisk bruk på grunnlag av praktisk anvendbarhet og måleegenskaper (Connell & Tyson, 2012). Test-retest og inter-rater-re-

liabilitet var veldig høy i studier som inkluderte pasienter i kronisk og subakutt fase etter hjerneslag; ICC og Spearman's  $\rho > 0.95$  (van der Lee et al, 2001a; Platz et al, 2005a).

Validitet er også påvist høy (Platz et al, 2005a). Det er høy korrelasjon med andre måleinstrumenter som Fugl-Meyer Test og Box and Blocks Test; Spearman's  $\rho > 0.92$ , og med Motor Assessment Scale;  $r = 0.96$  (Platz et al, 2005a; Hsieh, Hsueh, Chiang, Lin, 1998). I en studie av Chen m.fl. (2012) ble også god test-retest-reliabilitet bekreftet for evaluering av kognitiv intakte pasienter med milde til moderate motoriske utfall. Det nevnes imidlertid at ARAT ikke er tilstrekkelig undersøkt på pasienter med store motoriske utfall eller kognitive utfall. Den klarer heller ikke fange opp endringene hos de med veldig lite motorisk utfall i arm. Man sier derfor at den har en tak- og gulv-effekt.

Testen er funnet sensitiv for endring. En klinisk viktig endring anses som 5.7 poeng (10 prosent) av skalaen for pasienter i kronisk og subakutt fase (van der Lee, Beckerman, Lankhorst, Bouter, 2001b). For pasienter i veldig tidlig fase etter hjerneslaget er en høyere klinisk viktig endring anbefalt (Lang et al, 2006).

### TESTUTSTYR

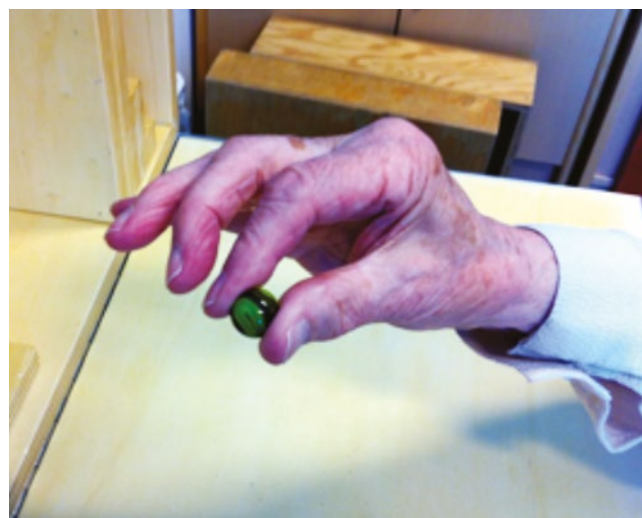
Testutstyret kan lages selv, eller man kan bestille kommersielle versjoner i en koffert fra Universitet i Amsterdam (<http://www.aratest.eu/>), Reha-Stim (<http://www.reha-stim.de/cms/>) eller Saliareha (<http://www.saliarehab.com/>). En utfyllende beskrivelse av testmateriellet finnes i boken «Arm Rehabilitation Measurement» av Platz et al. (2005b). Testutstyret og plasseringen til objektene varierer noe i de kommersielle variantene. Artikkelen til Yozbatiran, Der-Yeghiaian & Cramer (2008) angir detaljert plassering, i boken til Platz et al. (2005) er det ikke direkte beskrevet hvor objektene skal settes. Etter vår erfaring er de enkelte kategoriene så grove at små forskjeller ikke påvirker testresultatet. Vi anbefaler likevel, særlig ved test-retest, å notere eller merke objektenes plassering.

### DEN NORSKE MANUALEN

Det finnes ikke en detaljert beskrivelse av testen i originalversjon. Begge forfatterne av denne artikkelen har savnet en beskrivelse å forholde seg til, og har derfor samarbeidet om å utarbeide en norsk manual til ARAT. For en grundig beskrivelse har vi brukt artikkelen av Yozbatiran et al. (2008) og boken *Arm*



Bilde 1: ARAT-kofferten fra Universitetet i Amsterdam.



Bilde 3: Eksempel på riktig utførelse av oppgave to i deltest C.

*Rehabilitation Measurement* av Platz et al. (2005b). Det var ikke mulig med en formell oversettelse etter anbefalte prosedyrer, siden det ikke fantes en engelsk manual i utgangspunktet. Med bakgrunn i Yozbatiran et al. (2008) og Platz et al. (2005b) ble derfor denne versjonen utarbeidet. Dr. Lyle, som utviklet originalversjonen til ARAT, ble kontaktet og har godkjent arbeidet med å lage en norsk manual. Manualen er detaljert, og ARAT kan virke komplisert, men som Lyle selv har kommentert: «This sounds complicated to explain, but is easy in practice» (Lyle, 1981).

Manualen i sin helhet er tilgjengelig i Norsk Ergoterapeut Forbunds oversikt over verktøy og redskaper: <http://netf.no/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Verktoey-og-redskap/Redskap/Vurderings-redskap-A-B>.





Bilde 2: Egenprodusert modell.



Bilde 4: Eksempel på feil utførelse av samme oppgave.

### BESKRIVELSE AV TESTPROSEDYREN

ARAT er relativt enkel å gjennomføre og tar cirka 15 minutter. Hvis en person har ganske god eller veldig lite funksjon i affisert arm, bruker man mindre tid på grunn av en hierarkisk oppbygging av testleddene. Dermed er testen lite belastende for pasienten og lite ressurskrevende for terapeuten (Yozbatiran et al, 2008).

Testen inneholder 19 oppgaver fordelt på fire deltester av armfunksjon, både distalt og proksimalt. Ulike aspekter av armfunksjon gjenspeiles i de fire deltestene. I deltest A, femfingergrep («grasp»), skal man gripe gjenstander i ulike former og tyngde og sette dem opp på en hylle. Deltest B, sylindregrep («grip»), inneholder oppgaver som krever mer presisjon, og inneholder også bevegelseskomponenter som supinasjon og

pronasjon. Deltest C, pinsettgrep («pinch»), innebærer at pasienten skal plukke opp henholdsvis en klinkekule og en mindre metallkule og plassere dem på hyllen ved hjelp av ulike fingerkombinasjoner. Deltest D, grovmotorikk («gross movement»), krever bevegelser uten objekter; pasienten blir bedt om å ta hånden til bakhodet, toppen av hodet og til munnen. Da det er vanskelig å finne ett, samsvarende norsk ord som tilsvarer det engelske ordet for deltestene, så har vi i manualen tatt det engelske uttrykket med i parentes.

Man gir muntlige instruksjoner til pasienten til han/hun har forstått oppgaven. Man kan også demonstrere oppgaven, for eksempel ved afasi. Pasienten kan øve en gang på oppgaven for å være sikker på at instruksjonene er forstått. Han/hun begynner alltid med den mindre affiserte siden og fortsetter med den affiserte.

Hver av de 19 oppgavene gis en skår på 0, 1, 2 eller 3, der høy skår indikerer god armfunksjon. Totalskåren er summen av disse, dermed blir maksimalskåren 57 poeng. En skår på 3 gis når oppgaven gjennomføres normalt, det vil si innen fem sekunder og med hensiktsmessige hånd- og armbevegelser og stilling. Små avvik trekker ikke ned. Når pasienten klarer å gjennomføre oppgaven, men har tydelig avvik som for eksempel feil grep eller kompensasjon med overkropp for manglende ekstensjon, så gir man skår 2. Det samme gjelder når pasienten bruker unormalt lang tid, som ble definert mellom 5 og 60 sekunder. Hvis pasienten fullfører deler av oppgaven, uavhengig av kvaliteten på arm- og håndbevegelser og av kroppsholdningen, gis en skår på 1. Pasienten får skår 0 på oppgaven hvis han eller hun ikke kan fullføre noen deler av hånd- eller armbevegelsen innen 60 sekunder.

Hver deltest er arrangert i hierarkisk rekkefølge etter vanskelighetsgrad. Den første oppgaven i hver deltest er den vanskeligste. Skårer pasienten 3 på denne, vil han eller hun med stor sannsynlighet skåre 3 på de andre deloppgavene. Skårer pasienten 3 på første oppgave, skårer man også 3 på de andre oppgavene for deltesten, og pasienten trenger ikke gjennomføre de andre testleddene på deltesten.

Hvis pasienten skårer mindre enn 3 på første oppgave, går man videre til neste oppgave. Oppgave to er den enkleste oppgaven innen hver deltest. Skårer pasienten 0 på denne, er det lite sannsynlig at han eller hun kommer til å skåre mer enn 0 på resten av oppgavene på deltesten. Derfor kan man gi 0 poeng på resten av oppgavene på

deltesten, og man kan gå videre til neste deltest (Platz et al, 2005b; Yozbatiran et al, 2008).

Gudrun gjentok ARAT to uker etter hun første gang gjennomførte den, da nærmet det seg utskrivelse. Hun var nedfor og følte selv at det ikke hadde skjedd de store framskrittene i armfunksjon. Etter at hun hadde gjennomført ARAT for andre gang, gikk hun og ergoterapeuten gjennom resultatene fra begge testene. Hun skårte nå 51/57 poeng. På denne måten ble det tydelig også for Gudrun at selv om det fremdeles var vanskelig å mestre noen daglige gjøremål, så hadde hun hatt en bedring i arm-/håndfunksjon. Hun fant motivasjon i dette, og syntes det ble kjekkere å gjennomføre egentreningsprogram for å trene på finmotorikk som fremdeles var ganske vanskelig. Ergoterapeuten på sin side kunne ut fra ARAT objektivt beskrive arm-/håndstatus ved innkomst og utreise, i tillegg til sine andre vurderinger. På denne måten er det også lettere å vise til eventuell fremgang, både overfor pasienten og til tverrfaglig team og samarbeidspartnere, som for eksempel ergoterapeut i kommunen.

## Diskusjon

En systematisk evaluering av armfunksjon etter et hjerneslag gir grunnlag for å bedømme fremgang, effekt av rehabiliteringstiltak og kostnadseffektivitet. Likevel er det ofte vanskelig å gjennomføre standardisert testing i en hektisk klinisk hverdag. Vi presenterer i denne artikkelen ARAT fordi vi mener at gode psykometriske egenskaper og forholdsvis lite ressursbruk gjør den relativt lett å anvende både i klinikk og forskning. Imidlertid bør man også ta hensyn til noen begrensninger ved dette evalueringsverktøyet. Selv om ARAT dekker et bredt spekter av motoriske utfall, har den gulv- og takeffekt (Platz et al, 2005a). Med gulveffekt mener man at den ikke klarer å fange opp endring hos pasienter med veldig lite motorisk funksjon i arm. På den andre siden betyr en takeffekt at en maksimal skår på 57 ikke er ensbetydende med at man har gjenvunnet fullstendig normal armfunksjon. For å dokumentere ytterligere forbedring for pasienter med allerede god motorisk funksjon anbefales i tillegg å bruke finmotoriske tester med tidtaking, som for eksempel Nine Hole Peg Test og Box and Block Test.

Mange pasienter med parese i en arm har mer eller mindre uttalte kognitive problemer, enten som følge av hjerneslaget eller som allerede eksisterende diagnose (Brunner, Skouen, Strand, 2011). Evaluering

av motorisk funksjon er vanskelig når evnen til å forstå instruksjoner er nedsatt. Som de fleste andre evalueringsverktøy er ARAT bare i begrenset omfang brukbar for pasienter med kognitive problemer. Den enkle oppbyggingen og muligheten til å demonstrere oppgavene tillater imidlertid testing av pasienter med noe redusert kognitiv funksjon eller språklige problemer (Lang et al, 2006).

Når man betrakter ARAT i lys av ICF-klassifiseringen, er den ment til å evaluere armfunksjon på et aktivitetsnivå og gir ingen informasjon om deltakelse og bare indirekte informasjon om kroppsfunksjoner. Kroppsfunksjoner belyses noe mer i Fugl Meyer Assessment, hvor også proprioepsjon og sensibilitet undersøkes (Fugl-Meyer et al, 1975). Samtidig ble det demonstrert veldig høy samtidig validitet mellom ARAT og Fugl-Meyer Assessment, og ARAT er mye raskere å gjennomføre (Platz et al, 2005a).

En stor fordel av ARAT er den hierarkiske oppbyggingen, som gjør det mulig å forkorte testen betydelig når en pasient har veldig god eller lite motorisk funksjon i armen. Dette reduserer på den ene siden tidsbruken for terapeuten, men også - og dess viktigere - reduserer det belastningen for pasienten. Det anses som spesielt viktig å kunne begrense frustrerende testopplevelser i akutt fase, som kan være preget av sjokk og sorgreaksjon. Det brede spekteret av oppgaver gjør at man får en valid skår selv med veldig nedsatt motorisk funksjon.

På Haraldsplass Diakonale Sykehus møter vi pasienter med hjerneslag på akutt slagpost, og noen av disse kommer deretter på geriatrik sengepost for videre rehabilitering. Det er aktuelt å bruke ARAT allerede på akutt slagpost på de pasientene som har halvsidig parese. Erfaringsmessig kan det være en positiv opplevelse for pasienten hvis man får mulighet å ta ARAT tidlig i forløpet og en eller flere retester senere. Ofte ser terapeuten en endring, men pasienten opplever ikke alltid dette selv. Endringene synes små, eller man befinner seg fremdeles relativt langt vekk fra den opprinnelige funksjonen. Har man ved en tidligere test kvantifisert motorisk funksjon i armen, blir endringen mer synlig, også overfor et tverrfaglig team eller pårørende. En fordel er hvis flere institusjoner har anskaffet ARAT, og man slik kan sammenligne skår over tid. Med kort liggetid på sykehusene opplever vi at det ikke alltid er verken mulig eller aktuelt å reteste pasienten før de utskrives til neste ledd i rehabiliteringen. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag anbefaler som hovedregel at slagpasien-

ter får en poliklinisk etterkontroll i spesialisthelsetjenesten en til tre måneder etter utskriving (Helsedirektoratet, 2010). Det kan da være naturlig å tenke at dette kan være et tverrfaglig tilbud, og det kan være en arena for retesting ved ARAT. Spesielt kan dette være aktuelt der man har et begrenset tilbud til pasientgruppen i kommunen, og det kanskje ikke er ergoterapeuter ansatt. På en slik kontroll kan man vurdere om det har vært en videre fremgang i funksjon. På bakgrunn av dette og øvrig tverrfaglig vurdering kan man dermed gi ytterligere anbefalinger om videre tiltak.

chaftsverlag; 2005.

van der Lee JH, De Groot V, Beckerman H, Wagenaar RC, Lankhorst GJ, Bouter LM. (2001a). The intra- and interrater reliability of the action research arm test: a practical test of upper extremity function in patients with stroke. *Arch Phys Med Rehabil*; 82(1):14-19.

van der Lee JH, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. (2001b). The responsiveness of the Action Research Arm test and the Fugl-Meyer Assessment scale in chronic stroke patients. *J Rehabil Med*; 33(3):110-113.

Yozbatiran N, Der-Yeghiaian L, Cramer SC. (2008). A standardized approach to performing the action research arm test. *Neurorehabil Neural Repair*; 22(1):78-90.

## Referanseliste

---

Brunner IC, Skouen JS, Strand LI. (2011). Recovery of upper extremity motor function post stroke with regard to eligibility for constraint-induced movement therapy. *Top Stroke Rehabil*; 18(3):248-257.

Carroll D. (1965). A quantitative test for upper extremity function. *J Chronic Dis*; 18:479-491.

Connell LA, Tyson SF. (2012). Clinical reality of measuring upper-limb ability in neurologic conditions: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*; 93(2):221-228.

Franceschini M, La PF, Agosti M, Massucci M. (2010). Is health-related-quality of life of stroke patients influenced by neurological impairments at one year after stroke? *Eur J Phys Rehabil Med*; 46(3):389-399.

Fugl-Meyer AR, Jaasko L, Leyman I, Olsson S, Steglind S. (1975). The post-stroke hemiplegic patient. A method for evaluation of physical performance. *Scand J Rehabil Med*; 7(1):13-31.

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag*.

Hsieh CL, Hsueh IP, Chiang FM, Lin PH. (1998). Inter-rater reliability and validity of the action research arm test in stroke patients. *Age Ageing*; 27(2):107-113.

Kwakkel G, Kollen B. (2007). Predicting improvement in the upper paretic limb after stroke: a longitudinal prospective study. *Restor Neurol Neurosci*; 25(5-6):453-460.

Lang CE, Wagner JM, Dromerick AW, Edwards DF. (2006). Measurement of upper-extremity function early after stroke: properties of the action research arm test. *Arch Phys Med Rehabil*; 87(12):1605-1610.

Lyle RC. (1981). A performance test for assessment of upper limb function in physical rehabilitation treatment and research. *Int J Rehabil Res*; 4(4):483-492.

Platz T, Pinkowski C, van WF, Kim IH, di BP, Johnson G. (2005a). Reliability and validity of arm function assessment with standardized guidelines for the Fugl-Meyer Test, Action Research Arm Test and Box and Block Test: a multicentre study. *Clin Rehabil*; 19(4):404-411.

Platz T, Pinkowski C, van Wijck F, Johnson G. (2005b). *Arm Rehabilitation Measurement*. Baden-Baden: Deutscher Wissen-

# Klinisk bruk av ferdighetsanalyse fra EVA-systemet i observasjon og dokumentasjon av aktivitetsutførelse

---

Av Lene Fogtmann Jespersen, Ellen Gjertsen Clark og Brian Ellingham

## KLINISK BRUK AV FERDIGHETSANALYSE FRA EVA-SYSTEMET I OBSERVASJON OG DOKUMENTASJON AV AKTIVITETSUTFØRELSE

*Lene Fogtmann Jespersen er fagutviklingsergoterapeut/studentkoordinator ved Seksjon for klinisk service, Oslo Universitetssykehus HF. e-post: ljespe@ous-hf.no*

*Ellen Gjertsen Clark er ergoterapeut og enhetsleder for ergoterapeutene i Klinisk Aktivitetsavdeling ved Diakonhjemmet Sykehus.*

*Brian Ellingham er høyskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag.*

### Sammendrag

---

**I en travel klinisk hverdag** er det ofte en utfordring å finne et redskap for analyse av en aktivitetsobservasjon samt en konsekvent måte å dokumentere funnene på.

En klinisk anvendbarhetsstudie har demonstrert at bruk av ferdighetsanalyse fra Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalysesystem (EVA) bidrar til å strukturere observasjon og dokumentasjon av aktivitetsutførelse. Enhetlig begrepsbruk i dokumentasjon kan være med på å styrke aktivitetsperspektivet i ergoterapeuters arbeid. EVA ferdighetsanalyse har vist seg å være egnet til bruk med et bredt utvalg av aktiviteter i ulike kliniske kontekster.

I denne artikkelen presenteres et eksempel fra somatisk helse på hvordan ferdighetsanalyse fra EVA-systemet kan brukes som verktøy for å strukturere observasjon av en aktivitetsutførelse, og hvordan denne observasjonen kan dokumenteres i elektronisk journalsystem.

**Nøkkelord:** aktivitetsanalyse, observasjon, dokumentasjon, ferdigheter, Model of Human Occupation

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

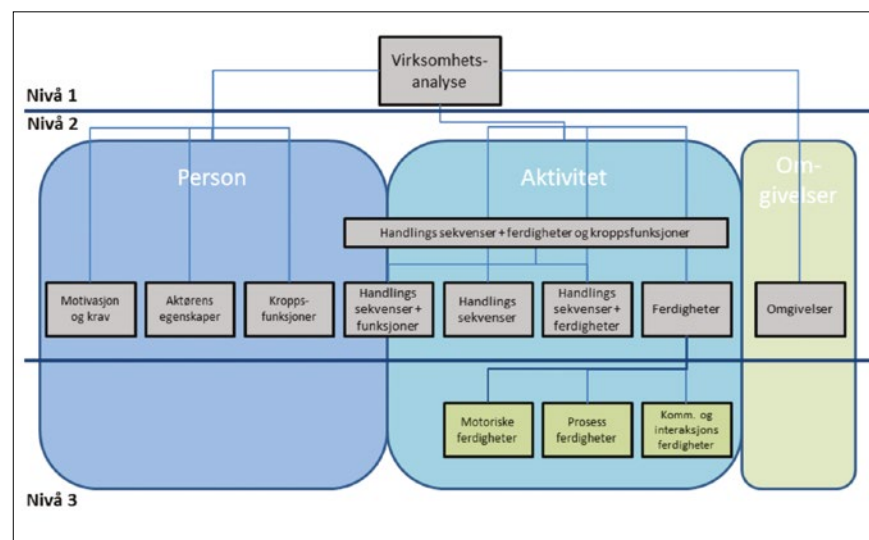
## Bakgrunn

Ergoterapi er å muliggjøre menneskets engasjement i aktiviteter som fremmer mestring av hverdagen, deltakelse i samfunn, helse og livskvalitet. En sentral metode er «terapeutisk» eller «metodisk» bruk av aktivitet som innebærer enten tilrettelegging av omgivelser og aktivitetsformer slik at aktiviteter kan utføres i hverdagen, eller anvendelse av aktiviteter i kartlegging og trening (Andersson, 2009; Hagedorn, 2000; Hersch, Lamport, & Coffey, 2005; Latham, 2008; Moyers, 2005). Ergoterapeuten vurderer enkelte aktiviteters muligheter og utfordringer opp mot menneskets behov og kapasitet og identifiserer:

- ramme faktorer som påvirker aktivitetsutførelsen (fysiske, sosiale og kulturelle)
- krav som stilles til aktører (fysisk og psykisk kapasitet samt personlig motivasjon)
- handlingssekvenser og ferdigheter som inngår i aktivitetsutførelsen

Aktivitetsanalyse er en kjerneferdighet i ergoterapi. Det gir grunnlag for å kunne anvende aktiviteter til kartlegging og vurdering av personers utførelse og tilrettelegging av aktiviteter for å fremme deltakelse (Bundgaard & von Bülow, 2013; Chard, 2010; Crepeau & Schell, 2009; Fawcett, 2007).

EVA - Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system ble utviklet på ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) for bruk i undervisning. EVA består av skjemaer som sammenfatter begrepssystemer hentet fra standardiserte instrumenter, formaliserte kontrollerte vokabularer, teoretiske modeller, konsensus og erfaring (Ellingham & Opsahl,



Figur 1 illustrerer EVA-systemets struktur og innhold og relasjoner mellom systemets skjemaer.

2006). En klinisk anvendbarhetsstudie ble gjennomført i 2011 - 2012 der ferdighetsanalyse fra EVA-systemet ble prøvd ut i ulike kliniske miljøer som inkluderte somatisk og psykisk helse samt førstelinjetjenesten (Clark, Jespersen, Ellingham, & Brovold, 2014). Resultater fra studien indikerer at bruk av ferdighetsanalyse fra EVA for analyse av aktivitetsutførelse bidrar til å tydeliggjøre ergoterapeuters aktivitetsperspektiv. Samtidig fremmes et felles begrepsbruk i skriftlig rapportering og muntlig formidling av observasjon i aktivitet (Clark et al., 2014). Gjennom struktur i observasjon og dokumentasjon fra aktivitetsobservasjonen tydeliggjøres ferdighetenes betydning for aktivitetsutførelsen. I studien fant man at ferdighetsanalyse fra EVA-systemet kan benyttes i et stort omfang av aktivitetssituasjoner og innen flere fagområder (Clark et al., 2014). I denne artikkelen presenteres et eksempel fra somatisk helse på hvordan ferdighetsanalyse fra EVA-systemet kan brukes som verktøy for å strukturere en observasjon av en aktivitetsutførelse, og hvordan denne

observasjonen kan dokumenteres i elektronisk journal.

## EVA SYSTEMET

EVA er et omfattende system og består av mange skjemaer med flere nivåer for analyse av ulike deler av systemet menneske - aktivitet - omgivelse (MAO), som på engelsk omtales som person - environment - occupation (PEO) (Reed & Sanderson, 1999; Townsend & Polatajko, 2007). MAO-modellen beskriver den grunnleggende ergoterapeutiske forståelsen av at aktivitetsutførelse er resultatet av samspillet mellom mennesket, omgivelsene og aktivitetens form. EVA-skjema velges og kombineres ut i fra analysens hensikt. En *virksomhetsanalyse* er en helhetlig analyse som omfatter alle deler av samspillet menneske - aktivitet - omgivelse (MAO). Analyse foretas av ulike grunner, for eksempel i utredning og intervensjon med fokus på en persons muligheter til å utføre aktiviteter (Crepeau & Schell, 2009).

Figur 1 illustrerer EVA-systemets struktur og innhold og relasjoner mellom systemets skjemaer.



maer. Øverst i systemet (figur 1 – nivå 1) er et forenklet skjema som brukes til å oppsummere hovedelementene av MAO-samspillet.

På lavere nivåer i systemet (figur 1, nivå 2 og 3) er skjemaet brukt til dypere analyse av enkelte områder. I *aktivitetsanalyse* er fokus på noen av de ulike områdene i MAO-systemet. Skjema velges ut fra analysens formål. *Eksempelvis ved kartlegging av en persons ferdigheter etter hjerneslag benyttes ferdighetsanalyse-skjema under en observasjon i kjøkkenaktivitet.*

## ANVENDELSE AV EVA

De ferdighetsanalyse-skjemaene som presenteres i denne artikkelen, ble brukt i det tidligere omtalte anvendbarhetsstudien (Clark et al., 2014). Skriftlig dokumentasjon av funn fra aktivitetsutførelse er nødvendig for å sikre oppfølging av personens muligheter for aktivitet og deltakelse videre. Eksempelet viser utfylte skjemaer og påfølgende dokumentasjon. Det er tre ferdighetsanalyse-skjema i EVA-systemet. Disse ble valgt i studien til Clark et al. (2014) med intensjon om å bidra til å fremheve ergoterapeuters aktivitetsperspektiv og kompetanse med tydeliggjøring av:

- motoriske ferdigheter – analyse av observerbare bevegelser og kroppsbruk i aktiviteter
- prosessferdigheter – analyse av observerbare handlinger som strukturerer og styrer fremdrift og gjennomføring av aktiviteter
- kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter – analyse av observerbare handlinger som fremmer samarbeid og relasjoner i gjennomføring av aktiviteter.

Uttrykkene som brukes i

EVA-skjemaene er basert på terminologien anvendt i Model of Human Occupation – MOHO (Kielhofner, 1995), Assessment of Motor and Process Skills – AMPS (Fisher & Bray Jones, 2010) og Assessment of Communication and Interaction Skills – ACIS (Forsyth, Salamy, Simon, & Kielhofner, 1998). Denne terminologien har vært en del av ergoterapifagets profesjonsdiskurs i mange år og har vært gjengitt i ergoterapilitteratur, for eksempel Model of Human Occupation (Kielhofner, 1995, 2002, 2008), Willard and Spackman's Occupational Therapy (Crepeau, Cohn, & Schell, 2003, 2009) Tools for Practice in Occupational Therapy (Hagedorn, 2000) og Occupational Therapy Intervention Process Model (Fisher, 2009; Fisher, 2012). Det er viktig at ergoterapeuter bruker en felles og konsekvent terminologi for å formidle og dokumentere sin faglige virksomhet (Crepeau & Schell, 2009; Hagedorn, 2000). EVA-systemet tar derfor utgangspunkt i terminologi som allerede er validert, godt fungerende og kjent blant ergoterapeuter for å bidra til en presis og gjenkjennbar ordbruk i formidling av aktivitetsobservasjoner.

## OBSERVASJON AV AKTIVITET MED FERDIGHETSANALYSESKJEMAENE

Alle de tre skjemaene som omhandler ferdigheter benyttes ved observasjon av en person som utfører en definert aktivitet. Deltakerne i anvendbarhetsstudien (Clark et al., 2014) opplevde nytten av å bruke alle tre ferdighetsanalyse-skjemaene selv om de kunne omhandle områder utenfor deres vanlige fokus. Ergoterapeuter på somatisk avdeling beskrev at de hadde utbytte av å observere kommunikasjons- og

Gradering	
0----- -----1	
0----- -----1	
0----- -----1	

Figur 2.: Graderingsskala.

interaksjonsferdigheter, mens terapeuter fra psykisk helse dro nytte av å observere motoriske ferdigheter - områder terapeutene uttrykte de tidligere ikke hadde hatt like stort fokus på.

De tre skjemaene som her presenteres beskriver *observerbare* ferdigheter (performance skills) (Kielhofner, 1995) som inngår i gjennomføring av aktiviteter. Anvendelsen av alle ferdigheter skal i utgangspunktet beskrives eller kommenteres. Har man ingen kommentarer i forhold til observert ferdighet, eller ferdigheten ikke er aktuell i aktiviteten, bør dette noteres. Ferdighetene graderes i henhold til hvor tilfredsstillende, trygt og/eller selvstendig utførelsen er i henhold til aktivitetens krav.

Hoveddelen i alle skjemaene består av tre kolonner. I den første kolonnen står hvilken ferdighet som observeres. De enkelte ferdighetene personene anvender i gjennomføringen av aktiviteter, betegnes med verb. Verb benyttes for å indikere at ferdigheter er handlinger, noe man gjør som kan observeres. I kommentarfeltet noteres detaljer av betydning for vurdering av ferdigheten. I den høyre kolonnen graderes ferdigheten i forhold til observasjon av selvstendighet, sikkerhet og effektivitet i personens utførelse av aktiviteten. En skala benyttes i graderingen av de enkelte ferdighetene der terapeuten tar stilling til personens utførelse. Som angitt i Figur 2 setter man kryss på skalaen 0 - 1. «1» indikerer at

Aktør: <u>Pasient Jensen innlagt akutt slagpost</u>		Kryss av for analyse av: Form <input type="checkbox"/> Utførelse <input checked="" type="checkbox"/>
Aktivitet: <u>Morgenstell ved vask</u> . Sitter i stol ved vasken, alt nødvendig utstyr ved vaskevannsfatet		
Dato: <u>27.06.2013</u>	Vurdert av: <u>Ergoterapeut Anne</u>	

Kroppsholdning		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Stabiliserer	Må ha personhjelp for å komme opp i sittende der han stabiliserer uten personstøtte	0---X--- -----1
Retter opp	Retter seg opp i sittende og etter å ha bøyet seg fremover, må ha personstøtte for å reise seg til stående	0---X--- -----1
Plasserer	Stiller seg hensiktsmessig foran vasken	0----- -----X1

Mobilitet		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Går	Lett personstøtte i gange til badet	0-----X-----1
Rekker	Rekker det han trenger ved vasken og for å dra opp bukse	0----- -----X-1
Bøyer	Bøyer seg frem ved vask nedentil og for å trekke opp bukse	0----- -----X-1

Koordinasjon		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Koordinerer	Bruker begge hender ved knapper	0----- -----X-1
Manipulerer	Ingen vansker med å håndtere gjenstander i hånd	0----- -----X1
Har flyt	Jevne bevegelser	0----- -----X1

Tilpasset kraft		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Flytter	Flytter såpen og setter tilbake	0----- -----X-1
Transporterer	Ikke observert, terapeut bar det nødvendige til badet	0----- -----1
Løfter	Løfter klut, såpe, klær	0----- -----X-1
Justerer	Bruker tilpasset kraft når han vrir klut	0----- -----X1
Griper	Hensiktsmessig grep om klut, klær, knapper	0----- -----X-1

Utholdenhet		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Holder ut	Viser nedsatt utholdenhet, tar pauser	0----- X-----1
Holder tempo	Noe ujevnt tempo med pauser underveis	0----- X-----1

Kommentarer/konklusjon			
Jensen har behov for støtte når han går og må ha personhjelp for å komme til sittende på sengekant. Ved vasken viser han selvstendighet og adekvate motoriske ferdigheter, men har nedsatt utholdenhet	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Gradering</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-----X-----1</td> </tr> </tbody> </table>	Gradering	0-----X-----1
Gradering			
0-----X-----1			

Skjemaet baseres på begrep fra Model of Human Occupation (Kielbaso, 1995, 2002, 2008) og AMPS (Fisher 2003). Oppdatert/fyllt ut: 08.07.2014

Tabell 1: Analyse av motoriske ferdigheter anvendt i en aktivitet.

anvendelsen av ferdigheten er helt tilfredsstillende, selvstendig og trygg, og «0» indikerer helt uselvstendig eller meget utilfredsstillende bruk av ferdigheten. Et kryss nær midten indikerer en ferdighet på vippen til å være tilfredsstillende eller utilfredsstillende (trygg/utrygg).

Ved å benytte denne grade-ringskalaen vil man få en visuell profil som bidrar til å tydeliggjøre ferdigheter eller ferdighetskategorier som kan være viktige i vurderingen av videre tiltak. Ved ikke å angi mer spesifikke kriterier eller tallfeste grade-ringen er hensikten å gjøre det

enkelt og mindre tidkrevende å gjennomføre ferdighetsanalysen. Definisjoner av de enkelte ferdighetsbegrepene man observerer samt utfyllende informasjon om utfylling av skjema og gradering er tilgjengelige i en manual utarbeidet i forbindelse med anvendbarhetsstudien (Ellingham, Clark, Jespersen, & Annerløv, 2012).

## DOKUMENTASJON AV AKTIVITETSOBSERVASJON

Elektroniske journal- og rapporteringssystemer brukes i dagens helsevesen. Mal for dokumentasjon av aktivitetsbaserte observasjoner med bruk av ferdighetsanalyse

fra EVA-systemet er utviklet på bakgrunn av erfaringer fra anvendbarhetsstudien (Clark et al., 2014). Denne malen er utviklet for bruk i elektroniske journalsystemer eller kan benyttes i papirformat (Ellingham et al., 2012). Der man rapporterer at EVA er benyttet som aktivitetsobservasjon, er det viktig at innholdet og formen gjenspeiler systemets terminologi og følger malen (Robertson & Blaga, 2013). Malen for dokumentasjon består av overskrifter fra hvert ferdighets-skjema med standard undertekster i kursiv som forklarer hvilke ferdighetskategorier ergoterapeuten har sett etter. Øverst i notatet beskrives aktiviteten, observasjonens målsetting og rammefaktorene. I oppsummeringen av pasientens utførelse av aktiviteten og eventuelle utfall fra ferdighetsanalysen tolkes ut fra mulige årsaksforhold. Disse kan knyttes til kroppsfunksjoner som sansing, persepsjon, kognisjon og fysiske funksjoner. Aktuelle aktivitetsproblemer beskrives og vurderes ut fra grad av selvstendighet og trygghet og i hvilken grad aktivitetsutførelsen er effektiv. Forslag til videre utredning og tiltak kan presenteres her.

## Klinisk eksempel

Det kliniske eksemplet bygger på en gjennomført observasjon i spesialisthelsetjenesten. Ergoterapeut Anne arbeider på en akutt slagenhet der en av hennes oppgaver i det tverrfaglige teamet er å gjennomføre en funksjonsvurdering. Herr Jensen har gjennomgått et hjerneslag på høyre side for et par dager siden. Han har inntil det aktuelle vært selvstendig i ADL. Herr Jensen bor med ektefelle i leilighet med alt på en flate, heis til leiligheten og trappefritt inngangsparti. Han er nylig pensjonert, men er fremdeles aktiv

Aktør: Pasient Jensen innlagt akutt slagpost		Kryss av for analyse av: Form <input type="checkbox"/> Utførelse <input checked="" type="checkbox"/>
Aktivitet: Morgenstell ved vask. Gå til badet. Sitter i stol ved vasken, alt nødvendig utstyr lagt frem		
Dato: 27.06.2013	Vurdert av: Ergoterapeut Anne	

Energi		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Holder tempo	Må verbalt drives videre mellom delhandlinger	0-----X-----1
Holder oppmerksomhet	Må få instruks for fremdrift, har latenstid og behov for gjentakelser	0-----X-----1

Søker og anvender kunnskap		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Velger	Velger bleie fremfor klut	0-----X-----1
Anvender	Bruker gjenstander rett	0----- -----X-----1
Håndterer	Bejener vannkran med adekvat temperaturregulering	0----- -----X-----1
Er målrettet	Må verbalt promptes for å komme videre	0-----X-----1
Søker kunnskap	Spør ikke når han ikke lokaliserer ting eller stopper opp	0-----X-----1

Organisering av tid		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Begynner	Har latens om må tidvis har gjentatt verbal hjelp	0-----X-----1
Fortsetter	...	0-----X-----1
Gjør i rekkefølge	Vasker seg i ansikt igjen etter å ha vasket kroppen	0-----X-----1
Avslutter	Fullfører hver delhandling	0----- -----X-----1

Organisering av gjenstander og rom		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Søker/lokaliserer	Leter ikke når håndkle faller på gulvet til venstre for han	0-----X-----1
Samler	Legger skitten tøy, klut og lignende ulike steder	0-----X-----1
Organiserer	Plasser ting ulike steder mellom delhandlinger, usystematisk	0-----X-----1
Rydder	Henger ikke opp håndkle	0-----X-----1
Navigerer	Beveger seg <u>opåfallende</u> i rommet med personstøtte	0----- -----X-----1
Orienterer seg	...	0----- -----X-----1

Avpassing		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Legger merke til/reagerer på	Vannkran renner gjennom hele stellet, gjør ingen forsøk på å skru av før han blir gjort oppmerksom på det av terapeuten	0-----X-----1
Tilpasser handlinger	Fortsetter å trekke i kateteret flere ganger	0-----X-----1
Tilpasser omgivelser	Snur seg ikke mot venstre eller flytter gjenstander ved behov, noe hemmende <u>mot</u> håndkle som faller ned	0----- -----X-----1
Tar lærdom av	Må ha gjentatt instruks, eks. ved kateter han trekker i	0-----X-----1

Kommentarer/konklusjon	
Jensen har vansker med oppmerksomheten og organisering av tid og gjenstander. Klarer ikke avpasse handlinger, må ha muntlig hjelp	Gradering 0-----X-----1

Skjemaet baseres på begrep fra Model of Human Occupation (Kielbaso 1995, 2002, 2008) og AMPS (Fisher 2003). Oppdatering ut: 08.07.2014

Tabell 2: Analyse av prosessferdigheter anvendt i en aktivitet.

med ulike styreverv, sykler jevnlig og kjører bil. Herr Jensen deler husarbeidet med ektefelle.

Ettersom herr Jensen i samtale med terapeuten uttrykker ønsker om å gjenvinne selvstendighet i morgenstell, blir denne aktiviteten valgt som utgangspunkt for kartleggingen. Anne skal vurdere pasientens funksjon og de ulike ferdighetene herr Jensen mestrer eller har utfordringer med nå. Dette kan være utgangspunkt for videre opptreningstiltak i aktivitet.

Etter endt observasjon vurderer Anne de ulike ferdighetene observert under utførelsen ved å benytte ferdighetsanalyse-skjemaene fra EVA-systemet. Hun fyller ut de tre skjemaene for å danne seg en oversikt over herr Jensens funksjonsnivå ut fra de observerte ferdighetene i den aktuelle aktivitetens rammer.

### ANALYSE AV MOTORISKE FERDIGHETER

Motoriske ferdigheter er obser-

verbare handlinger som anvendes når personer beveger seg og/eller anvender gjenstander. En må ikke forveksle motoriske ferdigheter med fysiske kroppsfunksjoner som bevegelsesutslag, muskelstyrke osv. Motoriske ferdigheter ordnes under fem kategorier: kroppsholdning, mobilitet, koordinasjon, tilpasset kraft og energi (Fisher et al., 1995).

Som det fremkommer i kolonnen til høyre med gradering i Tabell 1, får man en visuell oversikt over hvor herr Jensens utfordringer og ressurser er i forhold til ferdigheter denne aktiviteten krever. Krysse- ne er i hovedsak på høyre side av midtlinjen, noe som indikerer flere ressurser innenfor de motoriske ferdighetene, men av utfordringer ser en vansker knyttet til ferdighetene stabiliserer, rette opp, går samt nedsatt utholdenhet. Eksempelvis er ferdigheten å rette opp helt til venstre, den er gradert som uselvstendig og utrygg da han må ha personhjelp til denne ferdigheten i situasjonen fra liggende til sittende på sengekant. Herr Jensen synes å ha ressurser knyttet til ferdighetene under områdene koordinasjon og tilpasse kraft.

### ANALYSE AV PROSESSFERDIGHETER

Prosessferdigheter observeres når personen strukturerer og styrer aktivitetsutførelse. Disse ferdighetene må ikke forveksles med kognitive funksjoner som for eksempel hukommelse, planlegging og problemløsning. Prosessferdighetene ordnes under fem kategorier: energi, anvendelse av kunnskap, organisering av tid, organisering av rom og gjenstander, og avpassing (Fisher et al., 1995).

I skjemaet som er vist i Tabell 2 er ferdighetene i herr Jensens aktivitetsutførelse hovedsakelig gra-

Aktør: Pasient Jensen innlagt akutt slagpost		Kryss av for analyse av: Form <input type="checkbox"/> Utførelse <input checked="" type="checkbox"/>
Aktivitet: Morgenstell ved vask. Forflytning til sengekant, gå til badet, Sitter i stol ved vasken, nødvendig utstyr funnet frem		
Dato: 27.06.13	Vurdert av: Ergoterapeut Anne	

  
**Kroppsspråk**

Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Berører	Ikke observert	0----- -----1
Bruker øyne	Gir øyekontakt under samtale, også via speil	0----- -----X-1
Bruker ansiktsuttrykk	u.a.	0----- -----X-1
Gestikulerer	Ikke observert	0----- -----1
Flytter seg	Virer hodet, ser i speil	0----- -----X-1
Orienterer kroppen	""	0----- -----X-1
Inntar stillinger	""	0----- -----X-1

  
**Informasjonsutveksling**

Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Artikulerer	u.a.	0----- -----X1
Står frem/ser fra	u.a.	0----- -----X-1
Spør	Spør ikke om hjelp til å lokalisere håndkle	0-----X-----1
Engasjerer	u.a.	0----- -----X-1
Uttrykker	u.a.	0----- -----X-1
Modulerer	u.a.	0----- -----X1
Deler	u.a.	0----- -----X1
Snakker	u.a.	0----- -----X1
Opprettholder	u.a.	0----- -----X1

  
**Relasjoner**

Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Samarbeider	u.a.	0----- -----X-1
Tilpasser seg	Må ha gjentakelser	0----- -----X-1
Holder fokus	Når instruks er kortfattet	0-----X-----1
Relaterer	u.a.	0----- -----X-1
Respekterer	u.a.	0----- -----X-1

  
**Kommentarer/konklusjon**

Pasienten bruker adekvat kommunikasjon i en aktivitet som vanligvis utføres alene og ikke fordrer kommunikasjonsferdigheter	Gradering 0----- -----X-1
---	------------------------------

Skjemaet baseres på begrep fra Model of Human Occupation (Kielhofner, 1995, 2002, 2008) og ACIS (Ergsøth 1998).  
Oppdatert/fyllt ut: 08.07.2014

Tabell 3: Analyse av kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter anvendt i en aktivitet.

dert til venstre for midtlinjen, noe som indikerer behov for person- hjelp og/eller tilrettelegging på flere ferdighetsområder knyttet til prosessferdigheter, eksempelvis ferdigheten søker/lokaliserer, der han ikke leter etter gjenstander på venstre side. Han utfører ikke delhandlinger målrettet, og må få muntlige hint for å komme videre i aktiviteten. Samtidig ser man ressurser innen ferdighetene anvender og håndterer der han benytter ulike gjenstander hensiktsmessig selv om han viser vansker med å velge.

### ANALYSE AV KOMMUNIKASJONS- OG INTERAKSJONSFERDIGHETER

Kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter anvendes i sosial omgang og samarbeid med andre mennesker. Ferdighetene ordnes under tre kategorier: kroppsspråk, informasjonsutveksling og relasjoner. Uttrykkene som brukes i skjemaet er basert på terminologien utviklet i Model of Human Occupation – MOHO (Kielhofner, 1995) og Assessment of Communication and Interaction Skills – ACIS (Forsyth et al., 1998).

Som Tabell 3 viser hadde ergo-

terapeuten mulighet til å observere kommunikasjonsferdigheter gjennom sin samhandling med pasienten under gjennomføringen av aktivitetsobservasjonen. Dette foregikk selv om kommunikasjon og samhandling ikke var hovedelement i aktiviteten. Her fremkommer det at han mestrer de fleste ferdighetene tilfredsstillende med kryss hovedsakelig godt til høyre på skalaen. Unntaket er å spørre, der han ikke ber om hjelp når det observeres at han trenger det. Noen av ferdighetene kommenteres som «u.a.» (uten anmerkning) for å registrere at ferdigheten har blitt observert, er anvendt adekvat og ikke behøves å kommenteres spesielt. Der ferdigheter ikke ble observert, er dette notert.

### DOKUMENTASJON I ELEKTRO-NISK PASIENTJOURNAL

Etter gjennomgang av skjemaene på de tre ferdighetsområdene skriver Anne et notat i elektronisk journal. Hun tar utgangspunkt i ferdighetene hun har observert og beskriver dette med enkelte eksempler og vurderer områder som kan utgjøre risiko samt de ferdighetene der herr Jensen viser ressurser. Følgende eksempel på journalnotat er basert på skjemaene presentert ovenfor:

#### Ergoterapivurdering – Aktivitetsobservasjon

Ergoterapeut: Anne Annesen

Pasient: Jensen, NN,

Observasjonen er basert på EVA

– Ergoterapi Virksomhetsbasert

Aktivetsanalyse

**Aktivitet:** Morgenstell med oventil og nedentil vask samt påkledning av underbukse med innlegg og sykehuskjorte. Forflytning seng til bad. Pasienten sitter i stol foran vasken, alt nødvendig utstyr er

lagt fram ved vasken. Ergoterapeuten er tilstede under hele utførelsen.

**Målsetting:** Kartlegging av ferdigheter i morgenstell for å vurdere selvstendighet basert på pasientens mål. Sekundærmål: å identifisere tiltak som kan trenes på under oppholdet.

**Motoriske ferdigheter:** *Pasienten er observert i forhold til kropps- holdning, mobilitet, koordinasjon, tilpasset kraft og utholdenhet:* Pasienten kommer fra liggende til sittende på sengekant med personhjelp, sittende retter han seg opp i ryggen selvstendig og sitter stabilt. Pasienten reiser seg fra sengekant med støtte fra terapeut og går til badet med lett personstøtte på venstre side. Han sitter på stolen og rekker fram til alt nødvendig utstyr, han reiser og setter seg med lett støtte fra terapeut og bruk av armlene (høyre). Står ved vasken, støtter seg med en hånd i vasken og terapeut på venstre side. Han bøyer seg for å vaske seg nedentil og dra opp benklærne med høyre hånd. Noe ustøhet observeres. Herr Jensen koordinerer hendene for å kneppe knapper og har flyt i bevegelsene. Han løfter kluten og såpen med hensiktsmessig grep. Han viser nedsatt utholdenhet, da han stopper flere ganger og henger litt med hodet.

**Prosessferdigheter:** *Pasienten er observert med fokus på oppmerksomhet, anvendelse/søk av kunnskap, organisering av tid, organisering av gjenstander/rom og avpassing:* Pasienten har vansker med å holde oppmerksomheten, må få muntlige påminnelser for fremdrift, tar tid fra han får instruks til han begynner delhandling. Må få muntlig hjelp for å trekke opp skjorten over venstre skulder. Tempoet er nedsatt, pasi-

enten må ha gjentatt instruksjon for å fortsette aktiviteten. Han viser noen vansker med rekkefølge, vasker seg i ansiktet – overkropp - tilbake til ansikt. Herr Jensen veksler ikke mellom vask og tørk. Han viser noen vansker med å velge gjenstander, tar for eksempel bleieinnlegget etter instruks om å ta kluten. Han søker ikke aktivt i rommet, spør ikke når det kan være aktuelt å innhente hjelp. Organiserer ikke gjenstander i rommet, håndkleet faller på gulvet etter at han har brukt det med venstre hånd. Herr Jensen har problemer med å finne gjenstander på venstre side, og han legger ikke merke til at vannkranen har stått på fra begynnelse til slutt av stellet. Terapeuten må gjøre ham oppmerksom på dette. Når han står og stiller seg nedentil, drar han gjentatte ganger i kateteret, må ha gjentatt instruksjon.

#### **Kommunikasjonsferdigheter:**

*Pasienten er observert med fokus på kroppsspråk/språk, informasjonsutveksling og relasjoner:*

Pasienten bruker ansiktsuttrykk og øyekontakt gjennom aktiviteten, holder relasjon og utveksler informasjon, men bruker lang tid på å svare og faller tidvis ut. Han følger kortfattet og konkret instruksjon, men spør ikke om hjelp der han stopper opp eller ikke finner gjenstander.

**Vurdering og konklusjon:** Herr Jensen vurderes som delvis uselvstendig i gjennomføring av denne aktiviteten i dag. Selv uttrykker han at han bruker lang tid og må ha en del hjelp. Han viser nedsatt oppmerksomhet mot venstre side og nedsatt tempo fra gitt instruksjon til handling som tyder på latenstid. Han viser vansker med tilpassing av handlinger og omgivelser. Herr Jensen er per i dag avhengig av støtte i forflyt-

ning og mobilisering. Aktivitetsobservasjonen viser at Jensen trenger videre veiledning og trening for å oppnå selvstendig mestring av daglige aktiviteter som morgenstell. Denne aktiviteten gir ham mulighet for å trene på ulike ferdigheter han nå har vansker med, som stabilisering, går, oppmerksomhet og tempo. Han uttrykker motivasjon for å trene på ferdigheter som vil øke selvstendighet i P-ADL.

**Tiltak:** Ved trening anbefales gradering av aktiviteten etter pasientens kapasitet og ressurser. Det anbefales å gi konkret instruksjon for å strukturere delhandlinger og komme gjennom aktiviteten. Gradering av hjelpenivå som er prøvd ut med pasienten er:

- verbal instruks
- supplere verbalinstruks med fysisk å vise hva som menes
- fysisk guiding

## **Diskusjon**

Ferdighetsanalysen fra EVA-systemet kan anvendes innen mange ulike fagområder, og ergoterapeuten er ikke bundet opp til bestemte aktiviteter som kan observeres (Clark et al., 2014). Samtidig kan en danne seg et inntrykk av pasientens funksjonsnivå innen tre ferdighetsområder i løpet av en aktivitetsobservasjon.

De fleste begrepene og elementene i oppbyggingen av EVA-systemet er lik mange validerte verktøy ettersom de bygger på flere av de samme etablerte teorier (Ellingham & Opsahl, 2006; Fisher & Bray Jones, 2010; Forsyth et al., 1998; Hopkins & Smith, 1993; Kielhofner, 1995). Den definerte terminologien anvendes ved formidling av hva man har observert. Malen for dokumentasjon gir mulighet for enhetlig språkbruk og gir rammer for å fremme det ergoterapeutiske



arbeidet. Bruk av malen bidrar til en tydeliggjøring av observasjonens hensikt samtidig som det fremkommer hva en har sett etter under aktivitet utførelsen. Formen er den samme for alle typer aktivitetssituasjoner, og begrepene er de samme uavhengig av hvem som observerer og dokumenterer. En gradering av ferdighetene som er subjektiv og ikke kriteriebasert kan være en svakhet, blant annet ved re-testing. Ferdighetsskjema fra EVA-systemet har vært brukt som pedagogisk verktøy (Ellingham & Opsahl, 2006), men mangler standardisering og validering for klinisk bruk. Det er ønskelig å se på en standardisering av redskapet for å vurdere reliabiliteten til EVA.

Det er formålstjenlig å arbeide kunnskapsbasert med validerte metoder. Dette kan innebære at terapeuten velger å benytte standardiserte tester som går på kroppsfunksjonsnivå der aktivitetsperspektivet blir lite synlig eller egenrapportering. Egenrapportering som kartlegging støtter opp fokus om klientsentrering, men er ikke alltid forenlig brukt med akutt syke eller pasienter med nedsatt kognitiv og/eller psykisk funksjon. Som Fawcett sier, kan ikke en ergoterapeut basere seg kun på egenrapportering ved kartlegging, da flere studier har vist sprik mellom rapportert og observert funksjon (Fawcett, 2007; Ikiugu, 2013). Kartleggingsredskap basert på egenrapportering gir derimot mulighet for klientsentrering der bruker selv er med på å vurdere egen utførelse uten at det gjennomføres observasjon av selve aktiviteten (Law, 2008). Observasjonsbasert redskap som ferdighetsanalysen fra EVA-systemet gir ikke automatisk mulighet for utøverens subjektive

vurdering av egen utførelse. For denne typen redskap fordres at terapeuten etter observasjonen snakker med pasienten om deres opplevelse av utførelsen og gir tilbakemelding om hva en har observert og vurdert for å tilstrebe en klientsentrert praksis (Townsend & Polatajko, 2007). Når det gjelder vurdering av aktivitetsutførelse, er det utfordringer ved at flertallet av de standardiserte kartleggingsmetodene krever sertifisering. Dette ekskluderer dermed nyutdannede ergoterapeuter eller studenter som dermed ikke kan benytte disse verktøyene. Et annet element er at få kartleggingsredskap har retningslinjer for dokumentasjon av observasjonene og resultatet fra disse, noe som kan føre til variasjoner ved formidling av funn og det ergoterapeutiske arbeidet (Robertson & Blaga, 2013). Ferdighetsanalyse fra EVA-systemet med mal for dokumentasjon kan imøtekomme disse utfordringene.

Kartlegging av aktivitetsutførelse med bruk av EVA-ferdighetsanalyse er i stor grad en semi-strukturert undersøkelse. Skjemaene gir grunnlag for en strukturert observasjon med en manual for fastsatte fokusområder og angivelse av hvordan funnene skal registreres. Ferdighetsanalysen skiller seg ut fra de fleste strukturerte observasjoner ved at den ikke har en stram prosedyre for administrasjon, og at den ikke er kvantitativ. Den følger prinsippene om først å observere og notere objektivt det brukeren utfører, før en tolker for å finne mulige årsaker for utøvelsen (Borg, 2007; Fawcett, 2007). I likhet med andre redskaper kan aktivitetskartlegging som ferdighetsanalyse fra EVA-systemet bidra til å identifisere pasientens

behov for hjelp, tilrettelegging og/eller annen type intervensjon samtidig som en kan få frem ressursene. I arbeid som krever mer kvantitative beskrivelser bør en anvende andre redskaper i tillegg til, eller som erstatning for, ferdighetsanalysen ut fra det terapeutiske behovet.

I denne artikkelen presenteres et klinisk eksempel fra somatisk helse, men som det fremkom i anvendbarhetsstudien kan ferdighetsanalysen fra EVA-systemet også benyttes innen psykisk helse og kommunehelsetjenesten for et bredt spekter av diagnosegrupper (Clark et al., 2014). Flere eksempler fra de ulike feltene er presentert i manualen utarbeidet etter at studien var avsluttet (Ellingham et al., 2012).

## Konklusjon

Ergoterapeuters aktivitetsperspektiv er et unikt og viktig bidrag til forståelse av konsekvenser av for eksempel sykdom, skader og funksjonsnedsettelse for en persons evne til å mestre sin hverdag. Ergoterapeuters aktivitetsvurderinger bidrar til utvikling av kort- og langsiktige behandlingsplaner og omsorgsstrategier.

Erfaringer viser at bruk av ferdighetsanalyse fra EVA gir et grunnlag for strukturert rapportering av aktivitetsbasert observasjon og vurdering av pasienter uavhengig av fagområde og diagnose. Den kan anvendes ved et stort mangfold i aktiviteter, alt fra små til store og komplekse aktiviteter. Analysen har vist seg å være et anvendbart redskap til vurdering av aktivitetsutførelse og kan være et supplement til etablerte og validerte verktøy. Klinikeres erfaringer tilsier at ferdighetsanalyseskjemaer kan brukes uavhengig av fagområde, erfaring



*Aktivitetsanalysesystem (EVA) bidrar til å strukturere observasjon og dokumentasjon av aktivitetsutførelse.*

og sertifisering. Skjemaene bidrar til en systematisk tilnærming på flere ferdighetsområder ved å legge til rette for en struktur og en fast terminologi. Dette muliggjør mer enhetlig dokumentasjon av ergoterapeutisk bruk av aktivitet.

Ferdighetsanalyse fra EVA-systemet er ikke blitt standardisert eller systematisk vurdert som et klinisk redskap, men slik det foreligger kan det være et tilgjengelig kartleggingsredskap for aktivitetsobservasjon som et supplement til etablert praksis. Det planlegges videre utviklingsarbeid for å etablere skjemaenes reliabilitet og validitet.

#### Referanser

- Andersson, L. (2009). Metodisk bruk av aktivitet i ergoterapi. *Ergoterapeuten*, 52(1).
- Borg, T. (2007). *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. København: Munksgaard.
- Bundgaard, K. M., & von Bülow, C. (2013). Aktivitetsanalyse i ergoterapi. In Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Eds.), *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3. utg. ed.). København: Munksgaard.
- Chard, G. (2010). Analysis of occupational performance. In M. Curtin, M. Molineux & J.-a. Supyk-Mellson (Eds.), *Occupational therapy and physical dysfunction* (6 ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Clark, E., Jespersen, L. F., Ellingham, B., & Brovold, T. (2014). Fra skolepulten til kjøkkenbenken. *Ergoterapeuten*, 57(1), 26-34.
- Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. B. (2003). *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (10 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. B. (2009). *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (11 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Crepeau, E. B., & Schell, B. A. B. (2009). Analyzing Occupations and Activity. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn & B. A. B. Schell (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (pp. 359-374). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ellingham, B., Clark, E. G., Jespersen, L. F., & Annerløv, L. (2012). *Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalysesystem, Manual for kartlegging og vurdering av ferdigheter i aktivitetsutførelse*. Høgskolen i Oslo og Akershus, Ergoterapeututdanningen.
- Ellingham, B., & Opsahl, K. (2006). Virksomhetsbasert Aktivitetsanalysesystem for Ergoterapi (EVA). from <http://www.hf.hio.no/ergo/eva/>
- Fawcett, A. J. L. (2007). *Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists: theory, skills and application*. Chichester: John Wiley.
- Fisher, A. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model*. Fort Collins, Colorado: Three Star Press, Inc.
- Fisher, A., Kielhofner, G., Bernspång, B., Brize, K., Doble, S., Englund, B., Simon, S. (1995). Skill in Occupational Performance. In G. Kielhofner (Ed.), *A Model of Human*

- Occupation, Theory and Application* (pp. 113-137). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Fisher, A. G. (2012). *OTIPM : en model for planlægning og implementering af top-til-bund, klientcentrerede og aktivitetsbaserede interventioner*. København: Munksgaard.
- Fisher, A. G., & Bray Jones, K. (2010). *Assessment of Motor and Process Skills* (Vol. 7). Fort Collins, CO: Three Star Press.
- Forsyth, K., Salmey, M., Simon, S., & Kielhofner, G. (1998). *A User's Guide to the Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)*. Version 4. Chicago: University of Illinois.
- Hagedorn, R. (2000). *Tools for practice in occupational therapy : a structured approach to core skills and processes*. Edinburg: Churchill Livingstone.
- Hersch, G. I., Lamport, N. K., & Coffey, M. S. (2005). *Activity analysis: application to occupation*. Thorofare, N.J.: Slack.
- Hopkins, H., & Smith, H. (1993). *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (Vol. 9). Philadelphia: Lippincott Company.
- Ikiugu, M. N. (2013). The Validity of Occupational Performance Assessments: A Validity Generalization Meta-Analysis. *Occupational Therapy In Health Care*, 27(4), 372-391. doi: 10.3109/07380577.2013.847298
- Kielhofner, G. (1995). *A Model of Human Occupation, Theory and Application* (2 ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupation, Theory and Application* (3rd ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2008). *A model of human occupation - theory and application* (4th ed.): Lippincott Williams & Wilkins.
- Latham, C. A. T. (2008). Occupation as Therapy: Selection, Gradation, Analysis and Adaptation. In M. V. Radomski & C. A. T. Latham (Eds.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (pp. 358-381). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Williams.
- Law, M. (2008). *Canadian Occupational Performance Measure*. Oslo: NRRK.
- Moyers, P. (2005). Introduction to Occupation based Practice. In C. H. Christiansen & C. M. Baum (Eds.), *Occupational Therapy: Performance, Participation. and Well-Being* (pp. 221-234). Thorofare: SLACK Incorporated.
- Reed, K. L., & Sanderson, S. N. (1999). *Concepts of Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Robertson, L., & Blaga, L. (2013). Occupational therapy assessments used in acute physical care settings. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(2), 127-135. doi: 10.3109/11038128.2012.737369
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice Through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

# Kommuneergoterapeuters erfaringer med kartleggingsinstrumentet Mayers Livssituasjonsskjema - MLSQ

**Kommuneergoterapeuter arbeider med kartlegging av daglige aktiviteter som utgangspunkt for å utvikle mål og tiltak sammen med brukere. Erfaringer fra ergoterapeuter i de to kommunene som er representert i dette prosjektet er at de ikke bruker kartleggingsredskaper, eller at «hjemmesnekrede» kartleggingsredskaper utviklet på arbeidsplassen benyttes. Dette dannet utgangspunkt for å undersøke om Mayers Livssituasjonsskjema (3) kan være et egnet kartleggingsredskap for kommuneergoterapeuter for å utvikle mål sammen med brukere.**

---

Av Hege Narvåg, Marianne Larsen-Lund og Anne Lund

*Hege Narvåg er ergoterapeut og arbeider i Ski kommune.  
E-post: hege.narvag@ski.kommune.no*

*Marianne Larsen-Lund er ergoterapeut og arbeider på Sunnaas Sykehus.*

*Anne Lund er ergoterapeutspesialist i eldres helse og ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.*

## BAKGRUNN

Kommuneergoterapeuter arbeider med kartlegging av daglige aktiviteter som utgangspunkt for å utvikle mål og tiltak sammen med brukere. Det anbefales å benytte standardiserte kartleggingsredskaper som er vitenskapelig utprøvd (Laver Fawcett, 2007). Fordelen med slike instrumenter er at samme instrument kan benyttes uavhengig av om formålet er kartlegging på individnivå, gruppenivå eller til bruk i forskning, og kan bidra til kvalitetssikring av tjenesten. Kartleggingsredskapet bør gi mulighet for å arbeide klientsentrert og vektlegge aktivitet og deltakelse. Uten en systematisk fremgangsmåte kan betydningen av å sette klare mål sammen med brukeren bli lite vektlagt (Wressle, 2002).

Erfaringer fra ergoterapeuter i de to kommunene som er representert i dette prosjektet, er at de ikke bruker standardiserte kartleggingsredskaper, eller at de bruker «hjemmesnekrede»

kartleggingsredskaper. Erfaringene tilsier at ergoterapeutene ofte setter mål for i stedet for sammen med brukerne. Dette dannet utgangspunkt for å undersøke om Mayers Livssituasjonsskjema (3) kan være et egnet kartleggingsredskap for kommuneergoterapeuter for å utvikle mål sammen med brukere.

## MAYERS LIFESTYLE QUESTIONNAIRE

På begynnelsen av 1990-tallet startet professor og ergoterapeut Chris Mayers utvikling av Mayers Lifestyle Questionnaire - MLSQ (1) i England. Utgangspunktet var at brukere skulle ha startet identifisering av sine aktivitetsbehov før kommuneergoterapeuten kom på første hjemmebesøk. Det ble utviklet et kontaktbrev med informasjon om hva ergoterapeuten kunne tilby. Samtidig ble et personsentrert og aktivitetsrettet spørreskjema utviklet. Kontaktbrev og spørreskjema ble sendt brukerne og dannet utgangspunkt

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.



for samtale når ergoterapeuten kom på sitt første hjemmebesøk. En pilotstudie ble gjennomført med 60 brukere i aldersgruppen 21 - 93 år og viste at både kontaktbrevet og spørreskjemaet dannet et godt utgangspunkt for samtale mellom brukeren og ergoterapeuten (Mayers, 1993). En ny studie ble gjennomført med 132 brukere og 45 kommuneergoterapeuter som bidro til en justering av spørreskjemaet i tråd med deltakernes erfaringer (Mayers, 1998). Dette dannet videre utgangspunkt for utvikling av MLSQ (2) tilpasset brukere med psykiske problemer. En behovsanalyse ble gjennomført som kvalitative intervju med 11 brukere (Mayers, 2000) og fulgt opp med en studie med 75 brukere og 33 kommuneergoterapeuter innen psykisk helse (Mayers, 2003). I Norge startet oversettelse av MLSQ (1) og MLSQ (2) i 2003 som samarbeid mellom bachelorstudenter ved ergoterapeututdanningen i Oslo og Akershus, kommuneergoterapeuter og ergoterapeuter i psykisk helse. Erfaringene ble presentert i Ergoterapeuten (Lund et al., 2003) og to bacheloroppgaver (Bakka et al., 2003; Hammervold et al., 2003). MLSQ (1) og MLSQ (2) ser ut til å være godt egnet innen psykisk helse og i kommune. Spørreskjemaene inviterer til å jobbe klientsentrert, men dette er avhengig av hvordan ergoterapeutene inkluderer brukerne i prosessen og utvikler mål sammen med brukerne.

Chris Mayers har også utviklet MLSQ (3), som er rettet mot eldre. Justeringer av spørreskjemaet er gjennomført ut fra intervjuer og utprøving med 32 brukere i alderen 65 - 74 år og 32 brukere i alderen 73+ (Mayers, 2013). MLSQ (3) er ikke oversatt til norsk og prøvd ut

i Norge, og dette dannet bakgrunnen for dette utviklingsprosjektet.

### FORMÅL

Formålet med dette utviklingsprosjektet var todelt:

- 1 Oversette MLSQ (3) til norsk
- 2 Undersøke hvilke erfaringer kommuneergoterapeuter har med bruk av Mayers Livssituasjonsskjema - MLSQ (3) i kartlegging og utvikling av mål med nye brukere

### METODE

- 1 Oversettelse av MLSQ (3) til norsk:  
Med utgangspunkt i de norske versjonene av MLSQ (1) og MLSQ (2) ble MLSQ (3) oversatt til norsk av tre ergoterapeuter. Hver ergoterapeut utviklet et forslag til oversettelse. Disse ble diskutert og utviklet til en konsensus om oversettelsen. Denne ble videre kvalitetssikret gjennom en diskusjon med Chris Mayers.
- 2 Undersøkelse av norsk versjon av MLSQ (3): Syv ergoterapeuter i to kommuner ble invitert og samtykket til å prøve ut MLSQ (3) på to brukere hver. Brukerne skulle være nye henviste i alderen 65+ og skulle kunne kommunisere verbalt. Ergoterapeutene skulle sende ut MLSQ (3) på forhånd til brukere der det var hensiktsmessig, eventuelt fylle det ut sammen med brukeren på hjemmebesøket. Alle ergoterapeutene deltok på et møte i forkant for å bli kjent med kartleggingsredskapet.

Etter at ergoterapeutene hadde prøvd ut MLSQ (3), deltok de i et fokusgruppeintervju gjennomført av HN og MLL. Hensikten med å gjennomføre et fokusgruppeintervju etter utprøvingen var å fange opp flere oppfatninger i løpet

av en ansikt-til-ansikt-interaksjon og samtidig styre denne interaksjonen inn på noen spesifikke temaer som vi bestemte på forhånd (Halkier, 2010). Dette bidro til å ta utgangspunkt i ergoterapeutenes erfaringer og subjektive opplevelser med bruk av redskapet og til å forstå betydningen av opplevelsene (Thagaard, 2003). Deltakerne i fokusgruppa hadde felles fagbakgrunn som ergoterapeuter som bidro til å skape samhørighet i gruppa (Tjora, 2010). Alle var kvinner i alderen 26 til 65 år og arbeidet med brukere over 18 år.

### ANALYSEPROSESSEN I FOKUSGRUPPEINTERVJU

Det ble benyttet lydopptak av fokusgruppeintervju, og transkripsjonen ble gjennomført så ordrett som mulig av HN og MLL. Videre ble tekstkondensering benyttet (Kvale, 2006), og to sentrale kategorier ble fremtredende: MLSQ (3) som kartleggingsredskap og MLSQ (3) for å utvikle mål sammen med brukere.

## Resultater

### MLSQ (3) SOM KARTLEGGINGSREDSKAP

Ergoterapeutenes erfaringer med MLSQ (3) som kartleggingsredskap generelt sett var at de mente det var et anvendelig kartleggingsredskap. Det var dekkende og konkret i forhold til dagliglivets aktiviteter, noe som de mente betød at det var gjenkjennbart for alle typer mennesker, til og med for de med en kognitiv svikt. Flere av deltakerne syntes MLSQ (3) fungerte som en huske- og sjekkliste for alle områdene man burde komme innom under et hjemmebesøk. Én mente det var grundig, noe som kunne være både bra og ikke bra fordi det ble vanskelig å gå tilbake og velge hva som var



viktig eller ikke. Om grundigheten til MLSQ (3) sier Kristine følgende: «... vanligvis så har jeg meterstanker, her får jeg centimeterstanker... du går dypere inn i den enkelte aktivitet... jeg synes det blir mer finmasket... at det ellers har vært grovmasket...» En annen hadde tenkt at det var mange spørsmål som sikkert ikke var relevante, men som viste seg var det i aller høyeste grad.

Videre mente deltakerne at MLSQ (3) hjalp dem til å se hva som var situasjonen til brukeren her og nå. MLSQ (3) bidro til å skape oversikt og var en hjelp til å se hva som var oppnåelig og hvor fokuset skulle være. Flere av deltakerne mente at kartleggingsredskapet kunne være et grunnlag for den videre kartleggingen, fordi det ga en grovskisse av hvor problemstillingen kunne ligge.

Deltakerne mente at resultatet av MLSQ (3) kom an på hvordan det ble introdusert for brukeren. At man informerer brukeren om at man ikke er nødt til å svare, var et viktig poeng som informantene var enige i. De sa at MLSQ (3) inneholder mange punkter, også punkter som kan være vanskelige for enkelte brukere, som ergoterapeutene kanskje ikke har noe med.

På formøtet med ergoterapeutene hadde vi bedt om at MLSQ (3) skulle sendes ut på forhånd der det var mulig. Ikke alle deltakerne i prosjektet hadde fått til dette. Der hvor MLSQ (3) ble introdusert på hjemmebesøket, sier Kristine følgende om dette: «... alle har følt at det har vært en sånn nysgjerrig intervju-greie...» Fellesnevneren for de deltakerne som hadde sendt ut MLSQ (3) på forhånd, og hvor brukeren hadde fylt det ut til hjemmebesøket, var at brukeren hadde fått tid og an-

ledning til å reflektere over egen situasjon. Ingrid uttrykker følgende: «... veldig anvendelig på den hjemmeboende som jeg hadde sendt det ut til på forhånd... det ga meg en bredere forståelse av situasjonen enn hva jeg ellers ville hatt... brukeren hadde tenkt mye og gått grundig til verks i utfyllingen, så vi fikk en god samtale om hennes situasjon...»

Deltakerne mente at kartleggingsredskapet ble en katalysator som åpnet øynene til brukeren, og hvor brukeren måtte tenke gjennom hva som var viktig i livet.

Noen ergoterapeuter mente man burde gå inn likt til alle brukere og at MLSQ (3) da ville være et egnet kartleggingsredskap, men at det ikke kunne brukes alene, ei heller kunne benyttes i alle situasjoner. En deltaker mente at et skjema for noen kan låse samtalen, så det var viktig at man ikke ble for opptatt av skjemaet.

En deltaker nevnte kontaktbrevet som et godt hjelpemiddel som beskrev hva ergoterapeuten kunne hjelpe brukeren med, men at det også var nødvendig å fortelle med egne ord hva ergoterapi innebærer for at brukeren og terapeuten skulle ha samme fokus.

### **MLSQ (3) FOR Å UTVIKLE MÅL SAMMEN MED BRUKERE**

Flertallet av ergoterapeutene sier at det ikke blir utført noen konkret målsetting. Under fokusgruppeintervjuet forteller alle deltakerne at de har lyttet til brukeren og kommet frem til utfordringer i dagliglivet, men uten å bruke betegnelsen «mål» i kartleggings samtalen. Ergoterapeutene mener det er få som klarer å se tankgangen vi har på det med å sette mål, og at noen brukere synes det er greit ikke å ha noe mål. De forteller likevel at de har kommet

fram til aktiviteter som brukeren ønsker å jobbe med. De mener at det ved å bruke MLSQ (3) ble enklere å finne alternativer til de aktivitetene som var vanskelige, fordi man gikk grundig gjennom de ulike punktene i MLSQ (3) og da fikk en dypere forståelse av brukerens aktivitetshistorie.

De deltakerne som sa at det ikke ble utført noen konkret målsetting, sier også at man sannsynligvis hadde kommet fram til det overordnede målet uavhengig av kartleggingsredskapet. Målene de her snakker om, er langsiktige mål. Rita sier blant annet: «*Det overordnede målet var jo selvfølgelig som alle andre å ønske å bo lengst mulig i eget hjem.*»

Ergoterapeutene opplever at brukeren er ivaretatt på en bedre måte når man også har snakket om de temaene som ergoterapeuten ikke kan bidra med. Ergoterapeutene forteller at brukeren har kommet fram til nye måter å løse sine utfordringer på der hvor MLSQ (3) var sendt ut på forhånd, allerede før kartleggingssamtalen begynner og at det da er lettere å sette mål i forhold til hva en ønsker hjelp til av ergoterapeuten. En deltaker sier at når brukeren har et klart mål, så har han eller hun motivasjon for å arbeide mot dette målet, og det blir enklere for ergoterapeuten å utføre jobben sin.

### **Diskusjon**

Ergoterapeutene som var med i prosjektet, mente at MLSQ (3) var grundig, dekkende, konkret og anvendelig som huskeliste for daglige aktiviteter og deltakelse i disse. Dette er også i tråd med hva Borg et al. (2003) sier om ergoterapeutenes forståelse for hvordan hverdagen settes sammen av aktivitet og deltakelse

i det sosiale og samfunnsmessige, samt for betydningen aktivitet og deltakelse har for mennesket. Ergoterapeutene møtte brukerne på deres hjemmearena og så betydningen av hvor forskjellig hverdagslivet leves. De mente at MLSQ (3) fanger opp forandringene som brukeren opplever, etter å miste ferdigheter i forhold til aktivitet (Bendixen, 2005).

MLSQ (3) har ikke en medisinsk tilnærming og fokuserer ikke på kroppslige skader og avvik (Mayers, 2003). Derimot kan det gi et godt bilde av motoriske ferdigheter i dagliglivets aktiviteter gjennom observasjon. En deltaker bekreftet at hun benyttet både intervju og observasjon i kartleggingsfasen, ellers var fokuset kun på samtalen med brukeren. MLSQ (3) egner seg for å kartlegge brukeren i kjente omgivelser og situasjoner. Kartleggingsredskapet fanger opp om det er et gap mellom brukerens funksjon og omgivelsenes krav (Grue, 2012).

Det er hensiktsmessig at ergoterapeutene både bruker redskaper som kartlegger brukers funksjon og grad av funksjonsnedsettelse, og redskaper som kartlegger aktivitet og deltakelse som eksempelvis MLSQ 1, 2 og 3.

Retningslinjene er ifølge Mayers (2012) at MLSQ (3) skal sendes ut til brukeren sammen med kontaktbrevet så fort det foreligger en henvisning, og brukeren oppfordres til å fylle det ut før ergoterapeutens hjemmebesøk. Ikke alle brukere vil kunne huske retningslinjer eller informasjon som MLSQ (3) har, og kartleggingsredskapet kan av den grunn ikke benyttes i alle situasjoner, ei heller sendes ut til alle brukere, men i stedet tas med på første hjemmebesøk. Ifølge en deltaker ville det da være viktig ikke å bli

for skjematisk, men få til en dialog rundt de ulike områdene som MLSQ (3) ønsker svar på. Dette er også i tråd med Bredland et al. (2011), som presiserer at kartleggingen ikke må bli et forhør, og at omfanget av kartleggingen må avgjøres av hvor mye man har behov for å vite.

Av resultatet ser vi at der hvor MLSQ (3) har blitt sendt ut på forhånd, har brukeren hatt mulighet til å gå gjennom de ulike områdene i MLSQ (3) og har begynt en tankeprosess om sin egen livssituasjon. Ergoterapeutene i prosjektet forteller da, at brukeren har noen klare «mål» for hva han eller hun ønsker videre, og kommer med egne løsninger på sine aktivitetsproblemer. Brukeren ble medvirkende i egen kartleggingsprosess, kunne definere egne behov og kom med egne løsninger. Mayers er inspirert av Reilly i utviklingen av MLSQ (1, 2 og 3) som mente at livshistorieintervju, det at brukeren forteller sin historie, vil bidra til at brukeren gjør virkeligheten forståelig for seg selv (Borg et al., 2003). Man setter ord på livshistorien høyt for seg selv og terapeuten, og det fører til en refleksjonsprosess. Bendixen (2005) nevner at det er det enkelte mennesket som tilegner aktiviteten betydning og mening, og avgjør hvor nødvendig det er å mestre ulike ferdigheter i forhold til en aktivitet.

Der hvor informantene sendte ut MLSQ (3) på forhånd, og hvor brukeren ikke hadde fylt ut skjemaet før de kom, ble det en større utfordring for terapeuten å kartlegge aktiviteter og interesser. Spesielt vanskelig var det i forhold til de henvisningene som var ufullstendige med hensyn til bakgrunnsinformasjon. Ergoterapeutene forteller at de «styrte»

brukeren inn på ulike emner og tiltak som ergoterapeuten så som hensiktsmessige. En deltaker sier «du blir ganske styrende... supplerer litt og fyller litt ut». Ergoterapeutene fikk lite tid til å bli kjent med kartleggingsredskapet. Det kan være en grunn til at de opplevde at de ble litt styrende. En annen grunn kan være at vi ikke var tydelige nok under formøtet med informasjon om MLSQ (3). Kan det også være slik at ergoterapeutenes roller må omdefineres fra å være styrer til å bli en medvandrer i prosessen sammen med bruker, jmfør Ekeland & Heggen (2007)? At det å tilrettelegge for brukeren slik at han eller hun selv blir selvstendig og mindre avhengig av terapeuten, blir arbeidsoppgaven til ergoterapeuten? Deltakerne i prosjektet mente også at de styrte brukeren fordi de så godt kjenner til hvilke typer hjelpemidler som vil være hensiktsmessige for brukeren. Wressle (1999) hevder at brukerens mål i liten grad blir ivarettatt, fordi ergoterapeutens tiltak diskuteres mer. Betyr det at vi som ergoterapeuter ønsker å peile brukeren inn på det vi ser som hensiktsmessige tiltak for bruker?

Mål defineres som en beskrivelse av en ønsket fremtidig tilstand (Jacobsen, 2011). Brukerens kortsiktige mål støttes av ergoterapeuten for å komme tettere på de langsiktige målene (Duncan, 2006). Av vår analyse ble begrepet «mål» ikke benyttet i samhandlingen med brukeren. Hvordan kan ergoterapeutene da gå videre i arbeidsprosessen? Wressle (2002) sier at veldefinerte mål guider plan og intervensjon i en retning som er avgjørende for brukeren, og at identifisering av brukerens problemer og målsettinger er viktige faktorer i rehabiliteringsprosessen (Wressle,

2002). Videre sier Bindslev (2011) at målene må være individuelle og fastsatt ut fra brukerens livssituasjon og funksjon. Det kan se ut som om ergoterapeutene i høy grad stoler på sin ryggmargsfølelse. Med dagens krav om kunnskapsbasert praksis vil ikke dette være godt nok i en så viktig fase som kartleggingsfasen er. Tjenesten vil fremstå som fragmentert og lite kvalitetsbevisst. Forskning viser at ustrukturert intervju ikke er godt nok for å få en presis identifisering av brukerens prioriteringer (Wressle, 2002). Videre sier Wressle (2002) at selv om terapeuter tradisjonelt involverer brukere i målsettingsprosessen, så gjøres ikke dette konsekvent.

Selv om ikke mål uttrykkes spesifikt av ergoterapeuten, mente ergoterapeutene at de sammen med brukeren og MLSQ (3) fikk kartlagt hele hverdagen og kom frem til aktiviteter hvor brukeren ønsket å øke deltakelsen. De mente også at sannsynligheten for at man ville komme fram til disse uten kartleggingsredskapet, var stor. Wressle (2002) påpeker at et strukturert redskap for klientsentrert praksis forbedrer klientsentrert tilnærming. At brukeren deltar i målprosessen øker potensialet for deltakelse i videre behandlingsforløp (Wressle, 2002). Her er det et gap mellom teori og praksis. Forskning viser at ikke-standardiserte kartleggingsredskaper åpner opp for tolkning og er mer subjektive enn funn fra et standardisert kartleggingsredskap (Laver-Fawcett, 2007). Hurn (2006), derimot, sier at standardiserte kartleggingsredskaper ikke gir et helhetlig bilde av brukerens problemer og gjennom dette ignorerer brukerens identitet. Dette kan bety at ergoterapeutenes

hjemmesnekrede kartleggingsredskaper og erfaringer kan være et riktig supplement til standardiserte kartleggingsredskaper i målsettingsprosessen. Ergoterapeuten sitter med en klinisk erfaring som ikke bør undervurderes, men heller ikke overvurderes. Det betyr også at man kanskje bør være villig til å endre praksis for å sikre tjenestetilbudets kvalitet?

Deltakerne var positive etter utprøvingen av MLSQ (3) og mente at man ved å bruke dette kartleggingsredskapet i kommunen kan ha en lik fremgangsmåte i samtale med brukere. Hvis ergoterapeutene ønsker å ha en ensrettet fremgangsmåte, vil de, som Laver-Fawcett (2007) og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Norge, 2012) hevder, få en kunnskapsbasert praksis som reduserer variasjon i praksis og bedrer pasientens, pårørendes og kommunens tilbud. Dersom ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten skal imøtekomme kravene om bedre kvalitet i tjenestene, jamfør Sosial- og helsedirektoratet (2007), bør de i større grad inkludere blant annet standardiserte og validerte kartleggingsredskaper i sin praksis. Dette til tross for at man har et tidspress og konkurrerende krav til ressursbruk (Hawes & Holder, 2010). Å låse seg til ett standard kartleggingsredskap bør man, jamfør Bredland et al. (2011), derimot heller ikke gjøre. Dette vil låse oppmerksomheten og evnen til å lytte og følge opp signaler underveis (Bredland et al., 2011). Dette ble også nevnt av deltakerne i fokusgruppeintervjuet.

## Konklusjon

Formålet med prosjektet har vært å undersøke kommuneergoterapeuters erfaringer med en

norsk versjon av Mayers Livssituasjonsskjema (3) i kartlegging og utvikling av mål sammen med nye brukere. En norsk versjon av MLSQ (3) er tilgjengelig gjennom ergoterapeutenes nettside.

Resultatene viser at deltakerne i prosjektet mener at MLSQ (3) er et godt klientsentrert kartleggingsredskap for å avdekke brukerens aktiviteter og deltakelse i hverdagslivet, men de er usikre på om kartleggingsredskapet er like godt egnet til å sette mål sammen med brukere. Spørsmålet vårt er om ergoterapeuter er dyktige til å sette mål sammen med brukere?

Vi mener selv at vi har fått belyst at målsetting kan oppleves som vanskelig, men at MLSQ (3) kan bidra til å forenkle prosessen. MLSQ (3) må introduseres til brukerne slik retningslinjene foreslår og ergoterapeuten må motivere brukeren for å få dette til. På den måten vil brukeren selv rapportere hvilke aktiviteter som betyr noe, og hvilke aktiviteter som det er viktig å delta i. Det vi kan konkludere med, er at kartleggingsredskapet fungerer best og bidrar mest i målsetting når det sendes ut på forhånd til brukere som har lest og forstått retningslinjene.

Vi har erfart at ved å velge å benytte et felles standardisert og validert kartleggingsredskap som eksempelvis MLSQ (3), har vi fått økt motivasjon for klientsentrert tilnærming og målsettingsarbeid. Vi har belyst problematikken ved å benytte ikke-standardiserte og hjemmesnekrede kartleggingsredskaper og ser nå tydeligere betydningen av standardiserte kartleggingsredskaper: Ergoterapeutene vil gå likt inn til brukerne, det blir mindre rom for tolkninger, og kartleggingsdata blir presentert i et format som kan lære opp andre faggrupper og brukere om

ergoterapeutens rolle i tverrfaglig samarbeid. Dette vil være faktorer som bidrar til økt kvalitet i tjenesten vår. I tillegg til dette mener vi at vi ikke skal undervurdere ergoterapeutenes kliniske kompetanse og erfaring.

Kommuneergoterapeutene gir oss noen svar på hvordan MLSQ (3) bidrar i kartlegging og målsetting med brukerne, men materialet vi har presentert er for lite til at vi kan si at dette gjelder for alle ergoterapeuter. MLSQ (3) er ikke oversatt tilbake fra norsk til engelsk og er ikke testet ut på mange nok personer til å kvalitetssikre redskapets innhold og pålitelighet i Norge. Det vil derfor være behov for mer undersøkelser i forhold til temaet.

## Referanser

- Bakka L, Hjort U, Moemeni M, Schuttzen H, Skulstad S., Urbye SV. (2003). *Om å legge sitt liv i et skjema – Klientsentrering og motivasjon innen psykiatri*. Bacheloroppgave, Ergoterapeututdanningen, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Bendixen, H. J. et al. (red) (2005). *Aktivitetsvitenskap i et nordisk perspektiv*. København, FADL.
- Bindsløv, N., et al. (2011). *Metodebok i hjelpemiddelformidling*. København, Munksgaard.
- Borg, T., Runge, U. & Tjørnov, J. (2003). *Basisbok i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. København: Munksgaard.
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltagelse: verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christiansen, C. H. & Townsend, E. A. (2004). *Introduction to occupation: the art and science of living*. Upper Saddle River, N. J.: Pearson.
- Ekeland, T.-J., & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Grue, J. (2012). Funksjonshemming som begrep og fenomen- fysiologiske eller politisk- sosiale forklaringsmekanismer. I Solvang, P. og Slettebø, Å (red) *Rehabilitering*. Gyldendal Akademisk.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. 1.utg. Gyldendal Akademisk.
- Hammervold B., Korsmo M., Stråtveit L., Johansen I., Sommerfelt K. og Krane C. (2003). *Kan et nytt kartleggingsredskap bidra til å fremme klientsentrering?* Bacheloroppgave, Ergoterapeututdanningen, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Hawes, D., & Houlder, D. (2010). Reflections on using Model of Human Occupation Screening Tool in a joint learning disability team. *British Journal of Occupational Occupational Therapy*, 73(11).
- Hurn, J., Kneebone, I., Cropley, M. (2006). Goal setting as an outcome measure: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 2006; 20: 756-772.
- Jacobsen D. I., Thorsvik J. (2011). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 3.utgave 2007. 5 opplag. 2011. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kvale, S., et al. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal akademisk. 1. norske utg. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Laver-Fawcett, A. (2007). *Principles of Assessment and Outcome Measurement for Occupational Therapists and Physiotherapists*. John Wiley & Sons, Ltd. 15-42.
- Law, M., Baum, C., & Dunn, W. (2001). *Measuring occupational performance : supporting best practice in occupational therapy*. Thorofare, NJ: Slack.
- Lund A., Opsahl K., Urbye SV., Johansen I., Krane C. og Hjort U. (2003) Om å legge sitt liv i skjema. *Ergoterapeuten*, 46(9), 26-27.
- Mayers CA. (1993). A model for community occupational therapy, stage 1. *British Journal of Occupational Therapy*, 56(5), 169-72.
- Mayers CA. (1995). Defining and assessing quality of life. *British Journal of Occupational Therapy*, 58(4), 146-50.
- Mayers, CA. (1998). An Evaluation of the Use of the Mayers' Lifestyle Questionnaire. *British Journal of Occupational Therapy*, 61 (9), 393-398.
- Mayers, CA. (2003). Philosophy of Occupational Therapy and its relevance to client- centred practice in the 21st century. *Ergoterapeuten* 46 (9), 20-25.
- Mayers, CA. (2003). The Development and Evaluation of the Mayers' Lifestyle Questionnaire (2). *The British Journal of Occupational Therapy*, 66(9), 388-395.
- Mayers, CA. (2013). Mayers Lifestyle Questionnaire (3). York St John University. <http://www.yorks.ac.uk/health--life-sciences/faculty-of-hls/staff-contact-details/health-staff/professor-chris-mayers.aspx>
- Norge. (2012). *Helse- og omsorgstjenesteloven med merknader og forskrifter: lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., vedtatt 24.06.2011 nr. 30*. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon.
- Parry, R.H (2004). Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. *Clinical Rehabilitation* ; 18, 668-682
- Sosial- og helsedirektoratet (2001). *Forskrift om habilitering og rehabilitering*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) «... og bedre skal det bli!»* Sosial- og helsedirektoratet 2007.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wicks, A. (2005). Understanding Occupational Potential. *Journal of Occupational Science*, Vol 12, No 13 130-139.
- Wressle, E., Øberg, B., Henriksson, C. (1999). The rehabilitation process for the geriatric stroke patient - an exploratory study of goal setting and interventions. *Disability and rehabilitation* 1999; 21: 2 80-87.
- Wressle, E., Eeg- Olofsson, AM., Marcusson, J., Henriksson, C. (2002). Improved client participation in the rehabilitation process using a client- centred goal formulation structure. *J Rehabil Med* 2002;34.
- Wressle, E., Samuelsson, K. (2004). Barriers and Bridges to Client- centred Occupational Therapy in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*;11.
- Young, C.A., Manmathan, G.P., Ward, J.C.R. (2008). Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: A qualitative study of patients, carers and staff. *J Rehabil Med* ; 40:190-194.

# Kartlegging av apraksi etter hjerneslag

## - VEIEN TIL EN KUNNSKAPSBASERT TILNÆRMING I PRAKSIS

Av Nina Stensby Søhol



*Nina Stensby Søhol er spesialergoterapeut ved Vestre Viken HF/Bærum Sykehus. E-post: nina.stensby.sohol@vestreviken.no.*

### Sammendrag

**Nasjonale retningslinjer** for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) anbefaler at pasienter som har vansker med å bruke vanlige redskaper og å utføre daglige aktiviteter blir vurdert med tanke på apraksi. Det anbefales ingen konkret metode for kartlegging. Ved mitt arbeidssted, avdeling for geriatri, slag og rehabilitering ved Vestre Viken HF/Bærum Sykehus, mangler vi retningslinjer for kartlegging av apraksi. Det foreligger retningslinjer for bruk av noen bordtester ved kognitiv kartlegging. Erfaring viser at bordtestene ikke er gode på å fange opp apraksi. For at vi skal være sikre på at apraksi fanges opp, blir det utarbeidet en kunnskapsbasert fagprosedyre for kartlegging av apraksi etter hjerneslag. Denne måten å arbeide systematisk og kunnskapsbasert på kan øke kvaliteten på ergoterapitjenesten. Utarbeidelsen av fagprosedyren ved bruk av kunnskapsbasert praksis (KBP) var litteratursøk, kvalitative forskningsintervju og relevant teori. Arbeidsstedets kunnskapsbaserte fagprosedyre vil beskrive at vi alltid bør benytte Apraksitest i tillegg til observasjon av aktiviteter i dagliglivet (ADL) ved hjerneslag i venstre hemisfære. Ved mistanke om apraksi ved hjerneslag i høyre hemisfære bør fagprosedyren også benyttes. Det er mulig å benytte både The Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis (PRPP), Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) og ADL-observasjoner i ADL. Fagprosedyrens kartleggingsredskaper er valide og reliable, ser på ideomotorisk og ideasjonell apraksi (Apraksitest), og på konsekvensene i aktivitetsutførelsen (kartlegging i ADL). Dersom ADL-observasjoner implementeres i klinikken, er det ønskelig å samarbeide med oppfølgende instanser om ADL-observasjoner, som gir forslag til intervensjon basert på strategitrening. Intervensjonsmetoden støttes også av Helsedirektoratets «Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag».

**Søkeord:** ergoterapi, apraksi, hjerneslag, kartlegging, kunnskapsbasert praksis

Det er ingen iinteressekonflikter knyttet til denne artikkelen.



## Innledning

Om lag 13 000 får et akutt hjerneslag hvert år (Folkehelseinstituttet, udatert). Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) anbefaler at pasienter som har vansker med å bruke vanlige redskaper og å utføre daglige aktiviteter blir vurdert med tanke på apraksi. Det anbefales ingen konkret metode for kartlegging.

Apraksi defineres av Helsedirektoratet (2010, s. 125) som: «svikt i utføring av viljestyrte, målrettede handlinger som ikke kan tilskrives pareser, sensibilitetstap, koordinasjonsforstyrrelser eller tilstander i bevegelsesapparatet. Pasienten har gjerne problemer med rekkefølgen eller utvelgelsen av delprosessene i en sammensatt motorisk sekvens, har tendens til perseverasjon (stereotyp gjentakelse av en enkelt bevegelse), og vansker med å bruke redskaper.»

Heugten van & Geusgens (2009) beskriver to typer apraksi:

- Ideomotorisk apraksi: «En tilstand som påvirker implementeringen av målbevisste og meningsfulle oppgaver. Personen vet hva han skal gjøre, men ikke hvordan».
- Ideasjonell apraksi: «Manglende evne til å mentalt formulere prosessen ved utførelse av en handling. Personen vet ikke hva han skal gjøre, fordi ideen eller konseptet om den motoriske handlingen mangler».

En intensjon med Samhandlingsreformen (St. meld. Nr. 47 (2008-2009), 2009), er å yte bedre kvalitet, møte pasientene på en bedre måte og gi koordinerte tjenester. Nasjonal helse- og omsorgsplan (Meld. St. 16 (2010-2011), 2011) og

Samhandlingsreformen beskriver at større fokus på kunnskapsbasert praksis (KBP) og utarbeidelse av retningslinjer og fagprosedyrer skal bidra til å endre praksis i tjenesten. Dette kan igjen bidra til å nå Folkehelselovens (2011) mål om reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen, deriblant best mulig livskvalitet etter hjerneslaget.

Ved mitt arbeidssted, avdeling for geriatri, slag og rehabilitering ved Vestre Viken HF/Bærum Sykehus, tilbys avansert utredning, diagnostikk og behandling til pasienter med akutt hjerneslag og symptomer på hjerneslag. Hovedmålet for ergoterapien ved arbeidsstedet er tidlig utredning av hvordan hjerneslaget påvirker pasienten i aktiviteter i dagliglivet (ADL). Hovedoppgavene er observasjon av kroppsfunksjoner og kognitiv funksjon gjennom samtale, standardiserte bordtester og ADL. Fagprosedyrer og retningslinjer er dokumentert i sykehusets elektroniske kvalitets håndbok (e-håndbok), i tillegg til hele helseforetakets behandlingslinje for hjerneslag. I behandlingslinjen ligger blant annet en retningslinje om kartlegging av kognitiv funksjon. Bordtestene som skal benyttes når det er mulig er Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Strobel & Engedal, 2008), Klokketest (Shulman, 2000) og Trail Making Test A og B (TMT A/B) (Reitan & Wolfson, 1985). Retningslinjen anbefaler i tillegg kartlegging i ADL og foreslår Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (Fisher, 2003) som dokumentasjonsverktøy. Andre dokumentasjonsverktøy som kan benyttes i ADL, er: Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitets-

analysesystem (EVA) (Ellingham, Clark, Jespersen & Annerløv, 2012) og The Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis (PRPP) (Chapparo & Ranka, 2006). Bordtestene kartlegger kognitiv funksjon, men ikke spesifikt apraksi. Ved god skår på bordtestene kartlegger vi oftest ikke i aktivitet, noe vi ser er en svakhet. Egne erfaringer viser at pasienter kan ha normal skår på skrivebordstester og likevel ha aktivitetsvansker, som apraksi.

Ved Vestre Viken HF/Bærum Sykehus ønsker vi å sikre at pasientene blir vurdert med tanke på apraksi. Hensikten med artikkelen er å beskrive hvordan en kan utarbeide en kunnskapsbasert fagprosedyre for kartlegging av apraksi.

## Metode

Utarbeidelse av fagprosedyren ved bruk av KBP var litteratursøk, kvalitative forskningsintervjuer og relevant teori.

## KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring, og pasientens ønsker og behov i en gitt kontekst (Høgskolen i Bergen, 2012.; Fawcett, 2007). Bruk av KBP kan blant annet redusere variasjon i yrkesutøvelse og forbedre behandling av pasienter (Fawcett, 2007), fordi man øker bevisstheten om og refleksjonen over hvilke kunnskapskilder man baserer sine handlinger på (Høgskolen i Bergen, 2012) (figur 1).

Kunnskapen vi henter fra ulike kilder har styrker og svakheter, og derfor er det viktig og undersøke på flere måter at behandlingen er den rette i aktuell kontekst (Høgskolen i Bergen, 2012).

## LITTERATURSØK

Først ble det foretatt et Google-søk og søk i Helsebibliotekets oversikt over retningslinjer og fagprosedyrer for å undersøke om andre i Norge har laget tilgjengelige retningslinjer/fagprosedyrer for kartlegging av apraksi. Helsebiblioteket (udatert) hadde tilgjengeliggjort en fagprosedyre laget av Haukeland Universitetssykehus, «Kartlegging av apraksi hos pasienter med hjerneslag i venstre hemisfære». Deretter ble det foretatt litteratursøk med søkeordene stroke, assessment, apraxia, acute phase og occupational therapy i databasene PubMed Central, MEDLINE, CochraneLibrary og OTseeker. Det ble funnet to studier som omhandlet kartlegging av apraksi: Dovern, Fink & Weiss (2012) og Hansen, Steultjens & Satink (2009).

## SEMISTRUKTURERTE INTERVJUER

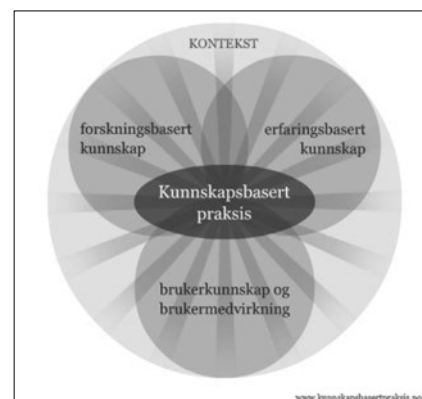
Deretter ble det foretatt kvalitative forskningsintervjuer som en del av prosessen i KBP for å forstå informanternes egne perspektiver på sine arbeidsmetoder (Høgskolen i Bergen, 2012). Det ble gjort et strategisk valg av fire forespurte ergoterapeuter ved akutt slagenhet ved fire akuttstusykehus spredt i Norge. Det var ønskelig å få informasjon om arbeidsmetoder rundt kartlegging av apraksi etter hjerneslag, representert gjennom fire ulike helseforetak spredt i Norge.

Alle forespurte takket ja til intervjuet. Informantene fikk skriftlig informasjon om formålet med intervjuet, anonymisering og taushetsplikt gjennom et samtykkeerklæringsskjema som de undertegnet før intervju. Lydopptak ble tatt av intervjuene gjennom Skype/PC, og filene ble slettet etter en avtalt frist.

Fokusert semistrukturert intervju med bruk av intervjuguide ble benyttet. Intervjuguiden inneholdt spørsmål om blant annet hvilke kartleggingsredskaper/metoder som benyttes for kartlegging av apraksi, i hvilken grad metoden avdekker apraksi, fordeler/ulempene med metoden/redskapene, om metoden/redskapene anbefales, ønsker om å benytte andre metoder, og informantens mening om viktigheten av å avdekke apraksi. Intervjuene ble transkribert, og deretter ble det foretatt en innholdsanalyse der informantens svar ble knyttet til temaene fra intervjuguide (tematisering). Det ble også laget en tabell som oppsummerte hvilke redskaper/metoder informantene benyttet og anbefalte (se Tabell 1). Til slutt ble det laget en sammenfattende beskrivelse av hvert intervju på bakgrunn av innholdsanalysen.

## BESKRIVELSE AV INTERVJUENE

**Informant 1:** Informanten anbefaler ADL-observasjoner fra Apraxia Guideline og Apraksitest av Heugten van & Geusgens for å kartlegge apraksi. Ved skade i venstre hemisfære benytter informanten alltid disse testene. Informanten mener det er viktig å avdekke apraksi, og at kombinasjonen av nevnte redskaper sikrer dette i tillegg til et helhetlig bilde av vanskene. Informanten mener at ADL-observasjoner er utviklet spesielt med tanke på apraksi, og at skåring av hjelpebehov i aktiviteten forenkler standardiseringen av kartleggingen. Videre sier informanten at resultatene gir videre stikkord for intervensjon basert på strategitrening, og resultatene er lette å formidle til tverrfaglig team



Figur 1: Modell for kunnskapsbasert praksis.

og oppfølgende instans. Informanten sier at Apraksitest krever lite utstyr, er rask å utføre og krever ingen sertifisering. Videre mener informanten at ulempene ved Apraksitest er at den ikke er oversatt til norsk, kun en lokal oversettelse fra Helsebiblioteket (udatert). Det foregår arbeid med å godkjenne den norske versjonen. Informanten benytter også Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA), men sier den ikke kartlegger apraksi så godt som ovennevnte redskaper. AMPS eller PRPP benyttes som tilleggsverktøy.

**Informant 2:** Ved mistanke om apraksi benytter informanten ADL-observasjoner fra Apraxia Guideline, i tillegg til ustrukturerte ADL-observasjoner. Ved behov benytter informanten MMSE-NR og/eller deler av TRANDEX. Informanten har erfart at TRANDEX er bedre enn MMSE-NR for å kartlegge apraksi. Informanten har mye arbeidserfaring, følger ikke et slavisk opplegg, men benytter hele eller deler av redskapene for en best mulig kartlegging av pasientens utfall og funksjonsnivå. Informanten erfarer at apraksi ikke alltid avdekkes i skrivebordstester, og at mye klinisk erfaring gjør det lettere å kartlegge apraksi. Infor-

Kartleggingsredskaper benyttet av informantene, samt hvilke de anbefaler for kartlegging av apraksi:		
Kartleggingsredskaper:	Benyttes av:	Anbefales av:
ADL-observasjoner	Informant 1, Informant 2	Informant 1, Informant 2
Apraksitest	Informant 1	Informant 1
LOTCA	Informant 1, Informant 4	Informant 4
PRPP	Informant 1	
MMSE-NR	Informant 2, Informant 3, Informant 4	Informant 3
TRANDEX	Informant 2	
Klokketest	Informant 3	Informant 3
TMT-A/B	Informant 3	Informant 3
Ustrukturert aktivitetsobservasjon	Informant 2, Informant 3, Informant 4	Informant 3, Informant 4
AMPS	Informant 1	

Tabell 1 viser hvilke kartleggingsredskaper informantene benytter, og hvilke de anbefaler for kartlegging av apraksi.

manten anbefaler ADL- observasjoner for å finne riktig hjelpenivå, og for overføring av intervensjon til oppfølgende instans.

**Informant 3:** Informanten mener det ikke avhenger av faggruppe om apraksi fanges opp, men av relevant arbeidserfaring. Informanten anbefaler en kombinasjon av bordtestene MMSE-NR, Klokketest og TMT-A/B, i tillegg til observasjon i aktivitet. Noen av ergoterapeutene kan benytte AMPS og Arnadottir OT-ADL-Nevrobehavioral Evaluation (A-ONE), men oftest benyttes ustrukturerte ADL-observasjoner. Informanten er positiv til standardiserte tester, da de gir tydelige funn og man jobber kunnskapsbasert. Arbeidsmetodene fungerer godt, og informanten tror ikke de unngår å fange opp apraksi. Dette er ikke etterprøvd/kontrollert.

**Informant 4:** Informanten benytter ustrukturerte ADL-observasjoner og LOTCA for å kartlegge apraksi. Informanten anbefaler redskapene/metodene, men savner en mer standardisert test i ADL. Noen har kurs i PRPP og AMPS, som de ikke benytter, noe informanten antar er på grunn

av tidspress. MMSE-NR benyttes, men ikke for å kartlegge apraksi, da redskapet ikke er utviklet for hjerneslag. Informanten mener erfaring har mye å si for om man fanger opp apraksi, ikke bare fagprofesjonen. Informanten mener de som regel ser om det er apraksi, men er ikke sikker på om de alltid avdekker det.

#### METODEKRITIKK

Primærkilder er fortrinnsvis forsøkt benyttet. Dette for å unngå å arve andres feiltolkninger eller unøyaktigheter (Dalland, 2012). Flere søkeord ved litteratursøk kunne ha gitt flere treff, og et større omfang av informanter kunne ha undersøkt ytterligere og eventuelt fanget opp andre metoder som benyttes i Norge. Prosjektet ble ikke meldt til personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og burde vært meldt grunnet behandling av personopplysninger (intervju). Prosjektet er meldt til NSD i etterkant, og de bekrefter at prosjektet ser ut til å ha vært gjennomført på en god måte og i tråd med personopplysningslovens øvrige bestemmelser.

Det er ingen personopplysninger som lenger behandles i prosjektet.

## Resultater

### LITTERATURSØK

Ved søk i Helsebibliotekets nettsider finner jeg en fagprosedyre for kartlegging av apraksi hos pasienter med hjerneslag i venstre hemisfære (Helsebiblioteket, udatert). Fagprosedyren anbefaler å benytte Apraksitest av van Heugten & Geusgens som en kort screeningtest og ADL-observasjoner for å avdekke hvilken betydning apraksi har for aktivitetsutførelsen (Helsebiblioteket, udatert). Gjennom litteratursøket finner jeg en artikkel som validerer den danske oversettelsen av ADL-observasjoner (Hansen et al., 2009).

Litteratursøket fremviser også en systematisk oversikt over flere randomiserte studier om kartlegging og intervensjon ved apraksi (Dovern et al., 2012). For kartlegging av apraksi anbefaler Dovern et al. Cologne Apraxia Screening (CAS) som en kort screeningtest og Apraxia Screening of TULIA (TULIA) som en mer omfattende apraksitest. Videre sier Dovern et al. at de anbefalte testene ikke

undersøker reell bruk av objekter (ideasjonell apraksi). Av den grunn anbefaler de også å benytte deler av apraksitest av De Renzi et al.

## INTERVJUER

Anbefalte kartleggingsredskaper fra intervjuene fremvises i Tabell 1.

Videre vil jeg beskrive kartleggingsredskapene som anbefales av Dovern et al. (2012), Helsebiblioteket (udatert) og informantene. I tillegg beskriver jeg to redskaper (PRPP og AMPS) som jeg innledningsvis nevner at mitt arbeidssted kan benytte.

## Kartleggingsredskaper

### Apraksitest av De Renzi et al:

Dovern et al. beskriver testen som en 15 minutters screeningtest, som kartlegger apraksi gjennom reell bruk av gjenstander og imitering av meningsfulle gester demonstrert av testleder (for eksempel: vinke adjø). Videre nevner Dovern et al. at dens psykometriske verdier ikke er godt nok dokumentert, og derfor anbefales den ikke alene.

### Apraxia Screen of TULIA (TULIA), og Apraxia Screen of TULIA

**(AST):** TULIA er en omfattende apraksitest bestående av 48 oppgaver (Dovern et al., 2012; Vanbellingen, Kersten, Van de Winckel, Bellion, Baronti, Müri, Bohlhalter, 2011). Vanbellingen et al. har også laget en kortere screeningtest basert på TULIA, kalt AST. Den inneholder tolv av TULIAs oppgaver. AST og TULIA undersøker ideomotorisk apraksi, men ikke ideasjonell apraksi gjennom reell bruk av objekter (Vanbellingen et al., 2011). Dovern et al. og Vanbellingen et al. skriver at TULIA og AST er vurdert å være valide og reliable.

### Cologne apraxia screening

**(CAS):** CAS er en ti-minutters screeningtest fra Nederland som inneholder 20 oppgaver (Dovern et al., 2012). Videre beskriver Dovern et al. at CAS kartlegger apraksi gjennom at pasienten skal mime bruk av redskaper (transitive gester) og imitere abstrakte og symbolske gester (intransitive). Slik jeg forstår det, kartlegger den både ideomotorisk og ideasjonell apraksi. Dovern et al. skriver at dens psykometriske egenskaper, som reliabilitet og validitet, er høye. Testen er ikke funnet i engelsk eller norsk versjon.

### Apraksitest av van Heugten & Geusgens (Apraksitest):

Apraksitest er en ti minutters screeningtest utviklet på bakgrunn av apraksitesten av De Renzi et al (Heugten van, Dekker, Deelman, Stehmann-Saris & Kinebanian, 1999a.; Helsebiblioteket, udatert). Testen undersøker i tillegg til ideomotorisk apraksi også ideasjonell apraksi ved reell bruk av redskaper (Heugten van et al., 1999a). Heugten van et al. (1999a) og Zwinkels, Geusgens, Van de Sande & Van Heugten (2004) undersøker Apraksitests psykometriske verdier. Disse primærstudiene finner blant annet at testen har relativt god reliabilitet og validitet. Ifølge forfatterne kan ergoterapeuter benytte testen dersom de mener de har tilstrekkelig ekspertise til å tolke skåringene av testen. Heugten van et al. (1999a) viser i sin studie at testen ikke kan brukes for å skille mellom ideasjonell og ideomotorisk apraksi.

**ADL-observasjoner fra Apraxia Guideline (ADL-observasjoner):** ADL-observasjoner er utviklet i Nederland av Stehmann-Saris, van Heugten, Kinébanian & Dekker (1996) for å måle konsekvens av apraksi i dagligli-

vet (Heugten van, Dekker, Deelman, Stehmann-Saris & Kinebanian, 1999b). Den skal vurdere nivå av selvstendighet ved utførelse av selvvalgte meningsfulle aktiviteter, bestemme hvilke problemer pasienten har i de tre fasene av utførelsen av menneskelig aktivitet (orienteringsfasen, utførelsesfasen og kontrollfasen) og bidra til valg av intervensjon (Stehmann-Saris et al., 1996). Heugten van et al. (1999b) og Hansen et al. beskriver at ADL-observasjoner er vurdert å ha intern konsistens og moderat til perfekt reliabilitet. Videre sier Hansen et al. at den danske oversettelsen av instrumentet er undersøkt å ha adekvat konstrukt-validitet, men at flere deler av validiteten bør undersøkes ytterligere. Likevel godkjennes guidelinen som et klinisk verktøy i rehabiliteringsarbeid i Danmark (Hansen et al., 2009).

**MMSE-NR:** MMSE-NR er et grovt screeningsverktøy for orienterende kartlegging av kognitiv funksjon (orienteringsevne, språk, visuokonstruktiv evne, oppmerksomhet og hukommelse), og er utarbeidet som en norsk revidert versjon av den originale versjonen laget av nevrolog og psykiater Marshal F. Folstein i 1975 (Strobel & Engedal, 2008).

**Klokketest:** Klokketest er et valid og reliabelt screening-instrument, som undersøker et stort spekter av kognitiv evne (orientering og handling i rom, oppmerksomhet, tallforståelse samt eksekutive funksjoner) (Shulman, 2000).

**TMT-A/B:** TMT-A/B kartlegger evne til fokusert og delt oppmerksomhet, psykomotorisk tempo og konsentrasjon, samt at TMT-B også sier noe om pasientens eksekutive evne (Reitan & Wolfson, 1985).

**LOTCA:** LOTCA undersøker

orientering, oppfattelse, kognitiv evne, og visuomotorisk organisering. Testen tar 30 - 45 minutter å utføre (Lotca, 2014).

**PRPP:** PRPP er en forkortelse for Perceive (oppfatte), Recall (gjenkalle), Plan (planlegge) og Perform (utføre). Metoden er en valid og kriteriereferert ergoterapikartlegging (Chapparo & Ranka, 2006). Videre beskriver Chapparo og Ranka at den benyttes for å identifisere problemer med utførelse av enhver selvvalgt rutine, oppgave eller deloppgave samt problemer med anvendelse av strategier for informasjonsprosessering under utførelse av oppgaver.

**AMPS:** AMPS er et kartleggingsredskap for ergoterapeuter som gjør det mulig å vurdere en persons motoriske- og prosessferdigheter samt hvordan disse innvirker på personens evne til å utføre ADL (pasienten kan velge aktiviteter fra en liste). Kvaliteten på ADL-utførelsen bedømmes i forhold til anstrengelse, effektivitet, sikkerhet og selvstendighet i 16 motoriske ferdighetsmomenter og 20 prosessferdighetsmomenter (Fisher, 2003). Fisher hevder at AMPS er standardisert med hensyn til validitet og reliabilitet.

## Diskusjon

### VIKTIGHETEN AV KUNNSKAPSBASERT FAGPROSEDYRE

Målet med fagprosedyren er å sikre at apraksi etter hjerneslag avdekkes. Informant 2, 3 og 4 sier at klinisk erfaring er viktig for å avdekke apraksi. Jeg er enig i dette, men tror at bruk av standardiserte tester vil gi nyutdannede med mindre erfaring gode muligheter for å kartlegge apraksi. Ergoterapeutene ved arbeidsplassen er opptatt av god kvalitet på tjenestene som gis,

og at denne skal være uavhengig av hvilken ergoterapeut pasienten møter. Retningslinjer basert på kunnskapsbasert praksis kan redusere variasjon i yrkesutøvelse (Fawcett, 2007) fordi arbeidet ikke blir varierende fra person til person. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011) og Samhandlingsreformen (2009) beskriver at større fokus på KBP og utarbeidelse av retningslinjer og fagprosedyrer, skal bidra til å endre praksis i tjenesten. Fagprosedyren om apraksi kan bidra til å oppnå intensjonen ved Samhandlingsreformen om å yte bedre kvalitet, møte pasientene på en bedre måte og gi koordinerte tjenester. Dette kan igjen bidra til å nå Folkehelseovens (2011) mål om reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen, deriblant best mulig livskvalitet etter hjerneslaget.

### VALG AV REDSKAP FOR KARTLEGGING AV APRAKSI

Mitt arbeidssteds fagprosedyre vil være tydelig på at kartlegging av apraksi bør skje med standardisert bordtest og observasjon i ADL, som også støttes av flertallet av informantene, Zwinkels et al. (2004) og Heugten van et al. (1999b). Redskapene bør være valide (relevante og gyldige) og reliable (pålitelige), noe Dalland (2012) mener må oppfylles for at metoden skal gi troverdig kunnskap. Dette støttes også av Hagedorn (1995), som beskriver kravene til standardiserte kartleggingsredskaper.

Informant 3 anbefaler MMSE-NR, klokketest og TMT-A/B, og informant 4 anbefaler LOTCA for å kartlegge apraksi. Innledningsvis nevnes egne erfaringer om at MMSE-NR ikke kartlegger apraksi spesifikt. Da benyttede søkeord ved litteratursøk ikke ga treff som

omhandlet redskapene, velger jeg ikke å inkludere disse i videre drøfting.

Grieve & Gnanasekaran (2008) sier at det er en debatt innenfor litteraturen om hvorvidt ulike former for apraksi, som ideasjonell og ideomotorisk apraksi, er forskjellige eller overlappende. Jeg mener det ikke er nødvendig å skille mellom apraksiformene, men å avdekke apraksi og aktivitetssvanser. Ved å kartlegge begge apraksiformene mener jeg det er sikrere at apraksi avdekkes, fordi man kartlegger et større omfang av apraksi. CAS, TULIA og AST anbefales av Dovern et al. (2012) for kartlegging av apraksi, men fordi de ikke kartlegger ideasjonell apraksi gjennom reell bruk av objekter (Dovern et al., 2012; Vanbellingen et al., 2011), velges de bort. Apraksitest av De Renzi et al. undersøker ideasjonell og ideomotorisk apraksi, men dens psykometriske egenskaper er ikke godt nok dokumentert (Dovern et al., 2012). Testen innfrir derfor ikke kravene til standardisering (Hagedorn, 1995). Apraksitest innfrir våre ønsker ved at den kartlegger både ideasjonell og ideomotorisk apraksi, og validitet og reliabilitet er vurdert å være god (Heugten van et al., 1999a; Zwinkels et al., 2004). Den anbefales i fagprosedyren for kartlegging av apraksi laget av Haukeland Universitetssykehus (Helsebiblioteket, udatert), og av Informant 1. Apraksitest er oversatt til norsk av Haukeland Universitetssykehus, og det arbeides med å godkjenne oversettelsen.

Innledningsvis nevnes EVA som et av redskapene for kartlegging av aktivitetssvanser der apraksi kan avdekkes, men vil ikke bli drøftet videre fordi redskapet ikke er standardisert. Gjennom



litteratursøk finner jeg ingen artikler som anbefaler PRPP eller AMPS. Likevel har jeg og min kollega erfart at redskapene som gir aktivitetsdiagnoser, kan fange opp apraksi. ADL-observasjoner er det eneste redskapet som har fullfokus på kartlegging og intervensjon av apraksi gjennom ADL. ADL-observasjoner anbefales av informant 1 og 2 og Helsebiblioteket (udatert). Redskapet er standardisert ved at det har en prosedyre og vurderingsskår, er vurdert å ha intern konsistens, moderat til perfekt reliabilitet og adekvat konstrukt validitet (Heugten van et al., 1999b; Hansen, 2009). Fordelen med fullfokus på apraksi kan være at man er sikrere på at apraksi avdekkes. En annen fordel med ADL-observasjoner er at den gir råd for intervensjon basert på strategitrening, som også Helsedirektoratet (2010) foreslår. Informant 1 erfarer at bruk av ADL-observasjoner gjør det lettere å «standardisere» observasjonen, starte tidlig intervensjon i samarbeid med det tverrfaglige teamet og skrive strukturerte anbefalinger for videre trening til oppfølgende instans. Informant 2 sier at redskapet gir terapeuten hjelp til å finne riktig hjelpenivå (strategitrening), og at intervensjonen kan overføres til oppfølgende instans. ADL-observasjoner kan bidra til å nå intensjonen ved Samhandlingsreformen (2009) og Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011) om forpliktende samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, i tillegg til Helsepersonellovens (1999) lov om at helsepersonell skal videreformidle til kommunen eventuelle behov for videre tiltak. En ulempe ved bruk av ADL-observasjoner er at den norske oversettelsen ikke er godkjent, men en godkjent dansk

oversettelse kan benyttes (Hansen, 2009). Videre mener jeg det er en fordel at ADL-observasjoner og PRPP gir pasienten mulighet for å utføre selvvalgt meningsfull aktivitet, i motsetning til AMPS, der pasient kan velge fra en liste. Dette fokuset på brukermidvirkning gir pasienten mulighet til å bestemme sin egen rehabilitering, ved selv å velge aktiviteter for kartlegging og intervensjon knyttet mot egne mål (Askheim & Starrin, 2007; Hove, 2002). Brukermidvirkning kan også hjelpe ergoterapeuter i arbeidet med å fremme befolkningens rett til aktivitet og deltakelse (NETF, udatert-b; Wilcock, 2005). Brukermidvirkning nevnes også i Omsorgsplan 2015 (2006), som sier at fremtidens velferdssamfunn forutsetter myndiggjøring og ansvarliggjøring, fordi dette kan sikre at pasienten kan få leve et mest mulig meningsfullt og selvstendig liv til tross for sykdom eller funksjonstap, jamfør WHOs (1946) helsedefinisjon.

## Konklusjon

Funn ved litteratursøk og intervju drøftet opp mot relevant teori har gitt meg gode begrunnelser når det gjelder hvilke standardiserte kartleggingsredskaper vi bør benytte ved arbeidsstedet for å avdekke apraksi. Arbeidsstedets kunnskapsbaserte fagprosedyre vil beskrive at vi alltid bør benytte Apraksitest i tillegg til observasjon i ADL ved hjerneslag i venstre hemisfære. Ved mistanke om apraksi ved hjerneslag i høyre hemisfære bør fagprosedyren også benyttes. Det er mulig å benytte både PRPP, AMPS og ADL-observasjoner i ADL. Fagprosedyrens kartleggingsredskaper er valide og reliable og ser på ideomotorisk og ideasjonell apraksi (Aprak-

sitest) og på konsekvensene i aktivitetsutførelsen (kartlegging i ADL).

Det er på sikt ønskelig å fremme et samarbeid mellom Bærum Sykehus og oppfølgende instanser rundt intervensjon ved apraksi. Samarbeidet kan bidra til bedre flyt og effektivitet i tjenestene i henhold til intensjonen om Samhandlingsreformen (koordinerte tjenester, avtalte behandlingsforløp, rett behandling på rett sted til rett tid, møte pasienter på en bedre måte, og lokale samarbeidsavtaler). Dersom det lykkes å implementere ADL-observasjoner ved mitt arbeidssted, er det ønskelig å samarbeide rundt ADL-observasjoners intervensjon basert på strategitrening. Samarbeidet, der kommunen kan fortsette bruken av strategitrening, vil også kunne fremme Rehabiliteringsmeldingens (1998) mål om en helhetlig politikk på rehabiliteringsfeltet, gjennom tiltak som trekker i samme retning.

## Referanseliste:

- 
- Askheim, O. P. & Starrin, B. (Red.) (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Chapparo, C & Ranka, J (2006). PRPP System of Task Analysis: Users training manual.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dovern, A., Fink, G. R. & Weiss, H. (2012). Diagnosis and treatment of upper limb apraxia. *J Neurol*, 259, 1269-1283.
- Ellingham, B., Clark, E. G., Jespersen, L. F. & Annerløv, L. (2012). *Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system. Manual for kartlegging og vurdering av ferdigheter i aktivitetsutførelse*. Hentet 21.februar 2014 fra <http://www.hf.hio.no/ergo/eva/downloads/eva-2012-manua->

len-klinikk.pdf

Fawcett, L. A. J. (2007). *Principles of assessment and Outcome Measurement for Occupational Therapists and Physiotherapists-Theory, Skills and Applications*. England: John Wiley & Sons.

Fisher, A. G. (2003). *AMPS. Assessment of Motor and Process Skills. Development, Standardization and Administration Manual* (5.utg.). Colorado: Three Star Press.

Folkehelseinstituttet. (udatert). *Hjerte- og karsykdommer-Faktaark med helsesstatistikk*. Hentet 29.januar 2014 fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,6067&MainContent\\_6263=6464:0:25,6068&List\\_6212=6218:0:25,8089:1:0:0:0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6067&MainContent_6263=6464:0:25,6068&List_6212=6218:0:25,8089:1:0:0:0:0)

Folkehelseeloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseeloven). Hentet 01.april 2013 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-029.html>

Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). «Mini-Mental State.» A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 12(3), 189-198.

Grieve, J. & Gnanasekaran, L. (2008). *Neuropsychology for Occupational Therapist: Cognition in Occupational Performance* (3. utg.). USA: Blackwell Publishing.

Hagedorn, R. (1995). *Occupational Therapy. Perspectives and processes*. New York: Churchill Livingstone.

Hansen, T., Steultjens, E. & Satink, T. (2009). Validation of a Danish translation of an occupational therapy guideline for interventions in apraxia: A pilot study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(4), 205-215.

Helsebiblioteket. (udatert). *Kartlegging av apraksi hos pasienter med hjerneslag i venstre hemisfære*. Hentet 10. desember 2012 fra <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/kartlegging-av-apraksi-hos-pasienter-med-hjerneslag-i-venstre-hemisf%C3%A6re>

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag* (IS-1688/2010). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Hentet 15.mars 2013 fra [lovdata.no/all/hl-19990702-064.html](http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html)

[lovdata.no/all/hl-19990702-064.html](http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html)

[Lov om helsepersonell m.v.](http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html)

Heugten van, C. & Geusgens, C. (2009). Strategies to Compensate for Apraxia Among Stroke Clients – The Cognitive Strategy Training. I I. Söderback (Red.), *International Handbook of Occupational Therapy Interventions* (s. 241-249). New York: Springer.

Heugten van, C. M., Dekker, J., Deelman, B. G., Stehmann-Saris, F. C. & Kinebanian, A. (1999a). A diagnostic test for apraxia in stroke patients: internal consistency and diagnostic value. *The Clinical Neuropsychologist*, 13(2), 182-192.

Heugten van, C. M., Dekker, J., Deelman, B. G., Stehmann-Saris, J. C & Kinebanian, A. (1999b). Assessment of Disabilities in Stroke Patients with Apraxia: Internal Consistency and Inter-Observer Reliability. *The Occupational Therapy Journals of Research*, 19(1), 55-71.

Hove, O. (2002). *Brukermedvirkning – hindringer og muligheter*. Embla nr. 2 Høgskolen i Bergen. (2012). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 04.januar 2013 fra <http://www.kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>

Lotca. (2014). LOTCA: The Gold Standard in Cognitive Assessment. Hentet 03.mai 2014 fra <http://www.lotca.com>

Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015. (Meld. St. 16 (2010-2011), 2011). Hentet 15.mars 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

NETF (Udatert). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 15. mars 2013 fra <http://www.netf.no/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse/Yrkesetiske-retningslinjer>

Omsorgsplan 2015 (St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Hentet 15.mars 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006.html?id=200879>

Rehabiliteringsmeldingen (St.meld. nr. 21 (1998-99), 1998). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Hentet 15. mars 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037>

Reitan, R. M. & Wolfson, D. (1985). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and clinical interpretation*. Tucson: Neuropsychological Press

Samhandlingsreformen (St.meld. nr.47 (2008-2009), 2009). *Rett behandling-på rett sted- til rett tid*. Hentet 15.mars 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/st-meld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Shulman, K. I. (2000). Clock-drawing: Is it the ideal cognitive screening test? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (15), 548-56.

Stehmann-Saris, J. C., van Heugten, C. M., Kinébanian, A. & Dekker, J. (1996). *Occupational Therapy guideline for assessment and treatment of apraxia following left hemisphere stroke*. Amsterdam: NVE and the HvA, Second completely renewed reprint: 2003. Hentet 04.januar 2013 fra <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/kartlegging-av-apraksi-hos-pasienter-med-hjerneslag-i-venstre-hemisf%C3%A6re>

Strobel, C. & Engedal, K. (2008). *Norsk Revidert Mini Mental Status evaluering. Revidert og utvidet manual*. Hentet 21.februar 2014 fra <http://resource.nhi.no/resource/4545-21-mmse-nr-manual.pdf>

Vanbellingen, T., Kersten, B., Van de Winckel, A., Bellion, M., Baronti, F., Müri, R. & Bohlhalter, S. (2011). A new bedside test of gestures in stroke: the apraxia screen of TULIA (AST). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 82, 389-392.

Wilcock, A. A. (2005). Occupational science: Bridging occupation and health. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 5-12..

World Health Organization [WHO] (1946). *WHO definition of health*. Hentet 05.oktober 2012 fra [http://www.who.int/kobe\\_centre/about/faq/en/](http://www.who.int/kobe_centre/about/faq/en/)

Zwinkels, A., Geusgens, C., Van de Sande, P. & Van Heugten, C. (2004). Assessment of apraxia: inter-rater reliability of a new apraxia test, association between apraxia and other cognitive deficits and prevalence of apraxia in a rehabilitation setting, *Clinical Rehabilitation*, 18, 819-827.

# Fatigue Severity Scale (FSS) anvendt i ergoterapeutisk praksis ved Marfans syndrom

Av Trine Bathen

## Sammendrag



*Trine Bathen er ergoterapispesialist i somatisk helse. Hun arbeider ved TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser ved Sunnaas Sykehus HF. E-post: trine.bathen@sunnaas.no*

**Fatigue – tretthet** er vanlig ved mange ulike diagnoser og tilstander, og forekommer også i normalbefolkningen. For å måle fatigue finnes et uttall av redskaper. Hensikten med artikkelen er å beskrive hvordan kartleggingsinstrumentet Fatigue Severity Scale (FSS) egner seg i ergoterapeutisk praksis. Dette belyses med data fra et mastergradsprosjekt om Fatigue ved Marfans syndrom (MFS), en sjelden bindevevstilstand. FSS ble brukt til å kartlegge forekomst av fatigue og hvordan det gir konsekvenser i hverdagen for voksne med MFS. Jeg analyserte også hvilke faktorer som kunne ha sammenheng med fatigue i denne gruppen. Konklusjonen er at FSS egnet seg til å beskrive fatigue i en pasientgruppe. FSS har flere spørsmål med et aktivitetsperspektiv, og analyse av disse ga mulighet til å beskrive hvordan fatigue kan påvirke dagliglivet for denne pasientgruppen. FSS er brukt i normalbefolkningen og mange andre pasientgrupper; det ga mulighet til å sammenligne om fatigue hos voksne med MFS arter seg annerledes enn for andre. Analyse av hvilke faktorer som har sammenheng med fatigue i en pasientgruppe kan gi viktig informasjon i forhold til å planlegge intervensjon. Dette prosjektet ga ikke kunnskap om hvordan FSS egner seg til å måle endring, for eksempel effekt av ergoterapitiltak. Det finnes lite forskning om sensitivitet for endring for FSS. Det jeg har funnet, tyder foreløpig på at FSS er lite sensitivt for endring og bør brukes med forsiktighet til det formålet.

**Nøkkelord:** Ergoterapi, Fatigue, Fatigue Severity Scale, Marfans Syndrom

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

## Introduksjon

Ergoterapeuter møter mange pasienter som opplever fatigue. For å måle fatigue finnes mange redskaper; noen er laget for å studere forekomst av fatigue, andre for å måle effekt av tiltak. Kunnskap om bruksområder og psykometriske egenskaper er viktig for å kunne velge et egnet kartleggingsinstrument for sitt bruk. Denne artikkelen viser hvordan Fatigue Severity Scale (FSS) kan brukes for å undersøke fatigue i en pasientgruppe med den sjeldne bindevevstilstanden Marfans syndrom (MFS).

## HVA ER FATIGUE?

Det finnes ingen enighet om hvordan man skal definere fatigue. Denne definisjonen refereres i flere fatiguestudier:

*«an extreme and persistent tiredness, weakness or exhaustion, mental, physical or both»* (Dittner, Wessely, & Brown, 2004).

Norske oversettelser av fatigue er blant annet tretthet, utmattelse og slitenhet. Lerdal m fl. diskuterer i en artikkel om oversettelse av FSS utfordringer med å oversette begrepet fatigue til norsk (Lerdal et al., 2005). Hovedproblemet var at det mangler ett enhetlig begrep for fatigue på norsk. De endte opp med å oversette fatigue med to begreper: sliten og uopplagt. Jeg har i artikkelen valgt å bruke den engelske betegnelsen fatigue.

Fatigue er vanlig i normalbefolkningen, med forekomst av alvorlig fatigue hos cirka 20 prosent i henholdsvis Nederland og Norge (Bültmann et al., 2002; Lerdal et al., 2005). Fatigue beskrives som et vanlig symptom hos mennesker med mange ulike diagnoser, som myalgisk encephalopati (ME), multippel sklerose (MS),

reumatoid artritt (RA) og depresjon (Dittner et al., 2004). Fatigue har stor innflytelse på pasienters evne til egenomsorgsaktiviteter (Kroenke et al., 1988) og forstyrrer familie og arbeidsforpliktelser (Chen, 1986).

## MARFANS SYNDROM

Ved TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser møter vi personer med MFS som beskriver fatigue og ber om råd for å mestre hverdagen. MFS er en sjelden, arvelig tilstand som skyldes genetiske forandringer i bindevevsprotein fibrillin 1. Bindevev finnes i hele kroppen, det fungerer som «stillas» og forsterkning lik armeringsjern i betong i sener, muskler og knokler. Det finnes også som forsterkning i blodårer, lik nettingen i en hageslange. Ved MFS er derfor ofte mange ulike organsystemer i kroppen påvirket, blant annet hjerte- karsystemet, skjelettsystemet og øyet (Loeys et al., 2010). Den alvorligste konsekvensen er påvirkning av hovedpulsåren (aorta) med fare for utvidelse (aortadilatasjon) eller spekk av det innerste laget av hovedpulsåren (aortadissekasjon), og kan føre til plutselig død (Loeys et al., 2010). Øyet er hos noen påvirket ved at trådene som holder øyelinsen på plass kan være dårlige, med økt risiko for synshemming og blindhet. Mange har påvirkning av skjelettsystemet med lange armer, ben, hender og føtter, noen har deformiteter i rygg og brystkasse, noen har overbevegelige ledd (Loeys et al., 2010). Noen får et noe annerledes utseende (Van Tangerloo & De Paepe, 1998). Det beskrives at mange har smerter i muskel – skjelettsystemet (Peters et al., 2001). Medisinsk utvikling de senere tiår har bidratt til at personer

med MFS nå har tilnærmet normal livslengde (Loeys et al., 2010). Tilstanden er såkalt autosomt dominant arvelig, det vil si at det er 50 prosent sjanse for at hvert barn kan arve tilstanden. For cirka 30 prosent oppstår tilstanden som nye mutasjoner. Forekomst av MFS er hittil lite studert, og hvor mange i Norge som har MFS er ukjent, men det kan dreie seg om mellom 200 og 2000 personer (Rand-Hendriksen, 2010).

Som vist er MFS en sammensatt sykdom med mange mulige fysiske, psykiske og sosiale utfordringer. Det er sannsynlig at mange ulike faktorer kan bidra til opplevelsen av fatigue ved denne tilstanden.

## MARFANS SYNDROM OG FATIGUE – HVA ER KJENT?

Forekomst av fatigue, hvordan det arter seg, og hvilke konsekvenser det har i hverdagen for personer med MFS, er i liten grad studert. I et kvalitativt prosjekt om sjeldne funksjonshemminger og aldring er blant annet flere voksne med MFS intervjuet (Thorsen & Grut, 2011). Noen av deltakernes utsagn sammenfattes slik:

*«Den store trettheten skaper problemer i hverdagslivet, den gir uoppmerksomhet og manglende energi til å delta»* (Thorsen & Grut 2011 s. 124).

Fire mindre studier har kartlagt forekomst av fatigue ved MFS (Percheron et al., 2007; Peters et al., 2001; Rand-Hendriksen et al., 2007; van Dijk et al., 2008). Peters med flere fant at 89 prosent av respondentene opplevde fatigue; fatigue var relatert til bruk av blodtrykkssenkende medikamenter, men ikke til depresjon (Peters et al., 2001). De tre andre studiene har brukt ulike standardiserte fatigueinstrumenter og finner

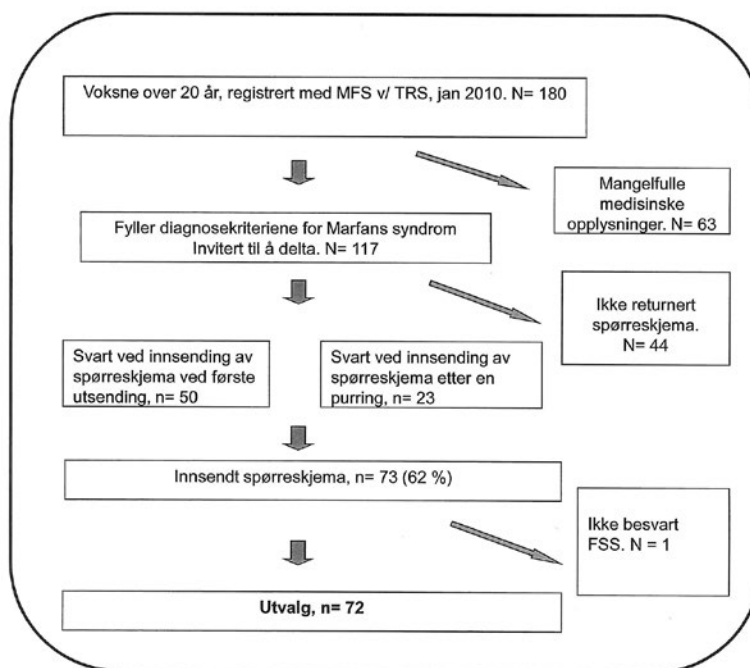
høyere fatigueskår hos deltakerne sammenlignet med friske kontrollgrupper (Percheron et al., 2007; Rand-Hendriksen et al., 2007; van Dijk et al., 2008). Faktorer som hadde sammenheng med fatigue var: psykologisk belastning (hos kvinnene) (Rand-Hendriksen et al., 2007), endret muskelsammensetning (Percheron et al., 2007) og ortostatisk intoleranse (van Dijk et al., 2008). Alle diskuterer imidlertid at studiene har små utvalg, og at resultatene må tolkes med forsiktighet.

På bakgrunn av dette så vi behov for mer forskning om fatigue hos voksne med MFS. Målsettingen for studien var å undersøke hvordan fatigue påvirker aktivitet og deltakelse, videre å undersøke om fatiguenivå og forekomst av alvorlig fatigue var annerledes hos voksne med MFS sammenlignet med normalbefolkningen. I tillegg ville vi undersøke hvilke faktorer som kan ha sammenheng med fatigue i denne gruppen.

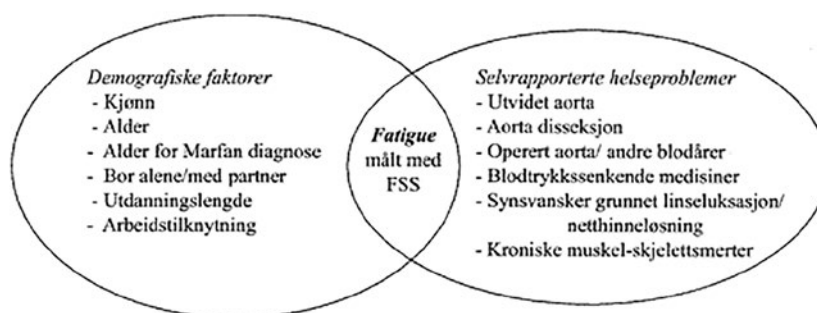
Målsetting for denne artikkelen har vært å beskrive hvordan kartleggingsinstrumentet FSS (Krupp et al., 1989) egner seg i ergoterapeutisk praksis for å beskrive forekomst av fatigue, og hvordan det gir konsekvenser i hverdagen for voksne med MFS. Vurderingen av bruksområder og psykometriske egenskaper som ligger til grunn for valg av fatigueinstrument beskrives også.

## Metode

Studien er en tverrsnittsstudie og del av en større studie: «Å leve med Marfans syndrom, utfordringer i utdanning, arbeid og hverdagsliv», gjennomført ved TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser. Studien er anbefalt av Kompetansesenter for personvern og sikkerhet ved Ullevål Universi-



Figur 1. Inklusjon av deltakere til studien.



Figur 2. Modell for valg av forklaringsvariabler til analyser av sammenhenger med fatigue og andre faktorer.

tetssykehus HF og Regional Etisk Komité for medisinsk og helsefaglig forskning Helse Sør-Øst.

## DELTAKERE

Alle brukere ved TRS kompetansesenter (20 år og eldre) som ble vurdert å ha bekreftet MFS, ble forespurt om å delta i studien (n = 117). Informasjonsskriv, samtykkeskjema og spørreskjema ble sendt med post til aktuelle deltakere våren 2011. Figur 1 viser inklusjon av deltakere til studien.

## KARTLEGGINGSINSTRUMENTER

Studien inkluderte spørsmål om: demografiske forhold, Marfanre-

laterte helseproblemer, kroniske muskel- skjelettsmerter og fatigue. Da det ikke finnes standardiserte skjema som fanger opp Marfanrelaterte helseproblemer, ble disse laget av prosjektgruppen. Utprøving og vurdering av dette er nærmere beskrevet i en masteroppgave (Bathen, 2013). Forekomst av kroniske smerter ble undersøkt med «Nordic Pain Questionnaire» (Kuorinka et al., 1987). I delstudien om fatigue brukte vi spørsmålet: «har du i løpet av det siste året vært plaget av kroniske smerter og/eller stivhet i muskler og ledd som har vart i minst tre måneder sammenhengende?»

Fatigue ble undersøkt med



FSS (Krupp et al., 1989). Dette instrumentet ble valgt fordi det måler konsekvenser av fatigue på funksjon i dagliglivet (Dittner et al., 2004). FSS har også vært brukt i to studier av voksne med MFS (Percheron et al., 2007; Rand-Hendriksen et al., 2007).

For å besvare problemstillingen om hvilke faktorer som kan ha sammenheng med fatigue hos voksne med MFS, har vi undersøkt to hovedområder: demografiske forhold og helserelaterte forhold (figur 2).

### FATIGUE SEVERITY SCALE

FSS ble laget til bruk i forskning og pasientbehandling hos pasienter med ulike medisinske og nevrologiske tilstander (Krupp et al., 1989). FSS består av ni påstander, se [www.psykologforeningen.no/content/download/30837/309523/file/FSS.pdf](http://www.psykologforeningen.no/content/download/30837/309523/file/FSS.pdf). Personen krysser av for hver av påstandene på en syvdelt skala, hvor 1 = helt uenig og 7 = helt enig. Deretter kalkuleres en gjennomsnittsskår (FSS-skår) (min. 1, maks. 7). FSS er oversatt til norsk (figur 3) og testet for psykometriske egenskaper i en norsk normalbefolkningsstudie (Lerdal et al., 2005).

**Psykometriske egenskaper:**  
**Reliabilitet, validitet og sensitivitet for endring:** Det er viktig at kartleggingsinstrumenter ikke måler feil (pålitelighet - reliabilitet), at de måler det vi vil de skal måle (gyldighet - validitet) og at de kan fange opp endringer (sensitivitet for endring - responsiveness). Dette er komplekse begreper, og artikkelens omfang gjør at jeg her kun kort behandler test-retest-reliabilitet, diskriminerende validitet og sensitivitet for endring.

**Test-retest-reliabilitet** omhandler i hvilken grad et instrument er stabilt ved gjentatte

Items / enkeltspørsmål	Helt uenig	Helt enig
1 Min motivasjon er lavere når jeg er sliten og uopplagt.	1	2 3 4 5 6 7
2 Fysisk aktivitet gjør meg sliten og uopplagt.	1	2 3 4 5 6 7
3 Jeg blir fort sliten og uopplagt.	1	2 3 4 5 6 7
4 Det at jeg er sliten og uopplagt, virker inn på hvordan jeg fungerer fysisk.	1	2 3 4 5 6 7
5 Det at jeg er sliten og uopplagt, skaper ofte vanskeligheter for meg.	1	2 3 4 5 6 7
6 Det at jeg er sliten og uopplagt, hindrer meg i å opprettholde min fysiske funksjonsdyktighet over tid.	1	2 3 4 5 6 7
7 Det at jeg er sliten og uopplagt, virker inn på evnen til å utføre visse oppgaver og plikter.	1	2 3 4 5 6 7
8 Det at jeg er sliten og uopplagt, er ett av de tre symptomene som hemmer meg mest.	1	2 3 4 5 6 7
9 Det at jeg er sliten og uopplagt, virker inn på mitt arbeid, mitt familieliv eller min omgang med venner og kjente.	1	2 3 4 5 6 7

Figur 3. Fatigue Severity Scale, norsk oversettelse (Lerdal m fl. 2005).

målinger på samme person (Terwee et al., 2007). Krupp m fl konkluderte med god test-retest-reliabilitet for FSS på bakgrunn av en studie med elleve personer (Krupp et al 1989). Dette vurderes i dag ikke som tilfredsstillende (Terwee et al 2007). Test-retest-reliabilitet for FSS er funnet tilfredsstillende for pasienter med depresjon (Ferentinos et al., 2011), men er ikke tilstrekkelig undersøkt for pasienter med MS, Parkinson og hjerneslag (Elbers et al., 2012).

**Diskriminerende validitet** handler om hvorvidt instrumentet kan skille mellom ulike grupper, for eksempel om en pasientgruppe har mer fatigue enn en annen. For å fastslå om en person har, i dette tilfellet, mye eller lite fatigue, er det vanlig å bruke en grenseverdi – en «cut-off-verdi». Studier som har benyttet FSS, beskriver to ulike cut-off-verdier for om personen vurderes å ha eller ikke ha «alvorlig fatigue» («severe fatigue»).

Opprinnelig brukte Krupp m fl FSS skår  $\geq 4$  som cut-off for alvorlig fatigue, med begrunnelsen at kun fem prosent av friske

kontroller (n = 20) hadde FSS skår  $\geq 4$  (Krupp et al 1989). Lerdal m. fl. argumenter for å bruke cut-off-skår  $\geq 5$  i en studie av fatigue i den norske befolkningen. Med cut-off på  $\geq 5$  hadde 22 prosent av deltakerne alvorlig fatigue; med cut-off på  $\geq 4$  hadde 47 prosent av den norske normalbefolkningen hatt alvorlig fatigue (Lerdal et al., 2005). Dette virker urimelig høyt.

I denne studien har vi benyttet følgende cut-off skår: Alvorlig fatigue  $\geq 5$ , borderline fatigue  $> 4$  < 5 og ingen fatigue  $\leq 4$ .

Reliabilitet og validitet er ikke undersøkt i forhold til personer med MFS, men er undersøkt for en sammenlignbar pasientgruppe; pasienter med SLE (Mattsson et al. 2008). Dette ble vurdert som tilfredsstillende.

**Sensitivitet for endring** (responsiveness) er evnen et instrument har til å fange opp klinisk viktige endringer over tid, selv om disse er små. Krupp m fl. konkluderte med at sensitivitet for endring var god, men hadde kun et lite utvalg pasienter (n = 8) (Krupp et al 1989). Metodene brukt i artikkelen var heller ikke i

Forfattere og årstall	Pasientgruppe	MDC*
Rietberg, Van Wegen & Kvakkel. 2010	MS	21 prosent
Horemans et al. 2004	Postpolio	27 prosent
Impellizzeri et al. 2013	Overvekt	37 prosent
Learmonth et al. 2013	MS	38 prosent

Tabell 1: Studier som har vurdert sensitivitet for endring med MDC for Fatigue Severity Scale

\*Verdiene angir hvor stor endring i FSS må være ved gjentatte målinger for at man skal tro på at det er en reell endring større enn målefeilen i instrumentet

<b>Demografiske faktorer</b>	
Gjennomsnittsalder (år),	44 (min 20 - max 71)
Median alder for Marfandiagnose (år), N = 67 <sup>†</sup>	24 (min 0 <sup>††</sup> - max 56)
Kvinner	57 prosent
Bor med voksen partner	58 prosent
Utdanningslengde ≤ 13 år	54 prosent
Arbeidsstatus (i arbeid/ under utdanning) <sup>†††</sup>	57 prosent
<b>Selvrapporterte helseproblemer:</b>	
Utvidelse av aorta	90 prosent
Aortadisseksjon	35 prosent
Operert aorta/ andre blodårer	58 prosent
Bruker blodtrykkssenkende medikamenter	68 prosent
Synsvansker grunnet linseluksasjon/netthinneløsning	35 prosent
Kronisk smerte/stivhet i muskler og ledd	64 prosent

Tabell 2. Beskrivelse av utvalget, N = 72.

<sup>†</sup> Fem personer vet ikke alder for når de fikk Marfandiagnose. <sup>††</sup> Diagnosen ble stilt ved fødsel på grunn av kliniske tegn og forelder med diagnosen. <sup>†††</sup> I arbeid/under utdanning versus på trygdeytelser.

samsvar med det som anbefales i dag: å undersøke MDC (minimal detectable change) og MCID (minimal clinical important difference) (Terwee et al., 2007).

MDC (minste oppdagbare endring) beregnes ved statistiske metoder og handler om hvor stor endringen må være for at vi skal tro på at det er en reell endring utover målefeilen i instrumentet. Fire studier har undersøkt MDC i ulike pasientgrupper (se tabell 1), de konkluderer med at FSS er lite sensitivt for endring.

MCID (minste klinisk viktige endring) defineres som den minste endringen i skår i det området man undersøker, som pasienten opplever som betydningsfull og som vil føre til at man i fravær av bivirkninger eller økte kostnader

vil endre pasientbehandlingen (Terwee et al., 2007). Dette undersøkes blant annet ved: «patient opinions, expert consensus, standard error of measurement» (Carter, 2011). To studier har undersøkt MIC/ MCID, de finner at en endring i FSS skår kan vurderes som klinisk betydningsfull hvis det er en endring på minst 0,4 poeng (pasienter med SLE) (Goligher et al., 2008) og minst 0,7 poeng (pasienter med RA) (Pouchot et al., 2008).

Sensitivitet for endring var det ikke relevant å vurdere i denne studien, da vi ikke skulle se på forandringer over tid, men vi har vurdert om forskjellen i forekomst av alvorlig fatigue i utvalget sammenlignet med normalbefolkningen var klinisk betydningsfull.

*Nyutvikling og kortversjoner av FSS:* Raschanalyse (moderne statistisk analyse som bla brukes i forhold til AMPS) har vært brukt for å videreutvikle FSS. Flere studier finner at spørsmål 1: «min motivasjon er lavere når jeg er sliten og uopplagt» og spørsmål 2: «fysisk aktivitet gjør meg sliten og uopplagt» viser dårlig sammenheng med resten av spørsmålene. Ved å fjerne disse og bruke en FSS – 7 versjon, finner de indikasjon på bedret sensitivitet for endring (Lerdal et al. 2010; Lerdal & Kottorp, 2011).

## STATISTISKE ANALYSER

Anonymiserte data ble analysert med SPSS versjon 19, et signifikansnivå på  $p \leq 0,05$  ble brukt for alle analyser. Deskriptive data er oppgitt som frekvenser, prosenter, standard-deviasjoner (SD) og gjennomsnittlig forskjell (mean difference) med 95 prosent konfidensintervall. Students T-tester ble brukt for å analysere forskjeller mellom utvalgets gjennomsnittlige FSS-skår og rapportert gjennomsnitt for normalbefolkningen. Sammenhenger mellom utfallsvariabelen (FSS-skår) og forklaringsvariablene ble først undersøkt med Pearsons korrelasjons-koeffisient og Independent samples T-test. Deretter ble variabler som viste signifikant sammenheng analysert videre med multipl regressjonsanalyse.

## Resultater

72 personer deltok. 41 (57 prosent) var kvinner, og gjennomsnittsalder var 44 år. Tabell 2 viser en beskrivelse av utvalget

Enkeltspørsmålene i FSS ble analysert for å se på hvordan fatigue påvirker aktivitet og deltakelse (tabell 3). 60 prosent av respondene har en gjennomsnittsskår  $\geq 5$  på

Item/enkeltspørsmål	Gjennomsnitt FSS-skår	Distribusjon av skår 1 – 7 i prosent		
		1-3	4	5-7
Min motivasjon er lavere når jeg er sliten og uopplagt	5.8	8	6	86
Det at jeg er sliten og uopplagt virker inn på hvordan jeg fungerer fysisk	5.4	12	10	78
Det at jeg er sliten og uopplagt virker inn på mitt arbeid, mitt familieliv eller min omgang med venner og kjente	4.8	28	12	60
Det at jeg er sliten og uopplagt er et av de tre symptomene som hemmer meg mest	4.8	35	8	57
Det at jeg er sliten og uopplagt virker inn på evnen til å utføre oppgaver og plikter	4.7	30	10	60
Jeg blir fort sliten og uopplagt	4.7	25	15	60
Det at jeg er sliten og uopplagt hindrer meg i å opprettholde min fysiske funksjonsdyktighet over tid	4.4	38	11	51
Fysisk aktivitet gjør meg sliten og uopplagt	3.9	42	19	39
Det at jeg er sliten og uopplagt skaper ofte vanskeligheter for meg	3.9	46	18	36

Tabell 3. Gjennomsnitt og distribusjon av skår for enkeltspørsmål i Fatigue Severity Scale.

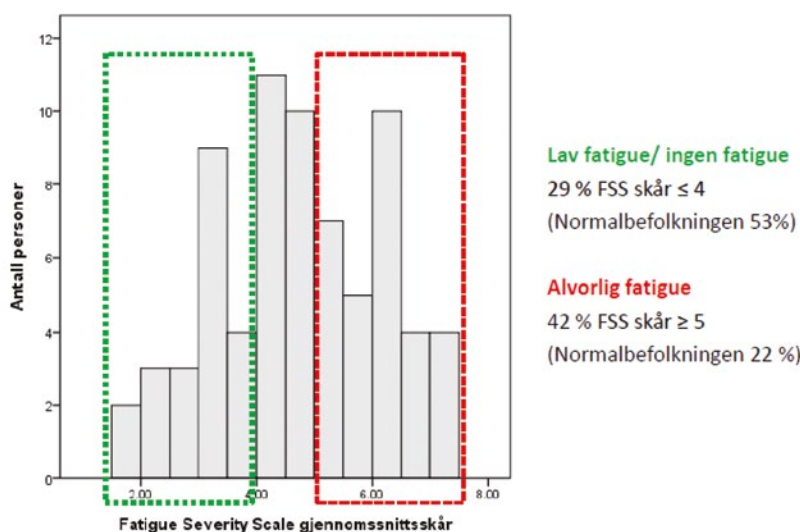
Item-skår fra 1 (helt uenig) til 7 (helt enig). Items/enkeltspørsmål er rangert synkende med items med høyest gjennomsnittsskår øverst.

spørsmålet «Det at jeg er sliten og uopplagt virker inn på mitt arbeid, mitt familieliv eller min omgang med venner og kjente».

Gjennomsnittlig FSS-skår i utvalget var 4,7; 0,7 poeng høyere enn gjennomsnittet for den norske normalbefolkningen (Lerdal et al., 2005). Forskjellen er statistisk signifikant og kan også vurderes som klinisk betydningsfull i forhold til anslåtte verdier for MCID i andre pasientgrupper (Goligher et al., 2008; Pouchot et al., 2008).

Figur 4 viser fordeling av lav versus alvorlig fatigue i utvalget. 42 prosent av respondentene hadde alvorlig fatigue (FSS-skår  $\geq 5$ ).

Kun kronisk smerte og arbeidstilknytning viste signifikant sammenheng med fatigue i multipl lineær regresjonsanalyse. Personer med kronisk smerte hadde høyere fatigue enn personer uten kronisk smerte. Personer på trygdeytelser hadde høyere fatigueskår enn personer som var i arbeid eller under utdanning. Den multivariable modellen for-



Figur 4. Andel med lav/ingen vs. alvorlig fatigue hos voksne med Marfans syndrom.

klarte 24 prosent av variasjonen i fatigueskår.

## Diskusjon

### FATIGUE HOS VOKSNE MED MARFANS SYNDROM

Studien bekrefter at mange voksne med MFS opplever fatigue, og at det begrenser aktivitet og deltakelse. Det er viktig at helsevesenet og også ergoterapeuter bidrar til at denne gruppen kan

finne måter å mestre plagene og hverdagen best mulig på. Imidlertid viser funnene også at det er stor variasjon i gruppen voksne med MFS; noen opplever fatigue, andre gjør det ikke.

Kronisk smerte og arbeidstilknytning viste signifikant sammenheng med fatigue og forklarte 24 prosent av variasjonen i fatigueskår. Dette understreker at det må være andre faktorer som

bidrar til fatigue hos voksne med MFS som vi ikke undersøkte. Resultatene er grundig diskutert i en egen artikkel (Bathen et al 2014).

En styrke ved prosjektet var at vi kun inkluderte personer med bekreftet diagnose, svarprosenten var også relativt høy. Resultatene kan ikke uten videre generaliseres til å gjelde alle med MFS. Det er ukjent hvor mange som har MFS i Norge, og vi kan ikke vite sikkert at vårt utvalg var representativt. Det er behov for mer forskning om fatigue hos voksne med MFS.

### **FSS – EGNET FOR ERGOTERAPEUTISK PRAKSIS?**

I dette prosjektet ble FSS brukt for å studere fatigue hos en gruppe personer. Jeg mener FSS var egnet til dette formålet, og at jeg fikk svar på problemstillingene mine. Det at instrumentet spør om aktivitetskonsekvenser av fatigue, appellerer til meg som ergoterapeut. Analyse av enkeltspørsmålene i FSS illustrerer dette. Seksti prosent av deltakerne svarte  $\geq 5$  på spørsmålet: «Det at jeg er sliten og uopplagt virker inn på mitt arbeid, mitt familieliv og min omgang med venner og kjente». Dette viser at fatigue har konsekvenser for aktivitet og deltakelse for mange med MFS. Samtidig hadde spørsmålet: «Det at jeg er sliten og uopplagt skaper ofte vanskeligheter for meg» lavest gjennomsnittsskår av alle enkeltspørsmålene. Dette kan kanskje tyde på at mange finner strategier for å mestre fatigue, eller at andre problemstillinger blir viktigere.

Fra et ergoterapiperspektiv er det viktig å studere hvilke faktorer som kan ha sammenheng med fatigue i ulike pasientgrupper. Det kan hjelpe oss å forstå fenomenet fatigue generelt og for den spesifikke pasientgruppen spesielt. Hos denne gruppen voksne

med MFS var kronisk smerte og arbeidstilknytning de faktorene som hadde signifikant sammenheng med fatigue. Sammenheng mellom fatigue og andre faktorer er studert i flere andre pasientgrupper. Nikolaus m. fl finner at smerte, fysisk funksjon og depresjon er de faktorene som har sammenheng med fatigue hos pasienter med RA (Nikolaus et al. 2013). Brophy m. fl. finner signifikant sammenheng med smerte hos pasienter med Bechterews sykdom (ankylosing spondylitis), og foreslår derfor at behandling av fatigue i denne pasientgruppen bør fokusere på intervensjon i forhold til smerte (Brophy et al., 2013). Forskning om hvilke faktorer som kan påvirke og ha sammenheng med fatigue i en pasientgruppe, er viktig for å forstå fatigue i pasientgruppen bedre og derved kunne utvikle effektive behandlingstiltak. Dette er både et interessant og viktig felt for ergoterapeuter å involvere seg i. FSS kan være et egnet instrument til dette formålet.

Et instruments egnethet handler også om det er et gyldig og pålitelig instrument. Kan vi stole på det, og måler det det vi vil måle? Artikkelen beskriver at test-retest-reliabilitet er godt dokumentert for noen pasientgrupper, men fortsatt usikkert for andre. Dette er det viktig å vurdere i forhold til den pasientgruppen en selv skal undersøke. Diskriminerende validitet og hvilke cut-off-verdier som skal brukes for alvorlig fatigue er det også viktig å ta stilling til hvis målsetting er å beskrive forekomst av alvorlig fatigue, og om denne er annerledes enn for andre grupper. Litteraturen på cut-off-verdier for FSS er mangelfull og motstridende. Mange artikler diskuterer og

begrunner ikke de cut-off-verdiene de bruker. Ifølge Lerdal m. fl. er cut-off for alvorlig fatigue  $\geq 5$  den som brukes mest i nyere studier av pasienter med MS, men det mangler studier som har validert cut-off-verdier klinisk (Lerdal et al., 2010).

Sensitivitet for endring ser ut til å være lite undersøkt; de studiene jeg har beskrevet, sårtvil om hvorvidt FSS er egnet til å måle endring. Hvis formålet er å måle effekt av for eksempel ergoterapitiltak, er det viktig å finne et instrument som faktisk kan fange opp endringer. En studie om effekt av energiøkonomisering for pasienter med MS finner ingen signifikant endring i FSS-skår etter behandling (Sauter et al. 2008), men forfatterne diskuterer ikke i hvilken grad FSS er sensitivt for å fange opp endringer.

Ergoterapeuter bør bidra til studier som undersøker sensitivitet for endring for FSS-9 og FSS-7 i ulike pasientgrupper. Mitt fokus i dette prosjektet har vært å finne et instrument som kunne måle fatigue på gruppenivå, og jeg har derfor ikke oversikt over om det finnes andre fatigueinstrumenter som er bedre egnet til å måle endring. Det er behov for artikler som belyser fatigueinstrumenter som egner seg til å måle effekt av ergoterapeutisk intervensjon ved fatigue.

### **Konklusjon**

Studien viser at mange voksne med MFS opplever fatigue, og at dette begrenser aktivitet og deltakelse. FSS egner seg til å beskrive forekomst av fatigue og hvordan fatigue kan påvirke dagliglivet for en pasientgruppe. Sammenligning av FSS-skår mot rapporterte verdier i andre grupper kan gi kunnskap om hvorvidt

fatigue hos den pasientgruppen en undersøker er annerledes enn for andre grupper. Analyse av hvilke faktorer som har sammenheng med fatigue i pasientgruppen kan gi viktig informasjon i forhold til å planlegge effektive tiltak.

Dette prosjektet ga ikke kunnskap om hvordan FSS egner seg til å måle endring, for eksempel effekt av ergoterapitiltak. Det finnes lite forskning om sensitivitet for endring for FSS. Det jeg har funnet, tyder foreløpig på at FSS er lite sensitivt for endring og bør brukes med forsiktighet til det formålet.

## Litteraturliste

- Bathen, T. (2013). Marfans syndrom og fatigue : *En tverrsnittsstudie i en gruppe voksne personer med verifisert Marfans syndrom*. (Master i Helsefagvitenskap Masteroppgave), Universitetet i Oslo. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-37820>
- Bathen T et al (2014). Fatigue in adults with Marfan syndrome, occurrence and associations to pain and other factors. *Am J Med Genet Part A* 164A:1931–1939. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajmg.a.36574/abstract>.
- Brophy, S. et al. (2013). Fatigue in ankylosing spondylitis: treatment should focus on pain management. *Semin Arthritis Rheum*, 42(4), 361-367.
- Bültmann, U. et al. (2002). Fatigue and psychological distress in the working population: psychometrics, prevalence, and correlates. *J Psychosom Res*, 52(6), 445-452.
- Carter, R., Lubinsky, J. & Domholdt, E. (2011). *Rehabilitation research: Principles and applications* (4th ed.). St.Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Chen, M. K. (1986). The epidemiology of self-perceived fatigue among adults. *Prev Med*, 15(1), 74-81.
- Dittner, A. J., Wessely, S. C., & Brown, R. G. (2004). The assessment of fatigue: a practical guide for clinicians and researchers. *J Psychosom Res*, 56(2), 157-170.
- Elbers, R. G. et al. (2012). Self-report fatigue questionnaires in multiple sclerosis, Parkinson's disease and stroke: a systematic review of measurement properties. *Qual Life Res*, 21(6), 925-944.
- Ferentinos, P. et al. (2011). Psychometric evaluation of the Fatigue Severity Scale in patients with major depression. *Qual Life Res*, 20(3), 457-465.
- Goligher, E. C. et al. (2008). Minimal clinically important difference for 7 measures of fatigue in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*, 35(4), 635-642.
- Horemans, H. L. et al. (2004). A comparison of 4 questionnaires to measure fatigue in postpoliomyelitis syndrome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(3), 392-398.
- Impellizzeri, F. M. et al. (2013). Psychometric properties of the Fatigue Severity Scale in obese patients. *Health Qual Life Outcomes*, 11/1:32.
- Kroenke, K. et al. (1988). Chronic fatigue in primary care. Prevalence, patient characteristics, and outcome. *JAMA*, 260(7), 929-934.
- Krupp, L. B. et al. (1989). The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol*, 46(10), 1121-1123.
- Kuorinka, I. et al (1987). Standardised Nordic Questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, 18, 233-237.
- Learmonth, Y. et al. (2013). Psychometric properties of the Fatigue Severity Scale and the Modified Fatigue Impact Scale. *J Neurol Sci*.
- Lerdal, A. et al. (2010). Psychometric properties of the Fatigue Severity Scale: Rasch analyses of responses in a Norwegian and a Swedish MS cohort. *Mult Scler*, 16(6), 733-741.
- Lerdal, A., & Kottorp, A. (2011). Psychometric properties of the Fatigue Severity Scale-Rasch analyses of individual responses in a Norwegian stroke cohort. *Int J Nurs Stud*, 48(10), 1258-1265.
- Lerdal, A. et al. (2005). Fatigue in the general population; A translation and test of the psychometric properties of the Norwegian version of the fatigue severity scale. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(2), 123-130.
- Loeys, B. L. et al. (2010). The revised Ghent Nosology for the Marfan Syndrome. *J Med Genet*, 47(7), 476-485.
- Mattsson, M. et al. (2008). Reliability and validity of the Fatigue Severity Scale in Swedish for patients with systemic lupus erythematosus. *Scand J Rheumatol*, 37(4), 269-277.
- Nikolaus, S. te al. (2013). Fatigue and factors related to fatigue in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 65(7), 1128-1146.
- Percheron, G. et al. (2007). Muscle strength and body composition in adult women with Marfan syndrome. *Rheumatology (Oxford)*, 46(6), 957-962.
- Peters, K. F. et al. (2001). Living with Marfan syndrome I. Perceptions of the condition. *Clin Genet*, 60(4), 273-282.
- Pouchot, J. et al. (2008). Determination of the minimal clinically important difference for seven fatigue measures in rheumatoid arthritis. *J Clin Epidemiol*, 61(7), 705-713.
- Rand-Hendriksen, S. (2010). *Marfan syndrome- A Diagnostic Challenge. Aspect of a Norwegian cohort study*. (Dissertation for the Degree of PhD PhD), University of Oslo, Oslo.
- Rand-Hendriksen, S. et al. (2007). Fatigue, cognitive functioning and psychological distress in Marfan syndrome, a pilot study. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3), 305-313.
- Rietberg, M., Van Wegen, E., & Kwakkel, G. (2010). Measuring fatigue in patients with multiple sclerosis: reproducibility, responsiveness and concurrent validity of three Dutch self-report questionnaires. *Disability & Rehabilitation*, 32(22), 1870-1876.
- Sauter, C. et al. (2008). A longitudinal study on effects of a six-week course for energy conservation for multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis*, 14(4), 500-505.
- Terwee, C. B., et al. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*, 60(1), 34-42.
- Thorsen, K., & Grut, L. (2011). *Sjelden og vanlig. Livsberetninger, livsløp og aldring med sjeldne diagnoser*. Forlaget Aldring og Helse.
- van Dijk, N. et al. (2008). Is fatigue in Marfan syndrome related to orthostatic intolerance? *Clin Auton Res*, 18(4), 187-193.
- Van Tangerloo, A., & De Paepe, A. (1998). Psychosocial adaptation in adolescents and young adults with Marfan syndrome: an exploratory study. *J Med Genet*, 35: 405-409



# ErgUs

## KARTLEGGINGSVERKTØY FOR VURDERING AV KOGNITIV FUNKSJON

**Antall henvisninger til ergoterapi for vurdering av kognitiv funksjon ved Sykehuset Innlandet Helseforetak, Lillehammer, har de siste årene økt, samtidig som liggetiden ved sykehuset går ned (SSB 2012). Ergoterapeutene ved SIHF Lillehammer har derfor gjennom et prosjekt utviklet og evaluert ErgUs.**

---

Av Reidun Skøien, Helga Hovden og Unni Vågsmyr

*Reidun Skøien er spesialergoterapeut ved Sykehuset Innlandet Helseforetak, Lillehammer.*

*Helga Hovden er spesialergoterapeut ved Sykehuset Innlandet Helseforetak, Lillehammer.*

*Unni Vågsmyr er spesialergoterapeut og enhetsleder ved Sykehuset Innlandet Helseforetak, Lillehammer.*

Redusert kognitiv funksjon kan føre til store funksjonelle vansker i hverdagen hjemme eller på jobb. Mange pasienter opplever dette etter hjerneslag eller andre typer ervervet hjerneskade. Ofte er disse vanskene «usynlige» og vanskelige å identifisere.

Hensikten med ErGUs (Erg = ergoterapi, Us = undersøkelse) var å lage en kartleggingspakke som raskt kunne avdekke kognitive funksjonsvansker. Kommuneergoterapeuter ble spurt om konklusjonene fra undersøkelsene hvor ErgUs ble brukt stemte overens med pasientenes funksjon når de kom hjem. Tilbakemeldingene fra kommuneergoterapeutene var at ErgUs ga et realistisk bilde av pasienten de skulle følge opp og var et utgangspunkt å bygge videre på. ErgUs kan bidra til å avkrefte mistanke om kognitiv svikt og til å bekrefte kognitiv svikt.

### Praktisk eksempel ved bruk av ErgUs

Her beskrives en vurdering av en slagpasient foretatt av ergoterapeut ved SIHF Lillehammer.

Olav er 77 år gammel, gift, pensjonist, har voksne barn, liker å jobbe med ved og forsyner «hele» familien med ved. Han går daglig tur med hunden, kjører bil og er en aktiv mann. Selvhjulpen i i- og p-adl. Han har vært lite syk i sitt liv og kun vært innlagt på sykehus i forbindelse med en kneoperasjon tidligere. Natt til søndag reagerer ektefellen på at han står opp og går til toalettet, snubler borti møbler og er urolig. På morgenkysten våkner begge og oppdager at han har lammelse i høyre side. Han strever med å prate og er forvirret. Han klarer ikke ringe 113 selv, så ektefellen ringer. Han legges inn på SIHF Lillehammer med spørsmål om hjerneslag/TIA. Mandag morgen henvises han til ergoterapi. Henvisningstekst: «Bes vurdert av ergoterapeut som ledd i slagregime».

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

## VURDERING

Pasienten tas med til et eget treningsrom. Det er viktig med samtale og kartlegging i enerom, spesielt med tanke på taushetsplikt og etikk. Ergoterapeuten gjennomfører samtale/intervju med pasienten om det aktuelle - hva er endret, og hvordan påvirker dette aktivitetsnivået, litt om hjemmeforhold, familie, interesser, bolig, bilkjøring med mer. Et døgn etter oppstått hjerneinfarkt og gjennomført actilyse-behandling er Olav oppegående uten hjelpemidler. Han viser nedsatt kontroll/finmotorikk i høyre hånd, han går breibeint, tar enkelte støttesteg, er selvhjulpent i p-ADL (personlig ADL) og er svært fornøyd over god fremgang på kort tid. Før ErgUs-gjennomføringen informeres han om undersøkelsens hensikt og hva den går ut på, og han får mulighet til å stille spørsmål. Etter undersøkelsen gjennomgås resultatene med pasienten umiddelbart, slik at han får vite om det er behov for flere undersøkelser, samt om videre plan og rutiner på slagenheten. I dette tilfellet tydet resultatene fra ErgUs på at pasienten har redusert korttidsminne, noe redusert tids- og stedsorientering og nedsatt tempo, og at han er noe ukritisk i utførelse av aktivitet.

## KONKLUSJON OG VIDERE TILTAK ETTER GJENNOMFØRT ERGUS

Pasienten viser en kognitiv svikt. Med bakgrunn i det som kommer fram i ErgUs, tas det de neste dagene Rivermead Behavioural Memory Test, det gjøres en p-ADL-observasjon og tverrfaglig skåringsmøte avholdes. Målsetting og tiltak settes opp. Det gjennomføres pårørendemøte og samtaler med pasienten om blant annet bilkjøring, videre rehabiliteringsbehov og søknad om rehabiliteringsopphold. Det skrives tverrfaglig slagenhetsrapport. Dessuten tas det kontakt med kommuneergoterapeut for vurdering og oppfølging etter utskriving til hjemmet før rehabiliteringsplass er ledig.

## Anvendelse av metoden

Her ønsker vi å beskrive innholdet i ErgUs, begrunnelse for bruk av ErgUs, samt hvilke pasientgrupper som er aktuelle å teste ved hjelp av ErgUs. Til slutt vil vi vise til erfaringer fra praksissammenheng og samarbeid med eksterne kolleger beskrevet.

## ERGUS

ErgUs gjennomføres etter en fastlagt prosedyre og består av følgende undersøkelser:

- Kaffetrakting (med utarbeidet prosedyre): Kaffe-

The image shows a form titled 'ErgUs' from Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Lillehammer. It contains three main sections: 'Informasjon fra pasienten' with bullet points for family/social, housing, daily activities, public communication, and services; 'Sjekkliste for ergoterapeut' with bullet points for practical activities, MMSE-NR, consent, and follow-up; and 'Spørsmål til pas.' with bullet points for how the patient feels and if they find it difficult to return home. At the bottom, it lists 'ErgUs' tasks: 1. Kaffetrakting, 2. MMSE-NR, 3. Servere kaffe, 4. Trail Making Test A og B, 5. Klokkestet. A footer note says 'Utsarbeidet av ergoterapeutene ved SI Lillehammer 2009, Revidert 2015/6'.

Forsiden av ErgUs-prosedyren.

trakter, kaffeboks med måleskje, filter og litermål er på forhånd plassert på kjøkkenbenken. Testpersonen får instruksjoner både i forkant og underveis i aktiviteten. Kaffetrakting kan avdekke apraksi, neglekt, vansker i forhold til hukommelse, rom/retning, konsentrasjon, planlegging og organisering.

- Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR) (Strobel & Engedal 2008, Helsedirektoratet 2010): Dette er en test som måler mental kapasitet på en rekke områder, og som kan avdekke vansker i forhold til hukommelse, innlæring, gjenkalling, regneferdigheter, språk, orientering, rom/retning, oppmerksomhet, forståelse og skriftlig framstillingsevne (Wyller 2011, Helsedirektoratet 2010). Testingen finner sted i enerom, og det stilles en rekke spørsmål til testpersonene innenfor områder som tidsorientering, stedsorientering, oppmerksomhet og forståelse.
- Trail-Making Test A og B (TMT) (Spreen & Stauss 1998): Dette er en test som opprinnelig kom fra «Army Individual Test Battery», som ble publisert i 1944. Ettersom den ble utformet av psykologer i US Army er den offentlig eie og kan brukes fritt. Testen kan avdekke vansker i forhold til strategi, oppmerksomhet/delt oppmerksomhet, neglekt, psykomotorisk tempo, tall- og bokstavforståelse, problemløsning og konsentrasjon (Wyller 2011,

Helsedirektoratet 2010). I Test A skal testpersonen så raskt som mulig dra en strek med blyant fra tall til tall. I Test B skal testpersonen så raskt som mulig dra en strek med en blyant fra tall til bokstav til neste tall osv.

- Klokketest (Shulman 2008): Testpersonen får et ark med en ferdig tegnet sirkel og en penn eller en blyant. Deretter får han eller hun instruksjoner som for eksempel å sette inn tallene på klokkeskiven. Deretter får testpersonen beskjed om å tegne viserne slik at de angir bestemte klokkeslett. Testen kan avdekke vansker i forhold til neglekt, rom/retning, tidsorientering, oppmerksomhet, tallforståelse og eksekutiv funksjon (Wyller 2011, Helsedirektoratet 2010).

### BEGRUNNELSE FOR BRUK AV ERGUS

Metodisk bruk av aktivitet er ergoterapeuters kjernekompetanse (NETF 2011, Kompetanser i ergoterapi). I eksemplet over starter ergoterapeuten med å innhente informasjon om pasientens daglige aktiviteter før det aktuelle skjedde. Dette illustrerer et Top-down-perspektiv (Borg, Runge & Tjørnov 2003). Kartlegging av funksjon etter skaden viser både fysiske og kognitive utfall. Med tanke på at pasienten skal kunne fungere best mulig i hverdagen hjemme, foretar ergoterapeuten en kartlegging av både fysiske og kognitive utfall. Ved kartlegging av kognitiv funksjon kan praktiske oppgaver kombinert med tester gi et raskt og effektivt bilde av pasientens funksjonsnivå. Wyller & Sveen (2002, s. 627) sier: «Fullstendig utredning av kognitive symptomer krever nevropsykologisk testing, men man kan få gode holdepunkter gjennom kvalifisert observasjon av pasienter, kombinert med enkle tester som lar seg implementere i vanlig klinisk praksis.»

ErgUs brukes som basis for videre kartlegging og tverrfaglig målsetting/tiltak for eksempel for pasient som beskrevet over. ErgUs gjennomføres raskt, er svært strukturert og gir mye informasjon på kort tid (8). Innleggelsestid er i gjennomsnitt under fem døgn på slagenheten ved SIHF Lillehammer i 2012 (1). Det antas at innleggelsestiden går ned for hvert år på alle sykehusavdelinger. Det kreves effektiv pasientbehandling. Mange pasienter ser ergoterapeut kun én til to ganger for vurdering under oppholdet. Slagenhetspasienter gis et daglig tilbud; det gjennomføres tverrfaglig skåring, pårørendemøte og tverrfaglig previsitt/samarbeid. ErgUs er et effektivt redskap når vi har pasienter som er kjekke nok til å kunne gjennomføre undersøkelsen på en økt. Vi får



Kaffetrakting (med utarbeidet prosedyre)

#### TIDSORIENTERING

1. Hvilket årstall har vi nå? (kun fullt årstall med 4 sifre gir poeng) .....
2. Hvilken årstid har vi nå? (ta hensyn til vær og geografiske forhold) .....
3. Hvilken måned har vi nå? (kun riktig navn på måned gir poeng) .....
4. Hvilken ukedag har vi i dag? (kun riktig navn på dag gir poeng) .....
5. Hvilken dato har vi i dag? (kun dagsledd trenger å være riktig for å få poeng) .....

#### STEDSORIENTERING

På spørsmål 7 brukes "Landsdel" ved testing i Oslo, "Fylke" utenfor Oslo. Sett ring rundt valgt stedsord for spørsmål 8 og 9.

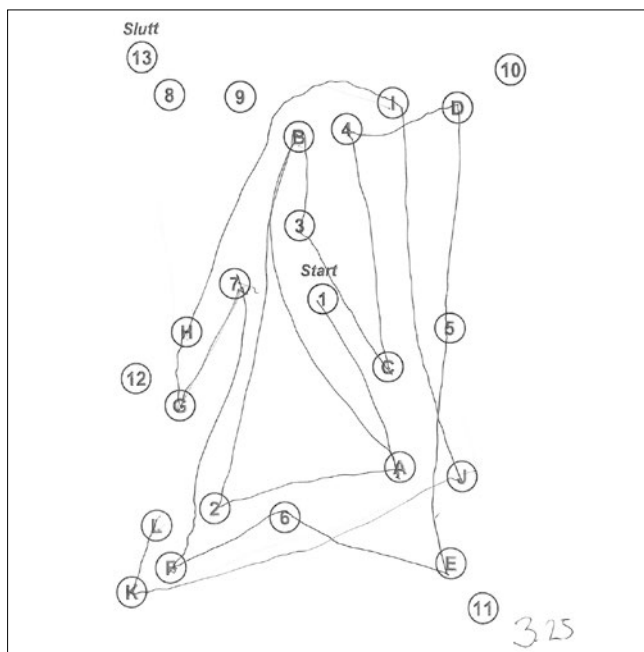
6. Hvilket land er vi i nå? .....
7. Hvilket fylke/landsdel er vi i nå? (Sør-Norge gir også poeng for landsdel) .....
8. Hvilken by/kommune er vi i nå? .....
9. Hva heter dette stedet/bygningen/sykehuset/legekontoret/hvor er vi nå? .....
10. I hvilken etasje er vi nå? (Spørsmål stilles også om man er i 1. etasje) .....

Eksempel på Mini Mental Status Evaluering.

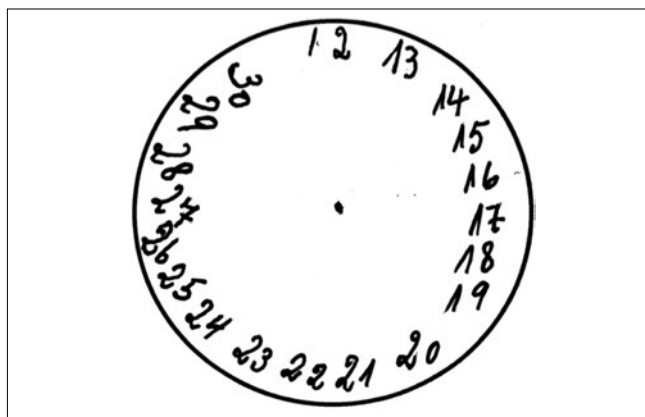
observert mye på kort tid og får svært ofte en god testsituasjon med pasienten. En praktisk oppgave og samtale ufarliggjør testing (Skøien, Rosseland, Vågsmyr, Hovden & Kornkveen 2011).

Wyller (2011, s. 129) sier: «Ofte kan man bli veldig opptatt av et testresultat uttrykt i poeng, men man bør ikke forspille den muligheten som ligger i å observere hvordan pasienten håndterer oppgavene.»

En trygg praktisk aktivitet senker ofte pasientens prestasjonsangst for testing. ErgUs fanger også opp elementer som kan være aktuelt å undersøke videre. Man kan for eksempel gå videre med Rivermead Behavioural Memory test, RBMT/andre kognitive undersøkelser eller praktiske observasjoner. Det blir ofte stilt spørsmål vedrørende pasientens evne til å kjøre bil og videre rehabiliteringsbehov. ErgUs



Eksempel på Trail-Making Test.



Eksempel på klokketest.

kan gi en pekepinn i forhold til dette. Rekkefølgen på aktiviteten og testene utgjør et vesentlig poeng med tanke på trygghet og god kommunikasjon med pasienten. Vi observerer at pasienter mange ganger mestrer klokketest, men ikke TMT. Klokketesten avrunder undersøkelsessituasjonen. Dersom vanlig klokketest ikke mestrer, kan pasienten oppgi tid på egen klokke. Dette mestrer de fleste. Det å avslutte med Klokketesten mener vi gir en bedre mestringsfølelse enn å avslutte med TMT, som er vanskelig for mange. ErgUs avsluttes gjerne med kaffen, som ble laget først, noe som avrunder undersøkelsen på en god måte.

Kaffetrakting ble valgt som praktisk oppgave fordi de fleste kjenner aktiviteten, og den kan gjennomføres relativt raskt. Det er en aktivitet med

flere deloppgaver, den krever organisering, og det er viktig at den utføres i riktig rekkefølge. Mengdebe-  
regning (abstrakt tenkning) er nødvendig, og delene på kaffetrakteren må settes riktig på plass. Videre må pasienten bevege seg i rommet for å finne vann. Andre ADL-aktiviteter, som morgenstell eller annen kjøkkenaktivitet, ble vurdert. Kaffetrakting ble valgt fordi den er uavhengig av tidspunkt på dagen, og vi kan kontrollere betingelsene. En kaffetrakter med tilbehør kan plasseres på en tralle, og aktiviteten kan gjennomføres på et rom med tilgang på vann. En kopp kaffe er noe de fleste synes det er greit å drikke uavhengig av tidspunktet på dagen.

### PASIENTGRUPPER

Pasienter innlagt ved nevrologisk og medisinsk avdeling er det aktuelt å teste ved hjelp av ErgUs. Dette kan være pasienter med traumatisk hodeskade, subarachnoidalblødning (SAB), tumor cerebri, Parkinsons sykdom, MS, demensutvikling, hjerneslag, TIA eller mistanke om dette og andre med mistanke om kognitiv svikt. Pasientene må forstå muntlig instruksjon og må kunne gi verbal tilbakemelding. ErgUs er per i dag ikke egnet for fremmedspråklige pasienter.

### Erfaringer fra praksissammenheng/ samarbeid

De fire oppgavene som inngår i ErgUs, er mye brukte undersøkelser ved ergoterapienheten, men de ble tidligere brukt hver for seg. Testene benyttes også av ergoterapeuter ved flere andre akuttssykehus. Kognitiv funksjon er gunstig å observere i praktiske situasjoner fordi konsekvensene av kognitiv svikt da blir tydelig, og man ser hvordan dette påvirker daglige aktiviteter. Et poeng med ErgUs er at oppgavene skal være overlappende for bedre å kunne bekrefte eller avkrefte type funksjonssvikt. De enkelte undersøkelsene gir hver for seg begrenset informasjon. Når ErgUs utføres som beskrevet over, er den totale informasjonen større enn summen av informasjon man får ved å gjøre oppgavene hver for seg.

ErgUs er blitt en nyttig del av kartleggingen ved ergoterapienheten. Den brukes flere ganger daglig, og flere og flere leger henviser pasienter med ønske om kognitiv vurdering ved ErgUs. Det er utarbeidet en mal for bruk ved notat/rapportskriving. (Denne benyttes i ulik grad og er under evaluering/revidering.) Den er et hjelpemiddel for å gjøre rapportskrivningen rask og effektiv og for å sikre at viktige punkter videreformidles i tverrfaglige møter, til journal eller oppfølgende instans. I dag, hvor liggeti-



den er så kort og diagnose og videre oppfølging må bestemmes svært raskt, er legene helt avhengige av andre faggruppers vurderinger for å danne seg et bilde av pasientens tilstand. Konklusjonen av ErgUs klippes ofte inn i legens epikrise under «supplerende undersøkelser» og er en del av grunnlaget for vurdering og konklusjon. I mange tilfeller kontaktes kommuneergoterapeuten for oppfølging av pasienten i hjemmesituasjonen. Slagpasienter innkalles til kontroll etter tre måneder. Da kan ErgUs gjennomføres på nytt for å sammenligne med resultatet fra forrige gang.

Det må også vurderes om komparentopplysninger er viktige og nødvendige i kartleggingen og for å sikre pålitelig informasjon. Wyller (2011, s. 130) sier: *«Kognitive tester kan suppleres med strukturerte evalueringsskalaer som fylles ut for eksempel av en pårørende eller en pleier som kjenner pasienten godt.»*

## Teori, forskning og erfaringsbasert kunnskap

Ergoterapeuter har et holistisk grunnsyn og vurderer pasienten i hans/hennes fysiske og sosiale omgivelser (brukerperspektivet). Ved akuttstusykehus har vi begrenset mulighet for å identifisere alle forhold rundt pasienten. Med utgangspunkt i en mulig redusert kognitiv funksjon hos pasienten anvendes Bottom-up-perspektivet (Wyller 2011, NETF (Undersøkelser og vurderingsredskaper)). På bakgrunn av henvisning fra legen velger ergoterapeuten metoden (ErgUs) uavhengig av pasientens egne ønsker. I tillegg kartlegges gjennom intervju pasientens ønsker og behov i forhold til krav som stilles i hverdagen. Redusert funksjon ses i sammenheng med pasientens hverdagsaktiviteter og fremtidige behov. Dette videreformidles til kommuneergoterapeuten, som følger opp pasienten videre. På den måten anvendes Top-down-perspektivet (Wyller 2011, NETF (Undersøkelser og vurderingsredskaper)). Hva er meningsfylt for pasienten, og hvilke mål har pasienten? Er målene realistiske i dag, eventuelt hvordan kan målene bli gjennomførbare?

I gjennomføringen av ErgUs benyttes en samarbeidet skriftlig prosedyre hvor rekkefølgen av oppgavene, instruksjon og skåring er beskrevet. ErgUs evalueres jevnlig, og dersom det fremkommer ulike tolkninger ved skåring, tas dette opp i faggruppen. Retningslinjer for de ulike testene gjennomgås, og man enes om videre fortolkning. Et eksempel er oppgaven «Skriv en meningsfull setning» i MMSE-NR. Det har vært ulik forståelse av hva en me-

ningsfull setning er. En vanlig oppfatning er at en meningsfull setning bør inneholde subjekt, verb og objekt. I selve skjemaet står det at setningen ikke behøver å inneholde objekt. Setninger uten subjekt, men hvor dette er underforstått, skal ifølge revidert og utvidet manual 2008 også godkjennes.

MMSE-NR, TMT og Klokketest er internasjonalt anerkjente og reliable tester. Engstad, Viitanen og Almkvist (Engstad, Viitanen & Almkvist 2007) mener at det ikke er enighet om hvilke nevropsykologiske tester som bør anvendes ved vaskulær kognitiv svikt.

Viktigheten av tidlig screening står beskrevet i Nasjonale faglige retningslinjer. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. IS-1688, Helsedirektoratet (2010 s. 120): *«Vurdering av kognitiv funksjon er nødvendig for å kunne gi et adekvat rehabiliteringstilbud. En tidlig screening er vesentlig og bør gjennomføres av en person i teamet med spesialkunnskap. En detaljert kartlegging vil klargjøre hvilke typer utfall personen har, og være veiledende for teamet i valg av de mest hensiktsmessige tiltak i rehabiliteringen.»*

Videre står det (s. 120): *«Vurdering av kognitiv funksjon gjøres med standardiserte tester og/eller observasjon. I tidlig fase anbefales en enkel screening kombinert med systematisk observasjon. Slike vurderinger utføres ofte av en ergoterapeut ved hjelp av observasjon i daglige aktiviteter og ev. enkle kognitive tester. Andre kilder til informasjon er intervju med pårørende og observasjoner som det tverrfaglige teamet gjør. En full kognitiv vurdering utført av nevropsykolog er sjelden indisert i akuttfasen men kan være aktuelt senere og særlig hvis det stilles spesielle krav til kognitiv fungering, som ved tilbakegang til arbeid eller utdanning, og i noen tilfeller i forbindelse med vurdering av evne til bilkjøring.»*

MMSE-NR oppfattes som obligatorisk ved testing av kognitiv funksjon (Strobel & Engedal 2008), og det har vært tradisjon for å bruke testen ved SI Lillehammer. Selv om MMSE-NR ikke er god nok for kartlegging av slagrelatert kognitiv svikt, anbefales den ved screening av global kognitiv svikt. Legene ved SIHF Lillehammer bruker testen selv og ber gjerne om en «MMS» ved behov for kognitiv vurdering av en pasient. Det at den er kjent var en god grunn til å inkludere MMSE-NR i ErgUs. Alene gir ikke testen et tilstrekkelig bilde av kognitiv funksjon. Den er i utgangspunktet utarbeidet med tanke på demensutredning. Sammen med de andre testene kan MMSE-NR bidra til å gi en bedre indikasjon på pasientens kognitive funksjon.

Siden mange pasienter kjører bil, kan TMT bidra



til å avdekke svikt i kognitive funksjoner som er nødvendige ved bilkjøring, for så å kunne henvise videre. Det psykomotoriske tempoet og delt oppmerksomhet er blant annet viktig med tanke på reaksjonsevne og konsentrasjon. Testen kan også være nyttig pedagogisk. Noen pasienter mangler sykdomsinnsikt, og testen kan bidra til at denne innsikten bedres. Ved å spørre hvordan de syntes at de klarte oppgaven, får vi pasientens egen vurdering. Enkelte ganger innser pasienten at han eller hun har vansker med for eksempel delt oppmerksomhet og forstår hvilke konsekvenser dette kan få i trafikken. TMT kan i tillegg gi et bilde av evnen til problemløsning. Pasienten må selv prøve å finne tilbake til riktig sted i oppgaven når feil underveis påpekes.

Klokketesten er en mye brukt test som ofte brukes sammen med TMT. Begge disse testene kan avdekke svikt i abstrakt tenkning. Klokketesten kan avdekke vansker med å forholde seg til tidspunkt og beregning av tid. Mange pasienter kan oppgi riktig klokkeslett på egen klokke, men klarer ikke å plassere viserne riktig på papiret. Noen pasienter innser da at de har vansker med tidsbegrepet. Klokketesten gjennomføres til slutt fordi mange lykkes med testen og opplever det som positivt. I andre undersøkelser gjennomføres klokketesten konsekvent etter MMSE-NR (Helsedirektoratet 2010).

I Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (12) står det blant annet at MMSE-NR, TMT og Klokketest inngår i kartleggingsverktøyet for testing av kognitiv funksjon. I tillegg til tidlig screening er det viktig å skape en god forståelse for nye begrensninger og gjenværende muligheter. Kognitiv funksjon er gunstig å observere i praktiske situasjoner fordi konsekvenser av kognitiv svikt da blir tydelig (NETF 2011 (Kompetanser og vurderingsredskaper), Skøien et al. 2011).

## Muligheter og begrensninger

Fordelen med ErgUs er kombinasjonen av metodisk bruk av aktivitet/praktisk oppgave og tester, samt elementene som legges inn for å «utnytte» helheten i observasjonen. Dette gjøres for å gi et så godt bilde av pasientens kognitive funksjon som mulig.

ErgUs gjennomføres sjelden mer enn en gang i løpet av et opphold. Dette gjør at dagsform og lette utfall som vil gå over med spontan bedring, kan utløse et «unødvendig» behov for oppfølging. På den ene siden er ErgUs et nyttig kartleggingsverktøy for effektiv og tidlig screening. På den annen side er dette også begrensningen, fordi vi sjelden ser

pasienten over tid. Screeningen gir likevel et bilde av pasientens kognitive funksjon. Videre gir den ofte nyttig informasjon til videre kartlegging og behandling ved SIHF Lillehammer, samt for vurdering av rehabiliteringsbehov og omsorgsnivå.

ErgUs har vært i praktisk bruk siden begynnelsen av 2009. Verktøyet er evaluert med tanke på ulike pasientgrupper. Ved hjerneslag benyttes ErgUs i kombinasjon med andre tester (Rivermead Behavior Memory Test, AMPS, Lotca, RBANS etc.) og ADL, fordi disse pasientene gjerne ligger på sykehuset i flere dager. Ved mistanke om demens kan også ErgUs brukes i kombinasjon med andre typer tester (Rivermead Behavior Memory Test, AMPS, COPM etc.) og oppgaver, samt samtale med nærmeste pårørende for komparentopplysninger. ErgUs brukes ikke alltid komplett. Ut fra faglig skjønn kan deler av ErgUs vurderes som unødvendig eller lite hensiktsmessig å benytte. ErgUs er presentert på ulike seminarer og kongresser for ergoterapeuter i Norge. Tilbakemeldinger gir grunnlag for nye evalueringer og diskusjoner. Det har foreløpig ikke ført til endringer i innhold og rekkefølge av ErgUs.

## Referanser

- Borg T., Runge U., Tjørnov J. (2003). *Basisbog i ergoterapi, aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*, Munksgaard Danmark, København.
- Engstad T., Viitanen M. & Almkvist O. (2007). Kognitiv svikt etter hjerneslag – diagnostikk og håndtering, *Tidskrift for Den norske legeforening*, nr. 10: 127-1390 - 3.
- Kompetanser i ergoterapi. Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig. Hefte fra NETF, Oslo 2011.
- Nasjonale faglige retningslinjer. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. IS-1688, Helsedirektoratet 2010.
- Shulman (2008). Klokketest. Modifisert og revidert utgave.
- Skøien R., Rosseland H., Vågsmyr U., Hovden H. og Kornkveen S. (2011). ErgUs, vurdering av kognitiv funksjon ved akutt sykehus. *Ergoterapeuten*, nr. 5, 2011.
- Spreen & Strauss (1998). Trail Making Test. Oversatt av Kolbjørn S. Brønnick.
- Strobel C. & Engedal K. (2008). Mini mental status evaluering. Revidert norsk versjon.
- Undersøkelser og vurderingsredskaper. <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Kurs/Konferanseinnlegg/2012/Ergoterapeutiske-undersøkelses-og-vurderingsredskaper>.
- Wyller T.B. & Sveen U (2002). Ikke-språklige kognitive symptomer etter hjerneslag. *Tidskrift for Den norske legeforening*, nr.6, 122: 627-30
- Wyller TB. (2011). *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. Gyldendal Akademisk.

# MÅLEINSTRUMENTER FOR REGISTRERING AV SOSIAL DELTAKELSE BLANT ELDTRE MENNESKER?

## TEORI OG PSYKOMETRISKE EGENSKAPER

Av Aud Elisabeth Witsø



*Aud Elisabeth Witsø er utdannet vernepleier og har doktorgrad i helsevitenskap fra NTNU. Hun arbeider som førsteamanuensis ved program for vernepleie, avdeling for helse og sosialfag ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. [aud.e.witso@hist.no](mailto:aud.e.witso@hist.no)*

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

### Abstrakt:

Artikkelen bygger på forfatterens prøveforelesning i forbindelse med disputas på prosjektet: «Participation in older adults – in the context of receiving home-based services» (Witsø, 2013). Artikkelen berører hvordan sosial deltakelse kan begrunnes og defineres, og gir en oversikt over aktuelle måleinstrumenter for sosial deltakelse blant eldre. Videre presenteres og diskuteres noen aspekter og spørsmålsstillinger relatert til testteori og psykometri knyttet til de presenterte måleinstrumentene. Avslutningsvis blir det reist noen spørsmål knyttet til utvikling og vurdering av måleinstrumenter på dette området fremover.

**Nøkkelord:** Sosial deltakelse, eldre mennesker, måleinstrumenter

### Introduksjon

Sosial deltakelse er et begrep som kan ha mange betydninger og forstås ulikt mennesker imellom, aktører imellom og i ulike kontekster (for eksempel Magasi, Heinemann og Whiteneck, 2008; Witsø, 2013). Et relevant spørsmål er derfor om ulike forståelser av et sentralt begrep som sosial deltakelse kan by på utfordringer når det kommer til registrering og evaluering, og når det gjelder å treffe riktig med tjenester til de det gjelder.

Sosial deltakelse er viktig for de fleste. Forskning viser at sosial deltakelse har innvirkning på helse. Derfor er sosial deltakelse også resultatmål, for eksempel i rehabiliteringsprosesser, og intervensjonsmål for ulike profesjoner i helse og sosiale tjenester. Sosial deltakelse har vist seg å ha positiv sammenheng med helseindikatorer som dødelighet (Berkman, 1995), sykkelighet (Berkman, Glass, Brissette, og Seeman, 2000), depresjon (Pollak og von dem Knesebeck, 2004; Glass, Mendes de Leon, Bassuk og Berkman, 2006), demens (Wang, Karp, Winblad og Fratiglioni, 2002) og kognitiv utførelse (Beland, Zunzunegui, Alvarado, Otero og Del Ser, 2005). Også faktorer som myndiggjøring (Baum et al., 2000) livskvalitet (Levasseur, St-Cyr Tribble og Desrosier, 2009), og velvære (Anaby, Miller, Eng, Jarus og Noreau, 2011) har vist seg å være assosiert med dette fenomenet. Ikke minst bidrar sosial deltakelse til oppfyllelse av sosiale roller (Levasseur, Richard, Gauvin, Raymond, 2010). Verdens helseorganisasjon regner derfor fremming av sosial deltakelse som en nøkkelstrategi for å fremme helse og livskvalitet i befolkningen, der andelen eldre som kjent er stigende.

Ikke overraskende er sosial deltakelse også en sentral komponent i modeller om menneskelig funksjon, som ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2001) og DCP – Disability Creation Process (Fougereyrollas et

al., 1998) og ved konsepter som vellykket aldring og aktiv aldring (WHO, 2002). Selv om sosial deltakelse både er et sentralt begrep og et politisk mål, er det fortsatt ikke konsensus om verken definisjonen på eller underliggende dimensjoner ved dette konseptet i litteraturen (for eksempel Levasseur, Desrosier og Whiteneck, 2010; Levasseur et al., 2009).

Denne artikkelen har som mål å presentere hvordan sosial deltakelse kan begrunnes og defineres, gi en oversikt over aktuelle måleinstrumenter for sosial deltakelse blant eldre og å belyse noen aspekter og spørsmålsstillinger relatert til testteori og psykometri ved aktuelle måleinstrumenter. Avslutningsvis diskuteres noen spørsmål knyttet til utvikling og vurdering av måleinstrumenter på dette området fremover.

### **FINNES DET EN DEFINISJON PÅ SOSIAL DELTAKELSE?**

For å kunne måle sosial deltakelse hos eldre bør man vite hvordan man definerer det. Det viser seg at det er mange beslektede begreper som også benyttes litt om hverandre i litteraturen. Eksempler på slike begreper er det mer generelle deltakelsesbegrepet (som en finner i ICF), sosialt engasjement, sosial tilknytning, sosiale interaksjoner, sosial kapital, sosialt nettverk, sosial integrasjon, samfunnsdeltakelse og deltakelse i frivillig og veldedig arbeid. At ulike begreper benyttes om samme fenomen, og mangel på enighet om hva deltakelse er, kan ha problematiske implikasjoner; det kan for eksempel oppstå kommunikasjonsproblemer mellom de som bruker begrepene og problemer med å utvikle og velge mellom instrumenter for å registrere eller evaluere sosial deltakelse (Levasseur et al., 2010). En annen mulig konsekvens kan være politisk tilsløring eller iverksetting av utilstrekkelige helse- og sosialpolitiske tiltak. For forskere kan en mulig konsekvens være problemer med å sammenligne resultater fra studier som definerer begrepet ulikt (eller har ulikt teoretisk innhold), eller som måler samme begrep, men med måleinstrumenter som for eksempel har ulike skåralternativer (Field & Jette, 2007).

Noen forskere har etter hvert kommet fram til at erfaringsdimensjoner som viktighet, tilfredshet og mulighet for valg representerer sentrale aspekter ved sosial deltakelse (Gray, Hollingsworth, Stark & Morgan, 2006; Noreau, Fougereyrollas & Vincent, 2002).

Både ICF og forløperne til ICF har inspirert mange forskere til å utvikle både fellesmål og sykdomsspesifikke måleinstrumenter på deltakelse. I ICF

benyttes begrepet deltakelse som en nøytral benevnelse for å beskrive sosial helse og funksjon (Magasi & Post, 2010), og defineres som involvering i livssituasjoner og innebærer det en person faktisk gjør eller utfører i sine naturlige kontekster (WHO, 2001).

I den endelige versjonen av ICF er aktivitet og deltakelse slått sammen til en taksonomi og skisserer ni domener: læring og anvendelse av kunnskap, generelle gjøremål og krav, kommunikasjon, mobilitet, personlig hygiene og omsorg, hjemmeliv, mellommenneskelige og personlige relasjoner, sentrale livsområder (utdanning, arbeid og økonomi) og samfunnsdeltakelse, og sosialt liv. Og det er kanskje de fire siste som er spesielt relevante med tanke på sosial deltakelse, selv om det er uenighet også om dette i litteraturen.

I det følgende presenteres noen måleinstrumenter som kan være aktuelle ved registrering av sosial deltakelse blant eldre.

### **Eksempler på måleinstrumenter for sosial deltakelse hos eldre**

Mål på sosial deltakelse blant eldre bør akkurat som andre måleinstrumenter være valide, reproducerbare, og responsive i betydningen følsomme for endringer for å kunne brukes som resultatmål (de Vet, Terwee, Knol & Bouter, 2006). Utvikling, testing og vurdering av måleinstrumenter er omfattende arbeid og godt beskrevet i litteraturen (for eksempel Crocker & Algina, 2006; Cronbach, 1990; Streiner & Norman, 2008). Psykometri omfatter metoder for utvikling, bruk og validering av måleinstrumenter som psykologiske tester, intervju skjemaer og observasjonsskalaer, med mål om å gi en systematisk og vitenskapelig fundert bedømmelse av for eksempel Eldres sosiale deltakelse. Psykometriske evalueringer er ofte basert på metoder innenfor klassisk testteori. Ulike personer med samme observerte skår kan imidlertid befinne seg i ulike posisjoner på et latent trekk. Dette kan representere skaleringsproblemer og er en kritikk av klassisk testteori. Blant nyere valideringsmetoder er moderne testteori som Rasch-analyse eller item response theory (IRT). Utgangspunktet for moderne testteori er at vi ikke kan avgjøre om en person vil svare riktig på en test, men at vi kan estimere sannsynligheten for om personen vil svare riktig. De matematiske fordelene ved Rasch-modellen forsøker å bøte på skaleringsproblemer og er basert på teorien om at en persons forventede besvarelse av et spørsmål avhenger av spørsmålets vanskegrad og personens ferdighetsnivå (Martinussen et al., 2010).

Det er mulig å se på et måleinstrument som en abstraksjon av virkeligheten, særlig når det man ønsker å måle, ikke kan observeres direkte, for eksempel følelser eller vurderinger. For å kunne ta i bruk og ha tillit til måleinstrumenter, bør de likevel ha gode psykometriske egenskaper.

Det finnes mange måleinstrumenter for sosial deltakelse egnet for voksne generelt, eller såkalte fellesmål, som jeg skal komme tilbake til, men færre er spesifikt utarbeidet til bruk blant eldre. Et måleinstrument på sosial deltakelse som er mye benyttet og godt dokumentert i forskningslitteraturen om eldre, er *LIFE-H: Assessment of Life Habits* (Noreau et al., 2002; Desrosier et al., 2004). Det ble utviklet i Canada og kan være både selvrapporderings- og intervjueradministrert. Det omfatter innhold fra alle ICF-domenene på aktivitet/deltakelse.

Måleinstrumentet er basert på the Disability Creation Process-modellen og ble opprinnelig utviklet for å evaluere sosial deltakelse hos mennesker med funksjonsnedsettelse, uavhengig av type eller diagnose. LIFE-H skal dokumentere kvaliteten på sosial deltakelse ved å måle personers utførelse av daglige aktiviteter og sosiale roller, definert som livsvaner. Det har 77 testledd og en nippunktsskala for skåring som indikerer nivå på problemer med å utføre, og typer av assistanse personen tar i bruk for å utføre, deltakelse. I tillegg til daglige aktiviteter som utførelse av personlig omsorg, ernæring, kommunikasjon, mobilitet, bolig og helse er sosial deltakelse registrert som sosiale roller, for eksempel ansvarlighet, samfunnsliv, rekreasjon og interpersonlige relasjoner. LIFE-H inneholder også en fempunktsskala som måler tilfredshet med deltakelsen. Begrensninger med LIFE-H som påpekes i litteraturen (Magasi og Post, 2010) er blant annet at den er lang og arbeidskrevende å fylle ut, og har kompliserte responsformater. Flere av subskalaene har takeffekter. Spørreskjemaets sensitivitet og responsivitet reduseres dersom det oppstår gulv- eller takeffekter, som betyr at mer enn 15 prosent av respondentene har svart henholdsvis laveste eller høyeste skåralternativ. Spørsmålene eller skalaene i spørreskjemaet er dermed mindre egnet til å måle endring i sosial deltakelse (Terwee et al., 2007). En annen begrensning ved LIFE-H som nevnes i litteraturen er at den i hovedsak har vært benyttet i et avgrenset geografisk område i Canada (Quebec).

Frenchay aktivitetsindeks, forkortet til FAI, ble opprinnelig utviklet for å evaluere deltakelse i funksjonelle aktiviteter blant slagpasienter. I dag benyt-

tes FAI (Holbrook & Skilbeck, 1983) i undersøkelser blant eldre med også andre funksjonsnedsettelse (for eksempel Hall, Williams, Seniior, Goldswain & Criddle, 2000). Instrumentet er en skala med 15 testledd. Det registrerer forekomst av funksjonelle aktiviteter siste tre og seks måneder (for eksempel fra det å ta oppvask til det å ta bussen). Sosial deltakelse inngår som en av flere variabler, som er «deltatt i sosiale aktiviteter utenom hjemmet» og «deltatt på hyggeuturer». Instrumentet benytter firepunktsskalaer for skåring – fra aldri/ingen til flere ganger i uka. FAI registrerer ikke restriksjoner og heller ikke erfaring med deltakelse slik som tilfredshet, viktighet eller mulighet for valg.

*Elderly Activity Inventory Questionnaire*, forkortet til MAS (Lefrancois, Leclerc, Dubé, Hamel & Gaulin, 2001), er en skala med ti testledd. Skalaen vurderer hyppighet på besøk hos familiemedlemmer og venner, engasjement i hobbyer utenfor hjemmet, deltakelse i aktiviteter på fritidssenter og aktivitetscenter, handling, restaurantbesøk/pub/kafé, sports- eller kulturelle begivenheter, gå på forelesninger eller kurs, selvhjelps- eller diskusjonsgruppe, bibliotek eller kulturhus, og frivillig arbeid. Det har en fempunktsskala for skåring, fra nesten hver dag til aldri. Instrumentet måler ikke erfaringer med deltakelse slik som tilfredshet eller viktighet. Når det gjelder MAS har det vært vanskelig å finne studier som tar i bruk instrumentet, og som dokumenterer reliabilitet og validitet ved søk i databaser.

Til slutt nevnes MSPP: *The Maastricht Social Participation Profile* (Mars et al., 2009), som har til hensikt å måle faktisk deltakelse hos eldre med kronisk fysisk sykdom – og er et instrument som referer til hyppighet og mangfold (mengde) av sosial deltakelse: Hvor ofte engasjerer eldre seg i sosial deltakelse, og i hvor mange forskjellige typer?

Her til lands registreres sosial deltakelse hos eldre som mottar offentlige helse- og velferdstjenester blant annet gjennom IPLOS, som er individbasert statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Målet med IPLOS er å bidra til systematisert kunnskap og statistikk til kommuner og sentrale myndigheter, kvalitetsutvikling av tjenesten, god ressursutnyttelse, samt likeverdige og virkningsfulle tjenester (Mørk, Sundby, Otnes, Wahlgren & Gabrielsen, 2013). IPLOS skal gi informasjon om funksjonsnivå og dekker områdene ADL, i-ADL, kognitiv og sosial fungering samt en bolk for «andre». Skåralternativene er delt inn i fem, der 1 utgjør ingen problem/utfordring og 5 er fullt bistands-/assistansebehov. Det er imidlertid

dokumentert til dels svært ulik kartleggingspraksis mellom kommuner når bistandsbehov vurderes (Hallem m.fl., 2012), noe som reiser spørsmål knyttet til datakvaliteten i IPLOS.

### **Andre aktuelle måleinstrumenter for evaluering og registrering av sosial deltakelse**

Vurdering av kontekst, hvilke områder av eldres sosiale deltakelse en ønsker å måle sett i sammenheng med psykometriske egenskaper ved måleinstrument, kan begrunne å ta i betraktning instrumenter som ikke er utarbeidet spesielt for eldre. Nedenfor er eksempler på måleinstrumenter som opprinnelig er utviklet for andre målgrupper eller kontekster, men som likevel kan være aktuelle å ta i bruk for å måle eldres sosiale deltakelse.

IPA: Impact on Participation and Autonomy (Cardol, de Haan, van den Bos, de Jong, & de Groot, 1999; Cardol, De Haan, De Jong, Van Den Bos, & De Groot, 2001) ble opprinnelig utarbeidet i Nederland for rehabiliteringspasienter og er et selvrapporteringsinstrument som integrerer prinsipper ved autonomi som en del av deltakelse. IPA spør etter erfaringer med deltakelse på tvers av fem underdomener. Det har også testledd som vurderer erfaringer med deltakelse som skal lette beslutningstaking i klinisk sammenheng. En fempunktsskala indikerer mulighet for å delta når og hvordan man ønsker (fra svært gode muligheter til svært dårlige muligheter), mens erfarte problemer skåres på en trepunktsskala (fra ikke problem til stort problem).

Aktuelle testledd for registrering av sosial deltakelse i instrumentet er etter min oppfatning «aktiviteter hjemme og rolle i familien, sosiale kontakter, betalt eller frivillig arbeid».

IMPACT-S: ICF Measure of Participation and Activities (Post et al., 2008) ble utviklet i Nederland som et selvrapporteringsmål på aktivitets- og deltakelsesrestriksjoner. Den bruker en firepunktsskala som skårer begrensninger (fra ingen begrensninger til kan ikke utføres i det hele tatt).

KAP: Keele Assessment of Participation (Wilkie, Peat, Thomas, Hooper & Croft, 2005) ble utviklet i England med tanke på populasjonsundersøkelser og er et selvrapporteringsinstrument. Det bruker en fempunktsskala for å måle hyppighet på opplevde restriksjoner (fra hele tiden til ikke noe av tiden). KAP omfatter ICF-domenene mobilitet, personlig omsorg, interpersonlige relasjoner og samfunnsdeltakelse og sosialt liv. Den er vurdert å være bedre egnet til epidemiologiske og populasjonsstudier

enn i klinisk sammenheng som krever mer detaljert informasjon om deltakelsesrestriksjoners natur, og instrumentet er heller ikke vurdert som egnet til å dokumentere endring over tid.

PAR-PRO: Participation Profile (Ostir, Granger & Black, 2006) ble utviklet i USA av eksperter innenfor medisinsk rehabilitering som et mål på hjemmelivs- og samfunnsdeltakelse for mennesker både med og uten funksjonsnedsettelse. Den omfatter samfunnsdeltakelse, sosialt liv, hjemmeliv, sentrale livsområder, mobilitet og interpersonlige relasjoner. Den måler hyppighet på deltakelse i livssituasjoner og bruker en fempunktsskala for skåring som slås sammen til tre, der 0 er ingen aktivitet, 1 at aktivitet forekom minst en gang i måneden men mindre enn ukentlig, og 2 at aktivitet forekom minst én gang i uka. Den er vurdert til å ha et potensial for å måle forandringer på individnivå over tid.

PARTS/M: Participation Survey/Mobility (Gray et al., 2006) ble også utviklet i USA som et selvrapporteringsinstrument av og for mennesker med mobilitetsvansker. Den evaluerer deltakelse over 20 aktiviteter som omfattes av domeneene: personlig omsorg, mobilitet, deltakelse i hovedlivsområder, hjemmeliv, interpersonlige relasjoner, sosialt liv og samfunnsdeltakelse. Hver aktivitet evaluerer fire deltakelseskomponenter: tidsaspekter, som hyppighet og tidsbruk; evaluerende aspekter, som valg, tilfredshet og viktighet; helserelaterte begrensninger, som sykdom, tretthet, smerte, fysisk kapasitet og annet; støtte fra mennesker og i omgivelser, som hjelp av andre, tilpasninger og tekniske hjelpemidler. Instrumentet bruker for det meste firepunktsskala for skåring.

P-Scale: Participation Scale (van Brakel et al., 2006) ble utviklet av forskere og er et selvrapporteringsinstrument for å vurdere betydningen av rehabiliteringsintervensjoner på sosial deltakelse i rurale og ikke-vestlige strøk. Den omfatter ICF-domener for blant annet samfunnsdeltakelse, sosialt liv og sosiale interaksjoner og bruker sammenligningsnormer for å kunne belyse kulturelt sensitive skåringer av deltakelse. Den har en fempunktsskala for skåring av forekomst av restriksjoner på deltakelse, fra ingen til stort problem.

Magasi og Post (2010) har skrevet en review-artikkel som tar for seg syv av de nevnte instrumentene. Alle inkluderer områder for sosial deltakelse, og i tillegg er de vurdert ut fra standard kvalitetskriterier for måleinstrumenter. Studier viser at eksisterende måleinstrumenter for deltakelse i hovedsak har vist



tilfredsstillende validitet, mens reproduserbarhet og responsivitet i mindre grad har blitt etablert (Dijkers, 2000; Magasi & Post, 2010; van der Zee et al., 2010).

Tabell 1 viser noen psykometriske karakteristikk ved syv av skalaene, og forklaring til tabellen er gitt i det følgende:

*Administrasjon:* de måleinstrumentene som har + tegnet her, regnes som enkle å administrere og inneholder ikke mer enn 20 testledd (det gjelder bare to av dem). De som har +/- indikerer at de er mellomstore og har mellom 20 og 60 testledd. - tegnet betyr her et langt instrument med mer enn 60 testledd som regnes som arbeidskrevende og komplisert å fylle ut – det gjelder både LIFE-H og PARTS/M.

*Innholdsvaliditet:* Tre av instrumentene har et + tegn som indikerer at de har klare beskrivelser for målet med instrumentet, målgruppe, begrepet som måles og testleddene, samt at målgruppe og forskere eller eksperter var involvert i testleddutvalget; tre av instrumentene har et ? som innebærer at det som er nevnt over, mangler; at bare målgruppen eller ekspertgruppen var involvert, eller at det ellers var tvilsomt design eller metode. PAR-PRO involverte for eksempel ikke målgruppe ved definering av testledd.

*Konstruktvaliditet:* + tegn her betyr at spesifikk hypotese var formulert, og at minst 75 prosent av resultatene var i tråd med disse hypotesene. ? tegnet betyr her at design eller metode var tvilsom, for eksempel at ingen hypotese presenteres. Ved LIFE-H mangler informasjonen, og bare PARTS/M har et – tegn, som innebærer at faktoranalyser ble gjennomført og støttet seks deltakelsesdomeneskårer og en overordna deltakelsesskår, men informasjon om analysene mangler i den publiserte litteraturen, derfor - tegnet.

*Indre konsistens:* alle viste god indre konsistens, det vil si at faktoranalyser ble gjennomført på adekvat utvalgsstørrelse (flere enn eller lik 100 informanter per 7 testledd), og Cronbachs alfa ble kalkulert per dimensjon og viste mellom 0.7 og 0.95.

*Konvergerende validitet:* de som har + tegn her hadde overbevisende argumenter for at kriteriestandarden virkelig var kriterium, og viste korrelasjoner over 0.70. PARTS/M har et ? tegn her, som betyr at enten design eller metode var tvilsom, eller at det ikke var overbevisende argumentert for at kriteriestandarden var kriteriet. - tegn i denne sammenhengen betyr at korrelasjonen med kriteriestandarden var større enn 0.70 til tross for adekvat design og/eller metode.

*Divergerende validitet:* + tegnet her står for at instrumentet har relevante og forventede forskjeller mellom undergrupper av pasienter/brukere. ? tegnet betyr at designet eller metoden var tvilsom, mens – tegnet betyr at man ikke kunne skille mellom ulike grupper. Informasjon om dette er ikke rapportert for IMPACT-S og PARTS/M.

*Test-retest-reliabilitet:* + tegnet betyr at testleddets karakteristiske kurve (ICC) er vektet større enn 0.70. ? tegnet innebærer at design eller metode er tvilsom (for eksempel ikke noe tidsintervall). – tegnet innebærer at testleddets karakteristiske kurve vektet mindre enn 0.70.

*IRT-validitetskoeffisienter:* + tegnet indikerer at det ble benyttet IRT (item response theory) eller Rasch for å evaluere instrumentet, og de rapporterte resultatene støttet instrumentets validitet. +/- tegnet her innebærer at IRT- eller Rasch-analyse ble gjennomført, men ikke støttet instrumentets validitet. 0-tegnet innebærer her at det ikke rapporteres om verken IRT- eller Rasch-analyse; dette gjelder både IMPACT-S, KAP, PARTS/M og P-Scale.

*Tak-/gulveffekter:* + tegnet indikerer at det på det meste var 15 prosent av respondentene som oppnådde høyeste eller laveste mulige skår. ? tegnet indikerer at designet eller metoden var tvilsom, mens – tegnet sier at mer enn 15 prosent av respondentene oppnådde høyeste eller laveste skår til tross for adekvat design og metode. Tre av instrumentene har ikke informasjon om dette.

*Responsivitet:* + tegnet innebærer signifikante forandringer i gjennomsnitt eller effektstørrelse i oppfølgingsstudier, større enn 0.4. Som vi ser, mangler de fleste av instrumentene rapportering om responsivitet.

Tabell 2 viser en oppsummering (basert på Magasi & Post, 2010) av hvilke områder knyttet til sosial deltakelse de ulike måleinstrumentene fokuserer på.

## Relevante spørsmål når sosial deltakelse skal måles

*Er det mer ved deltakelse enn utførelse og begrensninger?* Erfaringsdimensjoner som tilfredshet og viktighet av deltakelse samt opplevelsen av valgmuligheter kan være vel så viktige aspekter ved deltakelse som utførelse og begrensninger. Bare noen få måleinstrumenter som har vært benyttet ved evaluering/registrering av (sosial) deltakelse blant eldre, har inkludert et eller flere disse målene (Gray et al., 2006; Noreau et al., 2002). I hvilken grad fanges eldres forståelse av og behov for sosial deltakelse

Psykometrisk innhold	IMPACT-S	IPAQ	KAP	LIFE-H	PAR-PRO	PARTS/M	P-Scale
Administrering	+/-	+/-	+	-	+	-	+/-
Innholdsvaliditet	?	+	?	+	-	+	?
Begrepsvaliditet	+/-	+	Ikke anvendbart?	0	+/-	-	+
Indre konsistens	+	+	Ikke anvendbart?	+	+	+	+
Konvergerende validitet	+	+/-	+	+/-	0	?	0
Divergerende validitet	0	+	+/-	+	+	0	+
Test/retest	+	+/-	-	+	0	?	+
IRT validitets koeffisienter	0	+	0	+	+/-	0	0
Gulv/tak	0	-	-	+/-	+/-	0	0
Responsivitet	0	+	0	0	0	0	0

Tabell 1: Psykometriske karakteristikk ved syv målesinstrumenter på deltakelse.

opp gjennom eksisterende systemer? Registreres og evalueres det? Hvem definerer hva sosial deltakelse er for eksempel for dagens norske eldre som bor hjemme og mottar hjemmetjenester?

*Hvilke domener bør inkluderes i et måleinstrument for sosial deltakelse?* Her har vi sett at det er betydelige variasjoner mellom måleinstrumenter som finnes for deltakelse – noen er relativt smale, mens andre dekker bredere. Hva som er relevante måledomener for sosial deltakelse, avhenger av for eksempel alder/ generasjon, livsfase og spesielle problemstillinger knyttet til sykdom eller diagnose. I min studie fant vi for eksempel at sosial deltakelse handler om å være sammen med familie, venner og naboer på forskjellige måter, men også er en prosess, og at de gamle tar i bruk ulike tilpasningsstrategier og justerer seg etter endret kapasitet. Dette kan forstås som transaksjoner mellom de gamle, aktiviteter og omgivelser, som beskrevet av Mallinson og Hammel (2010). Da kan man spørre: I hvilken grad er det mulig å fange eller kvantifisere prosessaspekter og transaksjoner i et måleinstrument – kan det registreres? Bør det registreres? Hvordan kan vi i så fall evaluere det? Og til hvilken nytte?

Et annet viktig spørsmål er: *Hva er adekvat psykometri når en skal kvantifisere sosial deltakelse, og hvordan definerer man hva adekvat sosial deltakelse er?* Og hvem skal en i så fall sammenligne seg med? Når det gjelder registrering av sosial deltakelse hos eldre, er det ikke gitt hvem det er naturlig å sammenligne seg med – yngre eldre, funksjons-

Aspekt ved deltakelse	Aktuelle måleinstrumenter
Hypppighet	FAI, MAS, MSPP, PAR-PRO, PARTS/M
Behov for assistanse	LIFE-H, PARTS/M
Begrensninger	IMPACT, PARTS/M
Tilfredshet	LIFE-H, PARTS/M
Valg og kontroll	IPA, KAP, P-Scale, PARTS/M

Tabell 2; Deltakelsesområder i de ulike måleinstrumentene.

friske eldre, eldre som mottar mindre eller mer tjenester, eller hvorvidt slike spørsmål er adekvate i det hele tatt. *Sist men ikke minst er det vesentlig å stille spørsmål ved hva som er riktige målemodeller for deltakelsesinstrumenter.* Mallinson og Hammel (2010), Dijkers (2010), Whiteneck, Bogner og Heinemann (2011) og Magasi og Post (2010) stiller alle spørsmål ved praktisk og klinisk anvendelighet ved måleinstrumenter som bygger på de vanlige testteoretiske målemodellene. Klassisk psykometrisk testteoretiske modeller er opptatt av å estimere i hvilken grad testledd eller indikatorer er forårsaket av latente faktorer. Deltakelse har en kompleks natur, og lar seg ifølge disse ikke beskrive ved en enkel anvendelse av testteoretiske kriterier. Både klassisk og moderne testteori er basert på antakelsen om endimensjonalitet og hierarkisk latente trekk – men det finnes til nå ikke ett enkelt deltakelsesbegrep. Bogner et al. (2011) påpeker at skåringsmetodene vanligvis benytter sum- eller gjennomsnittstilnær-

mingler – det vil si at domeneskårer kalkuleres ved enten å summere sammen indikatorene i et domene, eller ved å kalkulere gjennomsnittskårer. Domeneskårer blir enten summert sammen eller gjennomsnittsberegnet for å produsere en overordnet skår. Implisitt i denne tilnærmingen ligger at et sterkere domene kan kompensere for et svakere domene. Dette kan gi et begrenset eller feil bilde på personers sosiale deltakelse. Hva som kan regnes som «ideell sosial deltakelse» er ennå ikke definert, men logikken bak additive og gjennomsnittsberegninger er jo mer deltakelse, jo bedre. Bogner et al. (2011) problematiserer dette og hevder at mye deltakelse kan si noe om at en person er travelt opptatt med aktiviteter, men sier ingenting om personen er lykkelig, har god helse, eller er mer fornøyd med sin deltakelse. I tillegg til å gi vurderinger av erfaringer med deltakelse stor betydning, er det også nødvendig med andre skåringsmetoder, hevder de.

Som denne artikkelen har vist, er det mange utfordringer knyttet til temaet måleinstrumenter for sosial deltakelse blant eldre, både med tanke på definering av måledomenet, tilgang på og valg av måleinstrument og valg av målemodeller. De mange utfordringene peker på at dette er et område for videre utprøving, forskning og utviklingsarbeid.

## Litteratur:

- Anaby, D., Miller, W.C., Eng, J.J., Jarus, T. & Noreau, L. (2011). Participation and well-being Among Older Adults Living with Chronic Conditions. *Social Indicators Research*, 100:171-181. Doi:100:171-183. 10.1007/s11205-010-9611-x.
- Baum, F., Bush, R.A., Modra, C.C., Murray, C.J., Cox, E.M., Alexander, K.M. et al. (2000). Epidemiology of participation: an Australian community study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54:414-423.
- Beland, F., Zunzunegui, M.V., Alvarado, B.E., Otero, A. & Del Ser, T. (2005). Trajectories of cognitive decline and social relations. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, 60B:320-330. Doi: 10.1093/geronb/60.6.P320.
- Berkman, L.F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 245-254.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857.
- Bogner, J.A., Whiteneck, G.G., Corrigan, J.D., Lai, J.-L., Dijkers, M.P. & Heinemann, A. (2011). Comparison of Scoring Methods for the Participation Assessment With Recombined Tools-Objective. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(4), 552-563. Doi:10.1016/j.apmr.2010.11.014.
- Cardol, M., de Haan, R.J., van den Bos, G.A., De Jong, B.A. & de Groot, I.J. (1999). The development of a handicap assessment questionnaire: the impact on participation and Autonomy (IPA). *Clinical Rehabilitation*, 13:411-19. Doi: 10.1191/026921599668601325.
- Cardol, M., De Haan, R.J., De Jong, B.A., Van Den Bos, G.A.M. & De Groot, I.J.M. (2001). Psychometric properties of the questionnaire «Impact on Participation and Autonomy» (IPA). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82:210-16. Doi.org/10.1053/apmr.2001.18218.
- Crocker, L. & Algina, J. (2006). *Introduction to classical and modern test theory*. Thomson: Wadsworth Pub.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 12: 1-16.
- De Vet, H.C.W., Terwee, H.C., Knol, D.L. & Bouter, L.M. (2006). When to use agreement versus reliability measures. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59:1033-1039. Doi: 10.1016/j.jclinepi.2005.10.015.
- Desrosiers, J., Noreau, L., Robichaud, L., Fougereyrollas, P., Rochette, A. & Chantal, V. (2004). Validity of the assessment of life habits in older adults. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36:177-182. Doi:10.1080/16501970410027485.
- Dijkers, M.P.J.M., Whiteneck, G. & El-Jaroudi, R. (2000). Measures of social outcomes in disability research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81 Suppl 2: 63-80. Doi.org/10.1053/apmr.2000.20627.
- Dijkers, M., Cicerone, K., Heinemann, A., Brown, M. & Whiteneck, G. (2009). PART-S: a new measure of satisfaction with participation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90:e39.
- Dijkers, M. (2010). Special Communication. Issues in the Conceptualization and Measurement of Participation: An Overview. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9 Suppl 1):5-16. Doi.org/10.1016/j.apmr.2009.10.036
- Field, M.J. & Jette, A.M. (2007). Definition and monitoring of disability. In M.J. Field & A.M. Jette (eds.) *The future of disability in America* (pp.35-64). Washington, DC: The National Academies Press.
- Fougereyrollas, P., Noreau, L., Bergeron, Cloutier, R., Dion, S.A. & St. Michel, G. (1998). Social consequences of long term impairments and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap. *International Journal of Rehabilitation Research*, 21:127-41.
- Glass, T.A., Mendes de Leon, C.F., Bassuk, S.S. & Berkman, L.F. (2006). Social engagement and depressive symptoms in later life: longitudinal findings. *Journal of Aging and Health*, 18, 604-628. Doi: 10.1177/0898264306291017.
- Gray, D., Hollingsworth, H.H., Stark, S.L. & Morgan, K.A., (2006). Participation survey/mobility: psychometric properties of a measure of participation for people with mobility impairments and limitations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87:189-97. Doi.org/10.1016/j.apmr.2005.09.014
- Hall, S., Williams, J.A., Senior, J.A., Goldswain, P.R.T. & Criddle, R.A. (2000). Hip fracture outcomes: quality of life and functional status in older adults living in the community. *Australian and New Zealand Journal of Medicine*, 30: 327-332. Doi: 10.1111/j.1445-5994.2000.tb00833.x.
- Hallem, U.L., Bjerkan, J. & Brattås, H.V. (2012). *IPLOS som sykepleiefaglig vurderingsverktøy: behov for og nytte av kompetansehevede utviklingsarbeid*. Rapport nr. 80, Høgskolen

- i Nord- Trøndelag. [http://www.nb.no/idtjeneste/URN:NBN:-no-bibsys\\_brag\\_28180](http://www.nb.no/idtjeneste/URN:NBN:-no-bibsys_brag_28180) [Accessed February 25th, 2013]
- Hammel, J., Magasi, S., Heinemann, A., Whiteneck, G., Bogner, J. & Rodriguez, E. (2008). What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 30(19), 1445-1460. Doi:10.1080/09638280701625534.
- Holbrook, M. & Skilbeck, C.E. (1983). An activities index for use with stroke patients. *Age Ageing*, 12:166-170.
- Lefrancois, R., Leclerc, G., Dubé, M., Hamel, S. & Gaulin, P. (2001). Valued activities of everyday life among the very old: a one-year trend. *Activities, Adaptation, and Aging*, 25:19-35. Doi: 10.1300/J016v25n03\_02.
- Levasseur, M. & St-Cyr Tribble, D. (2008). Subjective quality of life predictors for older adults with physical disabilities. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(10), 830-841. Doi: 10.1097/PHM.0b013e318186b5bd.
- Levasseur, M., St-Cyr Tribble, D. & Desrosiers, D. (2009). Meaning of quality of life for older adults: Importance of human functioning Components. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49:91-100. Doi:10.1016/j.archger.2008.08.013.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L. & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71:2141-2149. Doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041.
- Levasseur, M., Desrosiers, J. & Whiteneck, G. (2010). Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults: association with quality of life and best correlates. *Quality of Life Research*, 19:665-675. Doi:10.1007/s11136-010-9633-5.
- Magasi, S., Heinemann, A.W. & Whiteneck, G.G. (2008). Participation following traumatic Spinal Cord Injury: an evidence-based review for research. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 31:145-156. PMID: PMC2565477.
- Magasi, S. & Post, M.W. (2010). A Comparative Review of Contemporary Participation measures' Psychometric Properties and Content Coverage. Review Article. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9),17-28. Doi.org/10.1016/j.apmr.2010.07.011.
- Mallinson, T. & Hammel, J. (2010). Measurement of Participation: Intersecting Person, task and Environment. Special Communication. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9),29-33. Doi.org/10.1016/j.apmr.2010.04.027.
- Mars, G.M.J., Kempen, G.I.J.M., Post, M.W.M., Proost, I.M., Meesters, I. & van Eijk, J.T.M. (2009). The Maastricht social participation profile: development and clinimetric properties in older adults with a chronic physical illness. *Quality of Life Research*, 18:1207-1218. Doi:10.1007/s11136-009-9537-4.
- Martinussen, M (red), Arai, D., Friberg, O., Hagtvedt, K.A., Handegård, B.H., Jacobsen, B.K., Lie, S. & Mørch, W.T. (2010). *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag*. Fagbokforlaget.
- Mørk, E., Sundby, B., Otnes, B., Wahlgren, M. & Gabrielsen, B. (2013). *Pleie- og omsorgstjenesten 2012. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Rapport nr. 43, 2013. Statistisk Sentralbyrå.
- Noreau, L., Fougeyrollas, P. & Vincent, P. (2002). The LIFE-H: assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability*, 14(3):113-118.
- Ostir, G.V., Granger, C.V., Black, T., Roberts, P., Burgos, L., Martinkewiz, P., & Ottenbacher, K.J. (2006). Preliminary results for the PAR-PRO: a measure of home and community participation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(8):1043-51. Doi:10.1016/j.apmr.2006.04.024.
- Pollack, C.E. & von dem Knesebeck, O. (2004). Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and Germany. *Health and Place*, 10(4):383-391. Doi. org/10.1016/j.healthplace.2004.08.008.
- Post, M.W., de Witte, L.P., Reichrath, E., Verdenschoot, M.M., Wijnhuizen, G.J. & Perenboom, R.J. (2008). Development and validation of IMPACT-S, an ICF-based questionnaire to measure activities and participation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(8):620-7. Doi.org/10.2340/16501977-0223.
- Streiner, D.L. & Norman, G.R. (2008). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press.
- Terwee, C.B., Bot, S.D.M., de Boer, M.R., van der Windt, D.A.W.M., Knol, D.L., Dekker, J., Bouter, L.M., & de Vet, H.C.W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60:34-42. Doi:10.1016/j.jclinepi.2006.03.012
- Van Brakel, V., Anderson, A., Mutatkar, R. K., Bakirtziev, Z., Nicholls, P., Raju, M. S. & Das-Pattanayak, R. (2006). The Participation Scale: measuring a key concept in public health. *Disability and Rehabilitation*, 28(4):193-203. Doi:10.1080/09638280500192785.
- van der Zee, C.H., Priesterbach, A.R., van der Dussen, L., Kap, A., Schepers, V.P.M., Visser-Meilly, J.M.A. & Post, M. (2010). Reproducibility of three self-report participation measures: The ICF measure of participation and activities screener, the participation scale, and the utrecht scale for evaluation of rehabilitation-participation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(8):752-757. Doi.org/10.2340/16501977-0589.
- Wang, H.X., Karp, A., Winblad, B. & Fratiglioni, L. (2002). Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen Project. *American Journal of Epidemiology*, 155(12):1081-1087. Doi: 10.1093/aje/155.12.1081.
- Whiteneck, G.G., Bogner, J. & Heinemann, A.W. (2011). Advancing the Measurement of Participation. Commentary. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(4):540-1. Doi. org/10.1016/j.apmr.2010.12.002.
- Wilkie, R., Peat, G., Thomas, E., Hooper, H. & Croft, P.R. (2005). The Keele Assessment of Participation. A new instrument to measure participation restriction in population studies. Combined qualitative and quantitative examination of its psychometric properties. *Quality of Life Research*, 14(8):1889-99. Doi:10.1007/s11136-005-4325-2.
- Witsø, A.E. (2013). *Participation in older adults – in the context of receiving home-based services*. Doctoral Thesis at NTNU, 2013:132.
- World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health.
- World Health Organization (2002). Active ageing. A policy framework.





## ERGOTERAPEUTENES OVERSIKT OVER UNDERSØKELSES- OG VURDERINGSREDSKAPER

**Kravet om kunnskapsbasert praksis innen helsesektoren øker behovet for bruk av vurderingsredskap som er kvalitetssikret for norske forhold. Det må derfor stilles krav til kvalitet i valg av formelle redskap.**

Av Anita Engeset

**H**else- og velferdstjenesten stiller stadig større krav til kunnskapsbasert praksis og at utviklingen av praksis skjer gjennom en systematisk og reflektert bruk av ulike kunnskapskilder.

En større del av de kunnskapsbaserte undersøkelses- og vurderingsredskapene som er utviklet, har blitt tilgjengelige for norske ergoterapeuter gjennom ulike publikasjoner, oversettelser og kurs. For at disse skulle bli lettere tilgjengelige for ergoterapeuter, utviklet Norsk Ergotera-

*Ergoterapeutenes oversikt over undersøkelses- og vurderingsredskap oppdateres jevnlig.*

peutforbund i 2008 i samarbeid med Høgskolen i Sør-Trøndelag og praksisfeltet en oversikt over undersøkelses- og vurderingsredskap for ergoterapeuter.

### KVALITETSSIKRING AV REDSKAPENE

Et redskap er kvalitetssikret når det er:

- Oversatt til norsk etter internasjonalt anbefalte prosedyrer med blant annet frem- og tilbake-oversettelse
- Kvalitetsvurdert for ulike aspekter av validitet (inn-



hold), reliabilitet (pålitelighet), responsivitet (fanger opp endringer) og anvendelighet

I tillegg bør redskapet være testet for dette i den populasjonen det skal brukes i. At et instrument er kvalitetssikret i forhold til for eksempel voksne personer med psykiske problemer, betyr ikke nødvendigvis at det er validt eller reliabelt om det brukes i en annen gruppe personer, for eksempel mennesker med revmatisk sykdom - eller i en annen aldersgruppe.

### ERGOTERAPEUTENES OVERSIKT

På forbundets nettsider ligger en oversikt over undersøkelses- og vurderingsredskaper. I denne oversikten vektlegger Ergoterapeutene aktuelle redskaper i forhold til aktivitet og deltakelse og i forhold til omgivelsenes tilrettelegging for aktivitet. Noen av redskapene kartlegger også kroppsfunksjoner (jamfør ICF). For å få et helhetlig bilde av personer og deres omgivelser er det ofte nødvendig med en kombinasjon av redskaper. Ettersom ergoterapeuter spesielt vektlegger personens egne ønsker og opplevelse av meningsfullhet i aktivitet, bør metoder som vektlegger bruker-deltakelse og -perspektiv inngå i vurderingen.

Innledningsvis gir Ergoterapeutenes hjemmesider informasjon og råd i forbindelse med hvordan en kan velge undersøkelses- og vurderingsredskap.

- Hva skal undersøkes og vurderes?
- Hva er hensikten?
- Ulike metoder
- Utfordringer ved ulike redskaper
- Ergoterapeutenes råd ved valg og bruk av redskaper
- Kilder

### VURDERINGSREDSKAPENE LIGGER I ALFABETISK ORDEN

Vurderingsredskap A - B  
Vurderingsredskap C - F  
Vurderingsredskap G - K  
Vurderingsredskap L - N  
Vurderingsredskap O - Q  
Vurderingsredskap R - S  
Vurderingsredskap T - Å

Ved å klikke på det enkelte redskapet i den alfabetiske oversikten vil en få en skjematisk beskrivelse av hvert enkelt redskap, som for eksempel: Hvem redskapet er utviklet av, formål og målgruppe, relasjonen til ICF, beskrivelse av innhold og metode, validitet, reliabilitet, og hvordan man skaffer seg det. I tillegg presenteres litteratur og eventuell annen relevant informasjon om redskapene.

Ergoterapeutene vil presisere at hver enkelt ergoterapeut har et faglig og etisk ansvar for forsvarlighet, jamfør Helsepersonelloven, i valg, gjennomføring og oppfølging. Ergoterapeutene kan ikke gå god for kvalitet på redskapene; det videre kunnskapssøket må, som tidligere nevnt, den enkelte ergoterapeut selv gjøre. Ergoterapeutenes oversikt over vurderingsredskap er en starthjelp til videre søk på relevante tester, intervju- eller spørreskjemaer. I tillegg kreves systematiske kunnskapssøk om redskapets validitet, reliabilitet, responsivitet og relevans for norske forhold. Dette gjøres gjerne elektronisk gjennom ulike forskningsdatabaser.

Det kommer stadig nye kvalitets-sikrede redskaper og mer forskning på de psykometriske egenskapene til hvert enkelt redskap. Vi ber alle ergoterapeuter om å hjelpe oss å holde undersøkelses- og vurderingsredskapene oppdatert. Skriv til [post@ergoterapeutene.org](mailto:post@ergoterapeutene.org).

Adresser om ergoterapi	AAO - Assessment of Awareness of Disability
Veiledning og redskap	ADL-taksonomi
Redskap	Armadillo OT-ADL/Neurobehavioral Evaluation (A-one)
Kunnskapsbaserte retningsskilt	Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)
Rapportering og journalføring	Action Research Arm Test (ARAT)
Verktøy	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)
	Assessment of Occupational Functioning - Collaborative Version (AOF-CV)
	Assisting Hand Assessment (AHA)
	Assessment of Work Characteristics (AWC)
	Assessment of Work Performance (AWP)
	Bartel Index
	Bedømming av deltakelse i aktivitet (BDA)
	Bygg for alle. Temaveiledning om universell utforming av byggverk og utrustning

*Undersøkelses- og vurderingsredskapene ligger i alfabetisk orden.*

Assessment of Work Performance (AWP)	
Utviklet av	Jan Sandqvist (Versjon 2.0 2008, erstatter BafIA versjon 1.1), Jan Sandqvist, Lee & Gary Kielhofner (English Version 1.0, 2010.)
Formål/målgruppe	AWP er et undersøkelsesredskap som benyttes ved observasjon av personens ferdigheter ved utførelsen av et arbeid eller en arbeidsoppgave.
Relasjon til ICF	Deltakelse og omgivelser
Beskrivelse av innhold og metode	Instrumentet har tidligere gått under navnet Bedømming av Ferdigheter i Arbeid (BafIA). AWP er et instrument som er basert på den teoretiske modellen A.M. Human Occupation (MoHO)(Kielhofner, 1995,2002,2008)
Översettelse, validitet og reliabilitet mm	AWP er utviklet ved Linköping universitet, Norrköping. Ferdighetsbegrepet er identiske i AWP og AWC og instrumentene skal komplementere hverandre. Instrumentet har dokumentert god "face validity", innholdvaliditet, konstruksjonsvaliditet og anvendbarhet gjennom flere studier (Sandqvist et al., Sandqvist, 2007; Sandqvist et al., 2008; Sandqvist et al., accepted)
Anvendelse	AWP brukes til å vurdere den enkeltes ferdigheter (motoriske, prosess- og kommunikasjon og interaksjonsferdigheter) i forhold til å utføre en arbeidsoppgave. AWP kan kombineres med instrumentet som for eksempel AWC, WEIS og WF
Anskaffelse	Linköpings universitet, Institution för Samhälls- och Välfärdstudier, Avdelning 1

*Hvert enkelt redskap er beskrevet i forhold til en rekke kriterier, som hvem redskapet er utviklet av, formål og målgruppe og relasjon til ICF.*

**ANNONSEANSVARLIG: ERIK SIGURDSSØN**

Mobil: 90 03 09 43

E-post: erik@addmedia.no

## Ergoterapi ved kognitiv svikt og demens

*Hva kan ergoterapeuten tilby ved utredning og behandling av kognitiv svikt og demens? Hvilke kunnskapsbaserte tiltak kan ergoterapeuten tilby etter kartlegging? Er rehabilitering mulig? Kurset vektlegger ergoterapeuters innsats for å muliggjøre deltakelse og vedlikeholde aktivitetsutføring i hverdagslivet, inkludert samarbeid med pårørende.*

**Forelesere:**

Hovedforeleser er Ritchard Ledgerd fra National Health Service Foundation Trust. Ledgerd har bred erfaring som ergoterapeut og forsker, med en rekke ulike tilnærminger for personer med demens. Han er også nylig valgt som executive director i verdensforbundet for ergoterapeuter (WFOT).

Norske ergoterapeuter som forsker på demens/kognitiv svik, aldring og/eller deltakelse: Anne Lund, Phd (HiOA), Torhild Holthe (Aldring og Helse), Kjersti Vik, Phd (HiST), Linda Stigen (HiG)

Kurssted: Oslo Kongressenter Folkets Hus, Youngs gata 11, Oslo

Dato: 6.-7. oktober 2014

Påmelding: Innen 8.september, [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org) (Kurskalender)

Pris: Medlemmer kr. 1 800. Ikkemedlemmer kr. 3 600. Medlemmer prioriteres

Kurset er meritterende for ergoterapispesialister.

**Mandag 6. Oktober: Hva er utfordringene? Hvordan kartlegges aktivitetsfunksjon?**

10.00	Velkommen, Introduksjon, Hva er demens/kognitiv svikt? Ulike typer og forekomster. Utfordringer framover.	Nils Erik Ness og Torhild Holthe
Kl 11.00	Aktivitet og deltakelse – hva med demens? Hva er målet med rehabilitering?	Kjersti Vik
Kl 12.00	Kartlegging og vurderinger ved demens Hva er ergoterapeutens bidrag i teamet?	Torhild Holthe
Kl 12.20	Lunsj	
Kl 13.20	Hvordan kartlegginger ergoterapeuter kognisjon.	Linda Stigen
Kl 14.00	Kartlegging og vurderinger – bruk av Perceive Recall Plan & Perform (PRPP) for kognitiv kartlegging. Hva sier kartleggingen om behov for tiltak?	Linda Stigen
Kl 16.00	Different interventions – an overview of evidence based approaches	Ritchard Ledgerd

**Tirsdag 7.oktober. Hva skjer etter kartleggingen? Kunnskapsbasert intervensjon med aktivitet**

Kl 9.00	Cognitiv Stimulation Therapy. Maintenance Cognitive Stimulation Therapy.	Ritchard Ledgerd
Kl 10.00	Aktivitetsgrupper «If I could not do...» a digital narrative focusing on personal strategies	Anne Lund
Kl 11.00	Velferdsteknologi og kognitiv svikt. Hvordan kan velferdsteknologi muliggjøre aktivitet og deltakelse?	Torhild Holthe
Kl 12.00	Velferdsteknologi og etiske utfordringer. En digital historie	Anne Lund
12.30	Lunsj	
Kl 13.30	Home Treatment Programme. Risk management for carers. - Handtering av krisesituasjoner	Ritchard Ledgerd
Kl 15.00 -16.00	Organisering. Hvor bidrar ergoterapeutene? Hvordan komme på banen? Hva skal demensteamene gjøre? Hvordan samarbeide med Hverdagsrehabiliteringsteamene? Hva med hukommelsesklinikkene?	Innledning til diskusjon

Med forbehold om endringer. Pauser vil bli lagt inn i programmet

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

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

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

**Kurssted:** Høgskolen i Oslo og Akershus

**Dato:** 4. og 5. september 2014.

**Tid:** 09.00 – 16.00

**Oppfølgingsdag:** 7. november 2014.

09.00 – 12.00

**Pris:** Medlemmer kr. 2700. Ikke-medlemmer og andre faggrupper kr. 5400. Studentmedlemmer kr. 1350

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

## Arbeidsdeltakelse

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

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

**Arrangør:** Norsk Ergoterapeutforbund i samar- beid med ergoterapeututdanningen ved Høgsko- len i Oslo og Akershus.

**Kurssted:** Høgskolen i Oslo og Akershus

**Dato:** 29. september – 3. oktober 2014

**Påmelding:** i Kurskalenderen på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org)

**Påmeldingsfrist:** 29. august 2014

## 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 kurskalenderen på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org) for informasjon om kurset og påmelding.

## Ergoterapeuter og førerkortvurdering

Bilkjøring er ofte en forutsetning for å kunne leve et aktivt liv. Av hensyn til trafikk sikkerheten er det viktig å identifisere sjåførere med økt risiko, uten å unødige begrense andre. Dette er et introduksjonskurs for ergoterapeuter som ønsker å bidra i forbindelse med førerkortvurdering.

**Kursarrangør:** Norsk Ergoterapeutforbund.

**Faglig ansvarlig:** Hilde Fleitscher, Ergoterapeutspesialist i Eldres helse og Master i Folkehelse, Al derspsykiatrisk enhet ved Sørlandet sykehus.

**Kurssted:** Oslo Kongressenter Folkets Hus, Youngs gata 11, Oslo

**Dato:** 27.-28. Oktober 2014, kl 09.00-16.00

**Påmelding:** Innen 27.september, [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org) (Kurskalender)

**Pris:** Medlemmer kr. 1 800. Ikkemedlemmer kr. 3 600. Medlemmer prioriteres

Kurset er meritterende for ergoterapispesialister.

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

## KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN-

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

### 1. BEHANDLING/TRENING

#### 0330

#### HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING

##### AT RONDA

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

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler  
CYPROMED AS

Vikaveien 17, 2312 Ottestad  
Tlf.: 62 57 44 33, fax: 62 57 44 34  
wes@cypromed.no

www.cypromed.no

Elektriske varmhjelpemidler for alle.

##### MINITECH AS

Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad  
Tlf.: 62 57 78 00, fax: 62 57 77 51

mail@minitech.no www.minitech.no

Elektriske varmhjelpemidler til barn og voksne

#### 0333

#### ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKK- FOREBYGGENDE HJELPEMIDLER

##### ADL PRODUKTER AS

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

##### BARDUM AS

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

##### BERGEN MEDIKAL AS

Gyldenprisvn. 16, 5056 Bergen  
Tlf.: 55 94 77 00, fax: 55 94 77 01

post@bergen-medikal.no

www.bergen-medikal.no

Meds Nodex S madrass. Dynamisk nulltrykk  
terapisystem til forebygging i alle risikogrup-  
per og behandling i alle stadier av trykksår.  
Den mest optimale løsningen på markedet i  
dag. Eneste nulltrykksystem godkjent av RTV.

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

##### TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar

Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11

company@mail@togemo.no

Dekker alle behov for trykkavlastning

##### VITAL BASE AS

Myrvegen 2, 6060 Hareid

Tlf.: 71 51 42 84, fax: 71 51 40 73

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

#### 0348

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

##### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

HML HJELPEMIDDEL-LEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

firmapost@hml.no www.hml.no

HML Ståstativ

#### 0606/0612/0618

##### ORTOSER

##### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

##### OTTO BOCH AS

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo

Tlf.: 23 14 26 00, fax: 23 14 26 56

info@ottobock.se www.ottobock.no

Ortoser blir bra!

#### 0630

##### PROTESER

##### NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad

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

nto@ortonor.no www.ortonor.no

Spesialist i armproteser.

### 3. PERSONLIG STELL OG KLÆR

#### 0903

##### KLÆR OG SKO

##### ØYTEX AS

6917 Batalden

Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77

post@oytex.no www.oytex.no

Uteklær for rullestolbrukere

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona tørkler, Arcona smekker

#### 0909

##### HJELPEMIDLER FOR

##### AV- OG PÅKLEDNING

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

##### REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad

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

##### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

#### 0912

##### HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

##### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Svan Bidette, Svan Remote, Svan Balance,

Svan Lift, Svan Støttearmen, Chameleon

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamveien 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

##### AT RONDA

Fjordtunvn. 1, 4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

#### 912 B

##### HJELPEMIDLER FOR BARN VED

##### TOALETTBESØK

##### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Svan Balance

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

##### AT RONDA

Fjordtunvn. 1, 4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

#### 0933

##### HJELPEMIDLER VED VASKING,

##### BADING OG DUSJING

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

##### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Servantheis, badebord

##### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no



# PRODUKTREGISTER

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler  
ERGOGRIIP

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

Tlf. 92 20 93 99 faks 56 30 66 99

Støttebøyle for vask

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

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

Kaskad dusjkabin

ML HJELPEMIDDEL-LEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10

Fax: +47 62 95 06 11

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

Se: <http://www.klubben.no/asp/inf>

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

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med pro-  
dukter 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 støttestang

### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

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

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

Overflyttingshjelpemidler, Dreilett ,

Jøhl Stolløfter

## **1233**

### **VENDEHJELPEMIDLER**

### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

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

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

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

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

Eliglide

## **1236**

### **LØFTEHJELPEMIDLER**

### HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

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

Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten

gjennomgående skinne

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

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

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

### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

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

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

## **1503**

### **HJELPEMIDLER TIL MATLAGINGEN**

### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

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

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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

### MEDINOR CARE

Divisjon i Medinor ASA

Postboks 94 Bryn, 0611 Oslo

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

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

Brannforebyggende prod. for eldre/funksj.h.

## **1509**

### **SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER**

### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

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

### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

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

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad

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

### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

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

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

Dynamiske armstøtter og spise-

hjelpemidler Omgivelseskontroll/fjernstyring.

## **1512**

### **RENGJØRINGSHJELPEMIDLER**

### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

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

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

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

## **1803**

### **BORD**

### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

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

Arbeidsbord/spesialbord, skolepult

### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

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

### HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

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

Nora og Ina underarnstøttebord

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

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

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

# PRODUKTREGISTER

**1809**

## **SITTEMØBLER**

### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no www.bardum.no

### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

### HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal

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

HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

firmapost@hm-spes.no

### KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat jockey, barnestol

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

**1812**

## **SENGER**

### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

### HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

firmapost@hml.no www.hml.no

Reiseseng

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

**1815**

## **HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE**

### **TILSATSER TIL MØBLER**

#### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

#### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

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

Kjøkken og bad - hev/senk

### GRANBERG INTERIØR AS

P.b. 3938 Ullevål stadion, 0806 Oslo

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

even.olsen@granberg-interior.no

www.granberg-interior.no

Kjøkken og bad - hev/senk - garderobe

**1818**

## **STØTTEANORDNINGER**

### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Dynamiske armstøtter og

spisehjelpemidler.

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

**1821**

## **DØR-, VINDUS- OG GARDIN-**

### **ÅPNERE/-STENGERE**

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

#### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

**1830**

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

### **SER OG RAMPER**

#### ACCESS TRAPPEHEISER AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

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

access@access-gruppen.no

www.accessgruppen.no

Seteheiser. Plattformheiser.

Løfteplattformer.

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

**S 1**

## **UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV**

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

#### HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

firmapost@hml.no www.hml.no

NORINA utvikling og individuell tilpasning

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra

individuelle behov

**1833**

## **SIKKERHETSUTSTYR TIL BOLIGER**

### **OG ANDRE LOKALER**

#### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

**1836**

## **OPPBEVARINGSMØBLER**

### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad - hev/senk

### GRANBERG INTERIØR AS

P.b. 3938 Ullevål stadion, 0806 Oslo

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

even.olsen@granberg-interior.no

www.granberg-interior.no

Kjøkken og bad - hev/senk

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

**K 1**

## **KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER**

### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

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

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

**2103**

## **OPTISKE HJELPEMIDLER**

### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Optiske hj.midler

**2109**

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

### **MASKINER OG KALKULATORER**

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Tilbehør til datamaskiner.

**2110**

## **KOGNITIVE HJELPEMIDLER**

### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

# PRODUKTREGISTER

info@abilia.no www.abilia.no

## COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo

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

info@cognita.no www.cognita.no

## ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

## MYLIFEPRODUCTS AS

Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo

Tlf: 92631425

post@mylifeproducts.no

www.mylifeproducts.no

## **2127**

### **IKKE-OPTISKE LESEHJELPEMIDLER**

#### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

## **2136**

### **TELEFONER OG**

### **TELEFONERINGSHJELPEMIDLER**

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Telefon og telefoner og telefoneringshj.

#### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

#### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

## **2139**

### **LYDOVERFØRINGSSYSTEMER**

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Lydoverføringssystemer

#### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

## **2142**

### **SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON**

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

#### COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo

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

info@cognita.no www.cognita.no

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

Bolig, kommunikasjon, installasjon

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Samtalehj.midler

#### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

## **2145**

### **HØREAPPARATER**

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Høreapparater

## **2146**

### **HØRSELTEKNISKE HJELPEMIDLER**

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Hørseltekniske hjelpemidler

## **2148**

### **VARSLINGSHJELPEMIDLER**

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

#### COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo

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

info@cognita.no www.cognita.no

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Varslingshj. midler

#### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

#### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

#### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no www.picomed.no

Varslingshjelpemidler.

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

## **2151**

### **ALARMSYSTEMER**

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

#### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

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

info@abilia.no www.abilia.no

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Alarmsystemer

#### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Epi-alarm, Sengealarm, Døralarm,

Varslingsmatte, Stotalarm

#### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

## **8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)**

## **2412**

### **HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL**

#### ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

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

access@access-gruppen.no www.accessgrup-  
pen.no

Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

#### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Hjelpemidler for omg

#### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

# PRODUKTREGISTER

**2418**

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

### **ADL PRODUKTER AS**

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

### **ABILIA AS**

Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no

### **PICOMED AS**

Brokelandsheia, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
firmapost@picomed.no www.picomed.no  
Dynamiske armstøtter/spisehjelpemidler Omgivelseskontroll/fjernstyring.

### **REHATEKNIKK AS**

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

**2436**

## **TRANSPORTHJELPEMIDLER**

### **MEDEMA NORGE AS**

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

**3003**

## **LEKER**

### **ABILIA AS**

Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no

### **AMAJO AS**

Hellinga 16 D 1481 Hagan  
Tlf.: 67 07 43 40, fax: 67 07 43 41  
amajo-as@nokab.no www.amajo.no

### **AT RONDA**

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

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### **ABILIA AS**

Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no

### **AS HANA & HOLMENS POTTERIER**

Strandgt. 123, 4307 Sandnes  
Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68  
www.hana-holmens.no  
Leire for modellering, formingsartikler.

### **BARDUM AS**

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

### **KLUBBEN AS**

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11  
www.klubben.no

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

produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

### **AS RIKTIGE LEKER**

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo  
Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53  
www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

**3006 SPILL**

### **KLUBBEN AS**

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11  
www.klubben.no

Se: [http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

### **AS RIKTIGE LEKER**

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo  
Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53  
www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

**3009**

## **MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR**

### **AT RONDA**

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

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### **BAMSE PRODUKTER AS**

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105  
Mail: info@bamseprodukter.no

### **BARDUM AS**

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

### **HANDINOR AS**

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund  
Tlf.: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41  
post@handinor.no www.handinor.no

### **KLUBBEN AS**

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11  
www.klubben.no

Se: [http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

### **AS RIKTIGE LEKER**

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo  
Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53  
www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

## **10. HJELPEMIDLER FOR BARN**

(For andre hjelpemidler for barn, (Se også 3. Personlig stell og Klær og 4. Forflytning.)

### **B.ADL**

## **ADL- HJELPEMIDLER**

### **ADL PRODUKTER AS**

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

### **AT RONDA**

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

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### **BAMSE PRODUKTER AS**

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.

### **KRABAT AS**

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad  
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01  
fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel, Krabatskjerf, sikleskjerf

### **AS RIKTIGE LEKER**

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo  
Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53  
www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

**B.ERG**

## **ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE**

### **ASTEC AS**

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no  
Ergonomiske produkter for stellerom/bad, kjøkken/garderobe i barnehager/skoler.

### **BAMSE PRODUKTER AS**

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

### **B.LØF**

## **LØFTEHJELPEMIDLER FOR BARN**

### **MEDEMA NORGE AS**

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

### **B.KOM**

## **KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN**

### **ABILIA AS**

Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no

### **ABILIA AS**

Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no -

### **GEWA AS**

PB 626, 1411 Kolbotn  
Tlf: 66 99 60 00 Fax: 66 80 94 90  
www.gewa.no bestilling@gewa.no  
Kommunikasjonsjh. for barn

### **KLUBBEN AS**

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11  
www.klubben.no  
Se: <http://www.klubben.no/asp/asp/info>.



# PRODUKTREGISTER

aspx?info\_id=11&txt=Gratis

+katalog, Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

## B.MOS

### MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

#### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

#### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Posisjonering og trening for små og store barn.

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

www.klubben.no

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

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

## B.ROL

### ROLLATORER

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

## B.SEN

### SENGER FOR BARN

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

#### HJELPEMIDDELSPELISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

firmapost@hm-spes.no

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng

## B.SPO

### SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

#### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

#### HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

post@handinor.no www.handinor.no

#### HJELPEMIDDELSPELISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

firmapost@hm-spes.no

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

www.klubben.no

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

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

## B.STI/SAN

### STIMULERING/SANSEMOTORIKK

#### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

#### AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

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

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

#### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og

store barn.

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10

Fax: +47 62 95 06 11

www.klubben.no

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

aspx?info\_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

## AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo

Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53

www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

## B.SYK

### SYKLER

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

#### HJELPEMIDDELSPELISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

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

firmapost@hm-spes.no

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

www.klubben.no

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

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

#### KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykkel

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

## SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

#### BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no

**ABLOY**

Picomed tlf: 37 11 99 50  
Action trykkavlastende

**ALVEMA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**ARDO MEDICAL AG**

togemo Med.Supply  
tlf: 62 52 62 72

**ARRO CONTROL**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**ATENA NORDIC AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**ATO FORM**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BALDER EL. RULLESTOLER**

Hand-Pro tlf: 32 18 16 00

**BARRY EMONS**

AMAJO tlf: 67 07 43 40

**BC-LIFT**

Access AS tlf: 62 51 85 00

**BERNAFON**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**BEKA HOSPITEC**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BERROLKA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BEST MOBILITY**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BO EDIN AB**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**BORRINGIA AS**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**BOS MEDICAL**

togemo MedSupply  
tlf: 62 52 62 72

**CABICARES**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**CAREZIA AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**CERTEC KLOKKA,TRIACON**
**CHESTNUT COMPANY APS**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50  
COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

**CIRRUS**

Handicare tlf: 69 24 44 00

**CLEAN LINE**
**HYGIENEPRODUKTER**
**COBI REHAB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**COMFORTA AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**CONSTELLA**

Astec tlf: 22 72 23 55

**CONTUR TRYKKAVLASTNING CURA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DAYS (DMA)**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DORMA**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**DRAISIN GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DYNAMO STOL APS**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DYNAVOK**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**EASYLIFE GRIPESTANG**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**ECN SENGELOFTER**

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

**EDU-PLAY**

Riktige Leker,tlf: 22 01 78 50/52

**EDWARD SENGEN**

Eurocontact Norge

**ELICARE AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**E-MOBIL HJELPEMOTOR FOR**
**RULLESTOLER**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**EUROFLEX**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**FAAC**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**FITFORM**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**FLIPSTICK. HØYDEREGULERBAR**
**SITTESTOKK**

At ronda tlf: 51 58 87 81

**GRANBERG INTERIOR AB**

Astec tlf: 22 72 23 55

**G. S. SMIRTHWAITE-(PETØ)**

Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

**HABO VÅTDUKPRESSER**

At ronda tlf: 51 58 87 81

**HAMATIC SENGEUNNER**

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

**H. BOCK**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00  
Highriser

**HIRO-LIFT GMBH**
**HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS**

tlf: 66 81 60 70  
Access AS tlf: 62 51 85 00

**HML REISESENG**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**HML STOKK- OG KRYKKEHOLDER**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**HML STASTATIV**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**HUMANTECHNIK**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**HUNTLEIGH HEALTHCARE**

Medinor care, tlf: 22 07 65 00

**HØRAT**

Oticon tlf: 23 35 59 00

**IDC LIFESTAND STARULLE -**
**STOLER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**ILLER BELTEKJØRETØYER**
**IMAGETALK**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

**JAMES**

Picomed tlf: 37 11 99 50

**JAZZY EL. RULLESTOLER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**JØHL HUMAN CARE**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**KNOP**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**KOMBIKLOSSEN**

Enteron tlf: 22 64 78 70

**KOM - I - KAPP**

AMAJO tlf: 67 07 43 40

**KOMFYRVAKT**

Medinor care tlf: 22 07 65 00

**LAVASET SENGEDUSJ**
**HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN**

tlf: 63 87 05 80

**LIKO**

Handicare tlf: 69 24 44 00

**LOPITAL**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**LUNOLETT**

Øy-tex tlf: 57 74 55 20

**MEDICA GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MINI CROSSER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MINITECH-VARMEHJ.M. FOR**
**BARN OG VOKSNE**

Minitex AS tlf: 62 57 78 00

**MINOS**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MOVING PEOPLE**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MOVITA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**NILBILD AB**

Gewa tlf: 66 99 60 00

**NORDIC AID**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**NORINA PRODUKTER**

HML Hjelpemiddel-leverandøren tlf:  
63 87 05 80

**NOTTINGHAM REHAB**

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

**NTD-HISS AB**

Access AS tlf: 62 51 85 00

# AGENTURREGISTER

## **NYPRO AS**

togemo Med. Supply  
tlf: 62 52 62 72

## **OTTO BOCK**

HML Hjelpemiddelleverandøren  
tlf: 63 87 05 80

## **PEGASUS LTD. ENGLAND**

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

## **PERMOBIL EL. RULLESTOLER**

Permobil AS, tlf: 815 30 077

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

cOGNiTA AS tlf: 22 43 05 00

## **PIKOTECH**

Picomed AS tlf: 37 11 99 50

## **PROTAC**

AMAJO AS, tlf: 67 07 43 40

## **QORPUS VITA AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

## **QUALIWORLD, QUALILIFE**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **REBEX TOADUSJ AB**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **REHATEC GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **REINECKER**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

## **ROBER LTD.**

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

## **RONDA.OSTEHØVEL**

## **M/KERAMBELEGG**

At ronda tlf: 51 58 87 81

## **ROOMER TAKHEIS**

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

## **SAFE PUTER OG MADRASSER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **SARO STØTABSORBERENDE SALER**

HML Hjelpemiddelleverandøren  
tlf: 63 87 05 80

## **SAVI BARNESENGER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **SCHUCHMANN GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

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

SENSE-MATIC AS  
Access AS tlf: 62 51 85 00

## **SHOPRIDER**

## **STEENS INDUSTRIER**

Medinor care tlf: 22 07 65 00

## **STEMMEFORSTERKER, HEARING PROD LTD**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **STOLETEC**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **STORM EL. RULLESTOLER**

INVACARE AS, tlf: 22 57 95 00

## **STRATUS ELEKTRISKE**

## **SCOOTERE**

## **SUNGIFT SCOOTER**

Arna Medikal, tlf: 55 24 18 70

## **SYKLER FOR BARN**

Alu rehab AS, tlf: 51 68 18 89

## **SVAN CARE AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **SWERECO AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

## **TERGEO AS**

tlf: 22 35 47 07

Bidet elektronisk bidet

## **THE GRID, SENSORY SOFTWARE**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **TIMEX DATALINK**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **TOLARM AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **TOYS FOR THE HANDICAPPED AS**

Riktige Leker,  
tlf: 22 01 78 50/52

## **TRULIFE PUTER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00  
Bidet elektronisk bidet

## **TT MED**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **UNIK PRODUKTER**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **VASTIA DUSJROM**

HML Hjelpemiddelleverandøren  
tlf: 63 87 05 80

## **VESTURE CORPORATION**

(MICROCORE)  
Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

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

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **VILFRED-PUTEN**

At ronda tlf: 51 58 87 81

## **VILGO**

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

## **WIMA-GRIPEN**

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

## **WIMA -LABBEN**

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

## **WIMA -UNDERLAGET**

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

## **WINSLOW PRESS OG**

## **SPEECHMARK**

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

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

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **ØVREBØ REHABILITERING**

Øvrebø rehab. AS, tlf: 32 24 42 50w

## BESTILLING AV KURS- OG STILLINGS- ANNONSER

- ›
- › For bestilling og 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,-

