

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Temannummer om aktivitetsanalyse



ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører: Unni Sveen, Sissel Horghagen og Anne-Stine Dolva

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. 4 – 3. aug / 31. august

Nr. 5 – 1. okt / 30. okt

Nr. 6 – 1. des / 24. des

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingsjef

Brit-Toril Lundt

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Mette Kolsrud

Advokat

Berit Førli

Controller

Mette Jacobsen

Controller

Tove Olsen

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Anita Rosmæl, 2. nestleder

Arnfinn Bjørshol

Berit Regine Laiti

Ine Cecilie Ulven

Mariette Elise Gjerde

May Solveig Svendsen

Ragna Gjone

Renate Soggemoen

Tonje Hansen Guldhav

Bjørnar Rovde 1. varamedlem

Ingelin Mari Rød, 2. varamedlem

Anne-Kristin Finne, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem


Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Kristin Jess-Bakken, varamedlem

Lilly Nerenget, varamedlem

Inger Synnøve Kjos, varamedlem

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



6



16



26



60

REPORTASJER

6 Aktivitetsanalyse er grunnleggende

Av Else Merete Thyness

NY ARENA

8 Ergoterapeut ved samisk senter

Av Else Merete Thyness

YTRING

10 Hvorfor aktivitetsanalyse?

Av Inger Brit Werge-Olsen

KRONIKK

12 Occubuzz

Av Sarah Bodell og Angela Hook

FORBUNDET

14 Oppstartskurs landet rundt

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

16 Lønnsoppgjøret 2015 ble ferdig i rekordfart

Av Brit-Toril Lundt

18 Primærhelsemeldinga var et reall magespark

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

20 Innspel: Ergo må ergo på plass

Av Anders Folkestad

21 En av fem mangler innboforsikring

Av Roar Hagen

22 Nye regler om midlertidig ansettelse

Av Elisabeth Dolva Sandøy

24 Tillitsvalgtprisen 2015

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

FAGLIG

26 Aktivitetsanalyse – en ergoterapeutisk kjernekompetanse

Av Karen Marie Bundgaard og Cecilie von Bülow

36 Hva krever aktiviteten?

Av Gunn Nilsskog

40 Aktivitetsanalyse i ergoterapi

Av Merete Klindt Dekkers

46 Occupational Analysis and Synthesis

Av David L. Nelson og Lynne M. Chapman

54 Dynamic Performance Analysis (DPA)

Av Helene Polatajko, Tatiana Pontes and Pedro Almeida

60 Analyse av bilkjøring som aktivitet

Av Hilde Fleitscher

AKTUELT

64 Jubileumskonferanse

Av Einar Angelsen

66 Hvorfor faller unge ut av skole og arbeidsliv?

Av Else Merete Thyness

68 192 000 til Saebo-hansken

Av Jeanice Bull-Hansen og Inger Helen Smith Halvorsen

PÅ DEN SISTE SIDEN

70 P-Drive

Av Else Merete Thyness

72 4 på kurs

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

74 Kurs- og stillingsannonser

79 Produktregister

86 Agenturregister

The missing link

Jeg studerte ergoterapi i USA og fikk med meg hjem et brev om at jeg var «honor student». Jeg hadde toppkarakterer i fag som anatomi, nevrologi, psykologi, biologi, kommunikasjon, kinesiologi, sløyd og veving. Likevel – da jeg kom tilbake til Norge og begynte å jobbe som ergoterapeut, var det akkurat som om jeg manglet en bit i puslespillet.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Først la jeg skylden på sykepleierne. De var altfor dominerende og sikkert grunnen til at jeg ikke fant plassen min. Så klandret jeg meg selv, og bestemte meg for å iverksette plan B: å bli journalist.

Vi vet jo hvordan det gikk. For meg var det et lykketreff å kunne kombinere journalistikken med det faget jeg tross alt hadde investert mye i. Med årene kan jeg skryte på meg å være en av de mest velinformerte om ergoterapifaget i Norge.

Den lille puslespillbiten har jeg imidlertid aldri funnet – inntil den dagen mine kollegaer Anita og Nils Erik foreslo at vi skulle lage et temanummer om aktivitetsanalyse. Først forsøkte jeg å putte aktivitetsanalysen inn i min mentale boks for kartleggingsredskaper, men tålmodige Anita forklarte hva dette egentlig handlet om. Deretter satte vi opp en listen over aktuelle forfattere og tok kontakt med dem. Etter noen måneder begynte stoff å komme inn fra fjern og nær. En stor takk til alle som har bidratt til dette temanummeret.

En aktivitetsanalyse gir en detaljert forståelse av aktivite-

ten og forskjellige måter den kan utføres på. Den er nødvendig for å kunne jobbe klientsentrert og aktivitetssentrert og brukes både i forbindelse med undersøkelse, målsetting, intervensjon og evaluering. Gjennom aktivitetsanalysen kan man forstå hvilke ferdigheter som trengs for å utføre aktiviteten og eventuelt hvordan den kan tilrettelegges. Det er aktivitetsanalysen som gjør det mulig for ergoterapeuten å bruke aktiviteten terapeutisk.

Dette temanummeret er min «Missing link» som ergoterapeut. De må ha undervist i det på den utdanningen jeg tok, men for meg ble det borte i vrimmelen av spesialisert kunnskap. Uten en forståelse for aktivitetsanalyse manglet jeg navet som holdt eikene i hjulet på plass og fikk det til å trille.

Aktivitetsanalyse kan virke banalt, men det er en grunnleggende og nødvendig del av ergoterapeutisk kunnskap. Det er flere enn én ergoterapeut i denne utgaven som sier at vi må løfte den fram fra taus kunnskap og opp i dagen.

God sommer!



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

En robust primærhelsetjeneste i framtida?

Blir framtidas primærhelsetjeneste robust? I alle fall ikke så robust som den kunne ha blitt dersom regjering og storting hadde fulgt våre råd i to sentrale meldinger.

I behandlingen av Stortingsmelding 14 har Stortinget lagt grunnlaget for den fremtidige kommunereformen. Sammen med bruker- og andre profesjonsorganisasjoner har vi protestert kraftig mot en storstilt overføring av oppgaver fra stat til kommune innenfor områdene rehabilitering og habilitering, hjelpemiddelformidling, arbeidstilrettelegging og boligtilskudd. Vi har ikke blitt hørt, bortsett fra på punktet om at hjelpemiddelområdet skal utredes nærmere. Oppgaveoverføringene må i framtida gi grunnlag for mange flere ergoterapeuter i kommunene, men vi blir heller bekymret både for ergoterapistilinger i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Så har vi Primærhelsemeldinga, som innledningsvis har en grei beskrivelse av utfordringene kommunene står overfor. Det er gledelig at det innledes med brukernes innspill, og at meldinga

signaliserer større grad av brukerdelaktelse. Intensjonene som beskrives er til og med gode, men når det kommer til tiltakene, svikter meldinga fullstendig. Utvalget av profesjoner som foreslås lovpålagt er lite nytenkende. Meldinga sikrer kompetanse på tradisjonelle tjenester som angår kropp og psyke, men *ikke lovpålagt kompetanse i hverdagslivets gjøremål og hverdagsmestring eller tilrettelegging av nærmiljø*. Meldinga sikrer ikke den kompetansen som trengs for framtida, der flere må leve sine egne liv *med sykdom og funksjonsnedsettelser*. Meldinga sikrer ikke tilretteleggingskompetanse av bolig, arbeidsplass og nærmiljø. Den sikrer ikke kompetanse i formidling og bruk av velferdsteknologi og tekniske hjelpemidler. Den sikrer ikke kompetanse i aktivitetsanalyse og mestring av daglige gjøremål samt videreføring av hverdagsrehabilitering. Kort sagt;

Ved å unnlate å lovfeste ergoterapeuter kan ikke alle kommuner utføre de oppgavene Stortinget nettopp har pålagt kommunene større ansvar for. Å mestre selv de enkleste daglige gjøremål er for mange en stor utfordring og kan kreve unødig mye hjelp og pleie der ergoterapeuter kan gjøre innbyggere selvstendige. Det blir dyrt uten ergoterapeuter i kommunene. Uten ergoterapeuter blir ikke kommunen robust.

Stortingets helse- og omsorgskomiteé har høring på primærhelsemeldinga første oktober, og vi jobber strategisk med et tydelig innspill til komiteen og til politikere for øvrig. Det blir en travel sommer og høst.

Mer enn noen gang er det nødvendig at vi alle framsnakker ergoterapeuters kompetanse i å utløse ressurser hos den enkelte innbygger, noe som fremmer en bærekraftig utvikling i kommunene.

AKTIVITETSANALYSE ER GRUNNLEGGENDE

– Mange ergoterapeuter sier de har aktivitetsanalyse i ryggmar- gen. Jeg ønsker å løfte den fram til hodet. Gjennom å analysere praktiske daglige gjøremål, får vi dypere innblikk i aktivitets- vanskene og kan sette inn riktige tiltak, sier Kjersti Vik.

Av Else Merete Thyness

I år ga hun ut boken «Mens vi venter på eldrebølgen, fra eldreomsorg til aktivitet og deltagelse». Den fokuserer blant annet på hvordan helsepersonell kan legge til rette for deltagelse i helt ordinære hverdagsaktiviteter for å fremme helse.

– Hvorfor skrev du denne boken?

– Den viktigste grunnen er at når jeg blir gammel, vil jeg ikke ha den tjenesten jeg ser utfolde seg. Den er alt for passiviserende.

En annen motivasjon kommer fra forskningen hennes som viser at helsepersonell gir for mye omsorg og motiverer for lite til aktivitet. Selv om holdningene deres ofte er gode nok, er de del av et system som ikke gir dem anledning til å fremme virksomhet.

Som eksempel nevner hun at når man fyller 67 år, blir man møtt av pleie- og omsorgstjenesten.

– Her blir du spurt om hva du trenger av hjelp, ikke hva du kan. Når tjenesten omtales som «omsorg», ligger det i kortene at noen skal gjøre noe for deg. Forsknin- gen min viser at eldre ønsker deltagelse heller enn at noen tar seg av dem.

Hun mener Inngangsporten til tjenesten burde være hjelp til selv- hjelp, ikke at du er pleietrengende.



Kjersti Vik ga ut boken «Mens vi venter på eldrebølgen, fra eldreomsorg til aktivitet og deltagelse» i april i år.



Hvis Eldres egne ressurser brukes på en bedre måte, vil ikke fremtidens eldretje- nester bli så dyre som i dag, selv om vi blir flere eldre.

– Rehabilitering og delta- kelse blir brukt som fine ord, men følges ikke opp. Selv når ergoterapeuter bruker COPM, er det personalet som tar hånd om skjemaet. Har vi egentlig tro på at folk kjenner sitt eget liv? Jeg mener vi må stole på at de gamle kan beskrive hverdagen sin på godt og vondt. Vår rolle skal være å finne ut hvorfor de ikke får til de aktivitetene de ønsker å gjøre, og iverksette gode tiltak.

Hun peker på at også media har en tendens til å fremstille eldre som syke og svake.

– Det stemmer ikke med det bildet eldre har av seg selv. De fleste eldre er oppegående og selvstendige, selv om de har litt vondt her og der.

Vik tror samfunnet har alt å vinne på at eldre fortsetter å være aktive og «sjefer i egne liv».

– Det er en menneskerett å beholde styringen over eget liv, derfor burde vi bare forutsette at folk klarer det. Dessuten viser forskningen at kontroll og med- bestemmelse er viktige faktorer for god aldring.

HVA INNEBÆRER EN AKTIVITET?

Kjersti Vik har forsket mye på Eldres kår og livssituasjon gjen- nom årene. Nå er hun ansatt som



*Aktivetsanalyse er nødvendig hvis vi skal tilrettelegge for aktivitet og deltakelse.
Illustrasjon Erik Foseid.*

professor ved ergoterapeututdanningen i Høgskolen i Sør-Trøndelag. Her underviser hun særlig i rehabilitering, ICF og eldres helse, men hun er også en populær foredrags- og kursholder rundt om i landet.

- Jeg treffer mange helsearbeidere og ser at det mangler kompetanse om hvordan man kan legge til rette for aktivitet og deltakelse, også blant ergoterapeuter.

- Du har viet et helt kapittel til aktivitetsanalyse i den nyeste boken din. Hvorfor er aktivitetsanalyse viktig?

- Jeg synes mange tiltak er dårlig fundert i hva en aktivitet faktisk innebærer. Det er ikke bare å iverksette aktiviteter blant eldre, hvis du ikke har kunnskap nok til å tilrettelegge slik at eldre faktisk kan delta. Til det trenger du aktivitetsanalyse.

Litteraturen beskriver mange

måter å gjøre en aktivitetsanalyse på. I denne boka beskrives aktivitetsanalyse som en analyse av selve gjøremålet, der hensikten er å få kunnskap om hvilke enkelt-deler og handlinger et gjøremål består av. Deretter vurderer man hvilke ferdigheter som trengs for å utføre gjøremålet, og hvordan gjøremålet kan tilrettelegges slik at personen fortsatt kan utføre det.

- Når vi deler opp aktiviteten i delhandlinger, ser vi lettere hvor det stopper opp. Jeg tror mange ergoterapeuter har aktivitetsanalyse i ryggmargen, men jeg ønsker at de skal få det fram i hodet også. Aktivitetsanalyse er grunnleggende når vi forbereder og tilrettelegger en aktivitet. Det er også en metode for å individualisere tiltak og komme bort fra «standardpakker» i helsevesenet. For eksempel får mange eldre hjelp til pakken «å lage frokost».

En aktivitetsanalyse kan vise at en person fint klarer å lage frokost selv, hvis brødet blir skåret opp på forhånd, sier Kjersti.

SIER NEI TIL SÆRTILBUD

Kjersti Vik er ingen tilhenger av særtilbud for de eldre, og hun er skeptisk til tiltak som den kulturelle spaserstokken, der velmenende helsepersonell skal hjelpe de eldre.

- Jeg vil ikke ha det sånn når jeg blir gammel. Jeg vil ha en tjeneste som bidrar til at jeg klarer å gå på det jeg selv har lyst til å gå på. Jeg vil ha transport, assistanse og en bolig som fungerer. I dag blir dette koblet til unge med funksjonsnedsettelse. Helsepersonell må bli bedre til å se personen og hvilket liv hun eller han vil leve, samtidig som vi selvsagt ikke skal undervurdere problemene. Det handler om en balanse mellom ressurser og utfordringer.



NAVN

Tone Elvebakk

STILLING

Leder for helsesatsing ved samisk senter

HVOR

Evenes kommune

Ergoterapeut ved samisk senter

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber på Várdobáiki samisk senter, som ligger i Evenes kommune i Nordland fylke. Organisasjonens formål er å videreføre samisk språk, kultur og samfunnsnivå i regionen.

– Hva jobber du som?

– Jeg startet ved Várdobáiki som prosjektleder i 2004. Senere har det blitt mange ulike prosjekter, og nå er jeg ansatt som leder for helsesatsingen ved Várdobáiki. Arbeidsdagene er svært varierte, og prosjektene spenner fra å skrive barnebøker til å jobbe med samisk helse. Mitt arbeid finansieres også gjennom prosjekter som vi søker ekstern finansiering for. Slik utfordres vi til å finne på

nye satsingsområder og nye prosjekter. Dette gir muligheter for utvikling og variasjon. Prosjekt er per definisjon tidsavgrenset. Slik vil mange av tiltakene gjennom prosjekt ha en tendens til å bli forbigående. Det er vanskelig å få dem over i til faste tiltak.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Fra den aller første dagen jeg startet opp som prosjektleder, har jeg opplevd at min bakgrunn som ergoterapeut har vært viktig. Siden jeg i all hovedsak styrer innholdet i arbeidshverdagen min, er det en naturlig følge av den kompetansen jeg innehar.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

Det aller viktigste i min jobb er å gi et kulturelt tilrettelagt tilbud til samiske eldre i regionen.

– Ett av prosjektene Várdobáiki har gjennomført, var Tilrettelagt dagtilbud for samiske eldre i institusjon og omsorgsbolig, eller som vi etter hvert kalte det for: Mimretreff. Dette tilbudet ble gitt til fem institusjoner i vårt nærområde. Målsettingene var:

- skape et treffsted for de samiske beboerne i institusjon og omsorgsbolig
- sette fokus på samisk språk og kultur inne på institusjonene
- initiere og aktivere beboernes ferdigheter og kunnskaper gjennom et langt liv, fortrinnsvis knyttet til samisk kultur.

Målgruppen var eldre samer, men vi valgte å gi tilbudet til alle som ønsket å delta. Tilbudet ble gitt med en klar samisk profil. Deltakerne var både samiske og norske. Vi ønsket å samle de eldre rundt aktiviteter som var velkjente, og som ga assosiasjoner og aktiverte minner fra et langt liv. En samtale omkring et tema

skaper ikke samme assosiasjoner som for eksempel lukta av jorda fra en potetåker, potetgress, å kjenne jord mellom fingrene og smake på en nykokt potet som har kommet rett fra potetåkeren. Minnene aktiveres gjennom sansene, og det å sanse leder oppmerksomheten til det som sanses.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Vi kjenner ikke til diagnose og funksjonsnivå på deltakerne. Det var derfor viktig å få tilrettelagt aktivitetene slik at alle kunne delta, uansett funksjonsnivå. Siden eldre ofte har sammensatte diagnoser med både kognitiv og motorisk funksjonssvikt, er det utfordrende å finne egnede aktiviteter og tilrettelegge dem slik at de eldre fristes til å delta og oppleve mestring. Gjennom å være aktivt deltakende, om så bare i delaktivitetene, vil deres oppmerksomhet og engasjement bidra til at de er sammen her og nå i aktiviteten. Assosiasjoner og minner vil komme, og alle er tilstede og deler stunden.

– Metoden jeg har brukt for å kunne tilrettelegge aktivitetene, har vært aktivitetsanalyse. Det er derfor naturlig at en ergoterapeut gjør denne jobben.

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

– Jeg er svært glad i jobben min og har et brennende engasjement for samisk helse, og jeg vil anbefale denne jobben til alle ergoterapeuter. For å kunne gi et kulturelt tilrettelagt tilbud med en samisk profil er det en stor fordel å kjenne til den lokale samiske kulturen og historien. Det er også en fordel å kunne snakke samisk. De eldre samene i vår region kan for det meste norsk



Det er hyggelig når mange er med på å lage kjøttrull.



Å spinne er det ikke mange som gjør lenger.



Her kjevles det lefser.



Hun tjærebrer komagene for å gjøre dem vanntette.



Det er mange gode minner knyttet til rensking av tyttebær.

og har ikke behov for et språklig tilrettelagt tilbud. De har større behov for at deres kulturelle bakgrunn skal verdsettes, og at en møter dem med kultursensitivitet og forståelse. Vi har erfart at det å stå frem som samisk i en norsk

institusjon ikke er en selvfølge, og at det valget må den enkelte gjøre selv. Både norske og samiske beboere har erfaringer som preger deres holdninger til hverandre. Det er derfor viktig at vi som leder tilbudet, står tyde-

lig fram som samiske og bruker språket. Vi har opplevd at negative holdninger som har kommet fram, har endret seg underveis. Dette påvirker livskvaliteten til den enkelte beboer, og slik påvirker det også helsen.

Hvorfor aktivitetsanalyse?

I samtaler med ergoterapeuter og studenter hører jeg mange ganger «Jeg har den canadiske modellen i bakhodet», «MOHO på ryggmargen» og «aktivitetsanalyse er noe jeg har med meg hele tida» når det er snakk om kartlegging eller valg av teori. Er aktivitetsanalyse en del av ergoterapeutenes tause kunnskap?

Av Inger Brit Werge-Olsen



Inger Brit Werge-Olsen er ergoterapeut og høyskolelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Aktivitetsanalyse har vært en del av ergoterapeuters faglige grunnlag både nasjonalt og internasjonalt så lenge jeg har vært i faget. Likevel har vi ikke skrevet mye om det. Våre danske kollegaer har vært flinkere her. Aktivitetsanalyse (Activity Analysis) og analyse av betydningsfull aktivitet (Occupational Based Activity Analysis) beskrives i litteraturen, og ble, slik jeg ser det, opprinnelig koblet til en enkelt aktivitet for å få innsikt i de forskjellige komponentene aktiviteten besto av. Dette kunne eksempelvis være aktivitetens fysiske, psykiske og sosiale krav, aktivitetens terapeutiske muligheter og aktivitetens karakteristika. På den måten var det mulig for ergoterapeuten å evaluere det terapeutiske potensialet.

Aktivitetsanalyser tar ofte utgangspunkt i selve handlingen eller virksomheten og deler denne i ulike komponenter, som igjen settes i et system. Aktivitetsanalyse brukes for å tenke igjennom aktivitetsformen til aktiviteten du velger. Aktivitetsformen handler om en felles oppfattelse av hvordan en aktivitet utføres, basert på sammenhengen aktiviteten eksisterer i.

Dette avhenger også av hva slags analyser det er snakk om,

og hvilken forståelse som ligger til grunn for analysen. Er det en aktivitetsbasert, teoribasert eller personbasert analyse? Aktuelle forfattere med litt ulike analyser er for eksempel Creek, Dekkers, Thomas, Nelson, Kielhofner og ergoterapeuter som anvender den kulturhistoriske virksomhetsteorien. Det betyr også at det anvendes forskjellige begreper for beskrivelser i selve analysen. Enkelte teoretikere definerer aktivitetsanalyse som en prosess hvor man deler opp aktiviteten i ulike komponenter og oppgaver for å identifisere iboende muligheter og ferdigheter som kreves for utførelsen. Andre ergoterapeuter bruker begreper som sekvenser og bruker det litt om hverandre når de deler opp aktiviteten i eksempelvis handlinger, funksjoner, oppgaver, trinn, delkomponenter og delprosesser for å beskrive de elementer av aktivitet.

Å gjøre «det tause» konkret er etter min mening alltid å vise at mennesket i aktivitet, og målet med aktiviteten, er utgangspunktet. Videre er ergoterapeutens ståsted og forankring avgjørende for valg av aktivitetsanalyse. Hvis målet eksempelvis er å bli kjent med pasienten på sykehjemmet, kunne en begynnende tilnærming være å delta i den eller de aktivitetene pasientene allerede var



Hvis den valgte aktiviteten er håndpleie, kan en aktivitetsanalyse blant annet gi informasjon om pasienten, hva aktiviteten krever og hvorvidt omgivelsene støtter eller fremmer aktivitetssituasjonen. Foto: Inger Brit Werge-Olsen.

deltakende i, og bli kjent gjennom noe en gjør til daglig, som påkledning, avislesing, vaffelsteiking og kaffestund i stua. Eller det kunne være noe annet, noe som gjorde en forskjell, eksempelvis tilby håndpleie, hvor det å få stelt neglene sine sammen med noen andre var del av det. Gjennomføringen av aktiviteten var å ta hendene i øyensyn, snakke med pasienten om valg av farge på neglelakk, fjerne eventuelt gammel lakk som ikke var pen, vaske og tørke hendene og påføre ny lakk på neglene. Vent eller føn neglene til lakken er tørr.

I analysen så vi på hva gjennomføringen av aktiviteten krevde, og at man utførte aktiviteten etter gitte trinn – og også viktige nøkkelpunkter (breaking points). Hva kan lette arbeidet, hva bør en tenke spesielt på for å få til en god aktivitetssituasjon, er det noe som kan forebygges, skjelver

pasienten på hendene, og hva er viktig for et godt resultat? En uforstyrret arbeidsplass hvor du har forberedt alle praktiske ting, verktøy, hjelpemidler og så videre, er med på å sikre et vellykket resultat.

Ergoterapeuten kunne også under aktiviteten trekke med noen andre medpasienter som hadde ønske om å delta. Ved å snakke sammen, kunne bli sett, bruke kroppsspråket og få og gi kroppskontakt kan en kanskje oppnå en følelse av ei god stund med tilhørighet til noen gjennom aktiviteten.

Under og etter aktivitetsanalysen møter en på og gjør faglige overveielser, resonnementer og beslutningsprosesser som er en del av arbeidsprosessen. Eksempelvis: Var lokalet hvor aktiviteten ble utført, egnet? Var lysforholdene gode nok, og var det for mange tilstede, slik at det ble trangt

rundt bordet? Dette er en del av resonneringen som ergoterapeuten må tenke på for at deltakelse i aktiviteten skal bli en god match mellom pasienten, aktiviteten og omgivelsene.

Aktivitetsanalyse er et sentralt verktøy for ergoterapeuter og vesentlig i vår faglige jobb. Det er derfor viktig at vi lærer om aktivitetsanalyser og hvordan de er forankret. Samfunnet er i stadig endring, noe som også påvirker aktivitetsanalysens formål og forståelsesramme. Dette har også betydning for våre hverdagsaktiviteter og aktivitetsmønstre som påvirkes av hvordan vi lever livene våre. En aktivitetsanalyse gir mengder av informasjon om personen og dennes aktivitetshistorie.

Er det da på tide å lydsette den tause kunnskapen og begynne å snakke om hvorfor vi skal utføre aktivitetsanalyse?

OCCUBUZZ



AN APP FOR OCCUPATIONAL WELL-BEING

Occubuzz is a new app, which allows the user to pinpoint the daily activities that are getting them down, supports them to strike the right balance in work and home life, and improves overall well-being.

By Sarah Bodell and Angela Hook



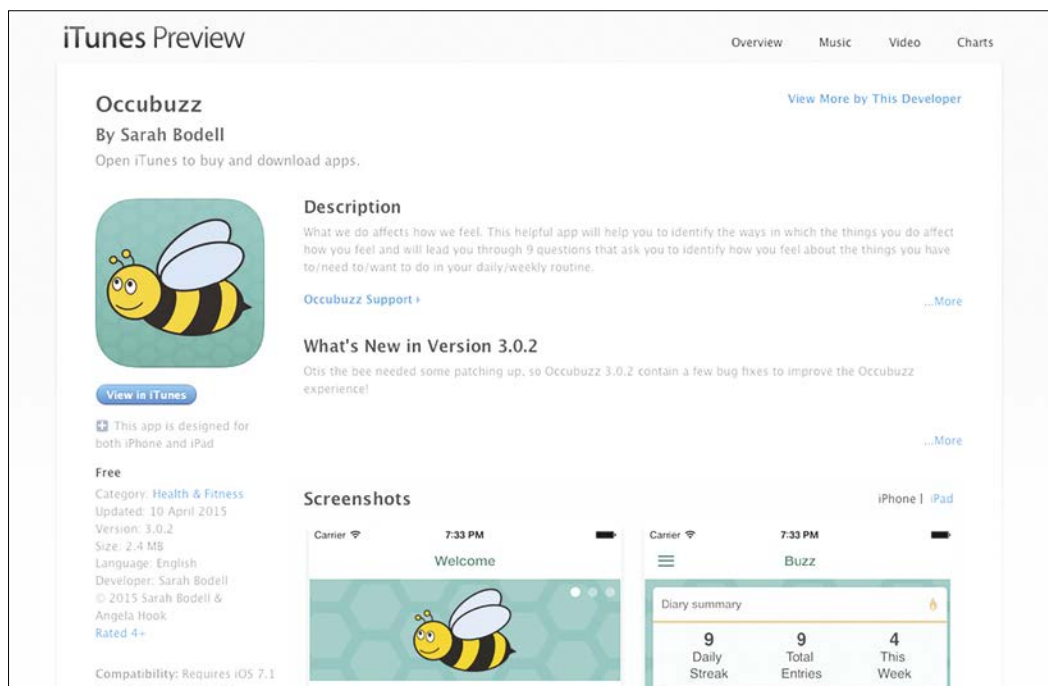
Sarah Bodell is senior lecturer and Professional Lead in Occupational Therapy at the University of Salford, UK.



Angela Hook is senior lecturer and Admissions Tutor in Occupational Therapy at the University of Salford, UK.

We were inspired to develop the app because over recent years there has been a significant government-led campaign in the UK, focusing on educating the general public about healthy choices and behaviours. Whilst there were clear messages regarding diet and exercise, cigarette smoking and drinking alcohol, there is much less emphasis on understanding the impact of what we do on how we feel; or the way we can improve our well-being by making good choices about the huge variety of activities we engage in every day. As occupational therapists we are very familiar with the concepts of occupation, balance and well-being, however this understanding is not yet embedded in public consciousness.

The first version of Occubuzz was a simple mobile webpage which offered a quiz by which people could assess their own occupational balance. It was soft launched on World Occupational Therapy Day 2012 using social media and our personal networks to spread the word. As hoped for, we received a lot of feedback, which we used to develop version 2, which was presented at the UK College of Occupational Therapists Conference in June 2013. Version 3 was made possible due to external funding, in order to buy in app design and building expertise to increase appeal, functionality and navigation of the app. In short, Occubuzz seeks to influence the well-being of the general public by encouraging them to think about what they do, and how it impacts on their well-being.



OCCUBUZZ is an app for occupational well-being. It is available, free, to download on Apple and Android devices.

The app is entirely evidence based, and comprises a short self-assessment quiz relating to issues of occupation, which the user completes in order to analyse their own occupational balance. On completion of the quiz, the user is informed if they have occupational balance, occupational deprivation or occupational overload. An explanation of these terms is given, and the user is provided with some immediate tips as to how they can improve their well-being by managing their occupations differently.

To help the user think more carefully and analyse how what they do affects how they feel, the app provides space to record and rate chosen occupations, track well-being trends over time, and learn what combination of occupations work best for them. By encouraging occupational balance – or the right amount of occupation and the right variation between occupations – the user can work towards achieving the subjective experience of well-being. In this way, Occubuzz becomes a tool for self-evaluation of occupational balance and well-being.

Occubuzz was originally developed as a tool for the healthy population, in the context of health promotion. Since we have been discussing Occubuzz with our professional community, it has however become clear that there are opportunities for Occubuzz to become a tool for practice, particularly in the fields of mental health and chronic conditions.

To this end, we are looking for partners who can help us explore the validity of this, through robust research, and thereby contributing to the evidence base of occupational therapy.

This app is based on evidence from occupational therapy and occupational science, which has been evaluated and synthesised in a yet unpublished specifically commissioned systemic literature review. The aim of this review was to provide a working definition of occupational balance and to identify the key elements of occupational balance in relation to well-being.

The review found that Occupational balance has been a central concept within occupational therapy for many years, and it is far more complex and multifaceted than in its original definition as a balance between work, rest, play and sleep. Instead, occupational balance is subjective and appears to be connected to health and well-being. It can easily be disturbed by illness, change, life events and environmental, social and temporal factors, resulting in imbalance and ill health. Creating a good occupational pattern with a varied amount of occupations in order to fulfil one's needs for meaning, challenge, productivity, healthy relationships and fun is key to achieving balance. In addition, psychological strategies are helpful in maintaining a positive and flexible attitude, and using Occubuzz to analyse one's occupational balance status as it shifts from day to day, will hopefully enable one to stay resilient and adapt more successfully to change.

Oppstartskurs landet rundt

I mai og juni har over 200 tillitsvalgte vært samlet til oppstartskurs. De tillitsvalgte har sammen med sitt regionstyre og representanter fra forbundsstyret og forbundskontoret, startet arbeidet med å rulle ut den nye organisasjonen i regionene.

Av Karl-ErikTande Bjerkaas



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

Ergoterapeutene Vest var først ute med gjennomføring av sitt oppstartskurs i Bergen i mai. I løpet av første halvdel av juni fulgte Ergoterapeutene Midt i Trondheim, Nord i Tromsø, Sør i Kristiansand, Øst på Jevnaker og Sørøst i Son.

– Dette har jeg sett fram til lenge. De tillitsvalgte ute i regionene er kjernen i vår nye organisasjonsmodell. Dere er tette på medlemmene våre. Det er nå vi virkelig starter, innledet nestleder Tove Holst Skyer.

Engasjementet hos deltakerne på oppstartkursene har vært stort. Som en deltaker i Bergen sa det ved avslutninga:

– Dette var et kjekt kurs!

Også forbundsstyret, som har deltatt på alle kursene, er fornøyde.

– Det er kjempegøy å oppleve engasjerte, reflekterte og positive tillitsvalgte, og det er flott å se at nettverk utvikles gjennom meningsutvekslinger og felles utfordringer. Jeg gleder meg til fortsettelsen, sa Tove Holst Skyer.

BREDT ANLAGT KURS

Oppstartskursene fokuserte på de utfordringene som tillitsvalgte opplever, og hvordan Ergoter-

apeutene kan støtte opp om håndteringen av disse. Dette omfattet blant annet:

- tillitsvalgtrollen i en ny organisasjon. Muligheter, tilbud og forventninger
- starte etableringen av fadderordning og nettverk for tillitsvalgte i regionen
- samfunnets utfordringer og ergoterapeuters kompetanse. Hva er mulighetsrommet på din arbeidsplass?
- Hverdagsmestring utløser ressurser for individet og samfunnet. Hvordan kan du på din arbeidsplass bidra til utvikling av bærekraftige helsetjenester?

OPPLÆRINGS- OG UTVIKLINGSPLAN FOR TILLITSVALGTE

Under kursene fikk deltakerne presentert utkastet til en opplærings- og utviklingsplan for tillitsvalgte. Denne planen ønsker forbundet tilbakemelding på, ikke bare fra kursdeltakerne, men fra alle tillitsvalgte. En mulighet er å delta i diskusjonen i debattforumet på forbundets nettsider

De tillitsvalgte oppfordres også til tydelig å signalisere sitt opplæringsbehov til de nyvalgte regionstyrene.



Regionstyret i Ergoterapeutene Vest samlet 40 tillitsvalgte i regionen til Oppstartskurs 27. og 28. mai. Byen og Bryggen viste seg også fra sin beste side. Fra venstre Kjell Arne Fløde, Ingelin Førde, Frida Leivdal Haavik, Renate Soggemoen og Anette Bru. Gudrun Heggstad og Irene Fjeld var ikke til stede da bildet ble tatt.



Ingrid-Hillevi Lærøy og Ingunn Solvang Garlid, Bergen kommune, og Trude M. Johansen, Fjell kommune, var tre av de 200 tillitsvalgte som har vært samlet til oppstartskurs i mai og juni.



Sangeeta Sharma, Haraldsplass Diakonale Sykehus AS, Kirsti N. Hellesøy, Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS, og Hanne Helgestad Johansen, Karmøy kommune, diskuterer hvordan regionene kan bistå i deres tillitsvalgthverdag.

Lønnsoppgjøret 2015 ble ferdig i rekordfart

Ingen mekling i år. Dermed har nesten alle medlemmene våre fått ny lønn fra første mai. Og vi er godt fornøyde med resultatet, den økonomiske situasjonen tatt i betraktning.

Av Brit-Toril Lundt

Arets lønnsoppgjør er så godt som ferdig. Natt til 30. april ble det enighet i Staten. Kommunene (KS) og Oslo kommune kom i mål den påfølgende dagen. Dermed var de tre «følgesvennene» ferdige innen fristen, som var første mai.

Den tolvte mai forhandlet vi A2-avtalen i helseforetakene (Spekter) og kom til enighet der.

Nå gjenstår lønnsoppgjøret i Virke. Her skal vi forhandle om de såkalte parallellavtalene andre og tredje juni. I disse forhandlingene har vi som mål å oppnå det samme resultatet som deres korrespondende avtaler i offentlig sektor.

RAMMA

Det er gjennom tradisjon og i Holden III-rapporten slått fast at lønnsutviklingen i offentlig sektor ikke skal være høyere enn i den konkurranseutsatte industrien, populært kalt «det utvidede frontfaget» (lønnsutviklingen for arbeidere og funksjonærer i industrien).

Selv om vi ser noen mørke skyer når det gjelder økonomien i Norge, så var det likevel overras-

kende at lønnsoppgjøret i industrien endte på 2,7 prosent. Det var nok forventet at man skulle se tre-tallet i år også. Men dette viser jo at partene har evne til å tilpasse seg skiftende økonomiske realiteter. Dermed var rammen for offentlig sektor lagt - nemlig 2,7 prosent, med unntak av KS, som vi kommer tilbake til nedenfor.

2,7 prosent kan fortone seg som et magisk tall fordi mange medlemmer ikke kjenner seg igjen hvis de regner ut hva de konkrete resultatene betyr for dem. Og dessuten har kanskje noen som har kikket på resultatet i et annet tariffområde enn det de selv befinner seg i, registrert at det kan være gitt langt høyere eller lavere beløp der.

HVA BLE SÅ RESULTATENE I DE ULIKE TARIFFOMRÅDENE?

De som merker lønnsendringen minst er de statsansatte. For disse ble det gitt et generelt tillegg på lønnstabellen på 700 kroner fra lønnstrinn 19 til og med 39. De øvrige trinnene ble oppjustert med 0,19 prosent. I realiteten betyr det at de statsansatte har fått oppjus-

tert lønna si med hundrelapper.

I Oslo kommune ble det gitt 1,7 prosent, minimum 6500 kroner på lønnstabellen. I helseforetakene har alle ergoterapeuter fått 2000 kroner, og spesialergoterapeuter og ledere 4000 kroner. Minstelønna ble oppjustert tilsvarende.

Kommunene (KS) gjorde årets lønnsoppgjør nesten ferdig allerede i 2014. Dette har sammenheng med innføring av et nytt lønnsystem. Et arbeid som ble påbegynt i fjor og ferdigstilt i år. Her ble det gitt ulike kronetillegg på kompetansenivåene og ansiennitetsstigen. Ramma her ble på omlag tre prosent. Den høyere ramma har sin årsak i at da partene forhandlet fjor, forventet de en generell lønnsutvikling på minst tre prosent også i år.

IKKE MEKLING I ÅR

Vi har blitt vant til at det ikke blir enighet i lønnsoppgjørene, uten at vi har vært hos Riksmeklingsmannen. Dette har vi sluppet unna i år. Vi er veldig glade for at vi kom til enighet om et forhandlingsresultat. Det viser at alle parter



Ingen mekling i år og vi er godt fornøyde med resultatet, den økonomiske situasjonen tatt i betraktning.

Foto: Fredrik Imislund.

har utvist en tilstrekkelig porsjon forhandlingsvilje og hatt et sterkt ønske om å komme fram til en løsning. Det er slik det skal være! Selv om intensjonen er å

komme fram til en forhandlingsløsning også i Virke, må vi ta et lite forbehold, siden forhandlingene ennå ikke er gjennomført når dette skrives.

HVA ER OVERHENG OG GLIDNING?

Overheng og glidning påvirker resultatene, men hva er det?

Overheng oppstår fordi lønnstillegg som blir gitt det ene året, medfører enda større tillegg i det påfølgende året. Eksempel: Lønnstillegg som ble gitt i 2014, fikk virkning i kun åtte måneder fordi virknings-tidspunktet var første mai, mens i 2015 gis tillegget i tolv måneder (fire måneder mer). Hvis vi tenker oss at det ble gitt et tillegg på 12 000 kroner i fjor, så rakk du bare å få ut 8000 kroner innen året var omme. Dermed har inneværende års lønn økt med 4000 kroner i forhold til fjoråret. Disse pengene regnes med i årets ramme. Noe skjematisk kan vi si at store tillegg det ene året fører til store overheng og dermed mindre tillegg det påfølgende året og motsatt. Det betyr at de som har fått lavest tillegg i år, kan glede seg over at det ser lysere ut for dem neste år.

Glidning oppstår på grunn av endringer i ansiennitet eller skifte av arbeidstaker som får en annen lønn enn forgjenger. Dette er lønnsendringer som skjer utenfor lønnsoppgjørene. Lønnsglidningen kan både gå i pluss eller minus.

- Primærhelsemeldinga var et reall magespark

- Etter tre år der faget har seilt i god medvind, var regjeringens primærhelsemelding et reall magespark. Nå har vi reist oss, og vi er klare til kamp, sier forbundsleder Nils Erik Ness.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Forbundsleder Nils Erik Ness kan se tilbake på tre år med ergoterapi i medvind. Hverdagsrehabilitering er iverksatt i cirka en fjerdedel av alle norske kommuner. Ergoterapeuter er pådrivere i innføring av velferdsteknologi og sentrale bidragsyttere i demensteam, forebyggende hjemmebesøk og universell utforming. I kjølvannet av dette ser vi at antall ergoterapeuter i kommunene har økt, og at antall kommuner uten ergoterapeuter er redusert.

- Fra å være reale masekopper og dørbankere hos politikere, departementene og KS, har vi særlig det siste året opplevd at vi uoppfordret blir rådspurt av de samme. Vi klarer ikke å takke ja til alle invitasjonene fra ulike kommuner som vil satse på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Alt dette har skjedd

under en profesjonsnøytral lov om helse- og sosialtjenester, sier forbundslederen.

ET REALT MAGESPARK

Stortingsmelding 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet», kom derfor som et reall magespark.

Meldinga gir innledningsvis en grei beskrivelse av utfordringsbildet og kloke løsninger som mer samarbeid, nye arbeidsformer, bredere kompetanse og vekt på ledelse. Det er også gledelig at meldinga signaliserer større grad av brukerdeltakelse.

- Primærhelsemeldinga inviterer til bruk av ergoterapeuters kompetanse. Ergoterapeuter tar utgangspunkt i dagliglivets aktiviteter. Vi gjør deltakelse i samfunnet og mestring av hverdagslivet mulig ved å kombinere trening av hverdagsaktiviteter og tilrettelegging av omgivelser, sier forbundslederen.

Det beklagelige er at meldinga foreslår å gå tilbake til lovpålagte profesjoner i kommunene og foreslår de samme profesjonene som i forrige kommunehelseslov, i tillegg til psykologer. Ergoterapeutene er ikke nevnt.

- Det er helt uforståelig at ergoterapeuter ikke skal være en lovfestet del av framtidens primærhelsetjeneste sammen med sykepleiere, fysioterapeuter, leger

og psykologer. Om dette blir stående, er det en uklok beslutning for vår aldrende befolkning, for de mange med funksjonsnedsettelser i Norge og for oppbygging av et inkluderende samfunn, sier Ness.

MANER TIL KAMP

Forbundsleder Nils Erik Ness minner om at dette er en stortingsmelding, og at en eventuell lovendring ligger lenger fram i tid.

- Jeg inviterer derfor medlemmer, tillitsvalgte og alle våre støttespillere til kamp for en bedre primærhelsetjeneste. Vi har blitt fortalt at regjeringen er redd for at det vil bli dyrt å lovfeste ergoterapi. Sammen skal vi vise at ergoterapi utløser ressurser, fastslår forbundslederen.

FINN DE GODE EKSEMPLENE

Hver fjerde kommune har erfart at når de engasjerer ergoterapeuter for å implementere hverdagsrehabilitering, sparer de penger. I arbeidet med primærhelsemeldinga ønsker forbundslederen nå flere, gode eksempler.

- Jeg inviterer hele organisasjonen til dugnad for å fremskaffe gode eksempler på at ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig, og at ergoterapi utløser ressurser. Del eksemplene med din tillitsvalgte, regionstyret eller forbundskontoret, oppfordrer han.

HOLD DEG OPPDATERT!

Hold deg oppdatert om utviklingen i denne saken ved å klikke deg inn på:

- › Ergoterapeutenes hjemmeside, ergoterapeutene.org
- › forbundsleder Nils Erik Ness' blogg, erganen.wordpress.com
- › Norsk Ergoterapeutforbunds Facebook-side
- › Twitter og Instagram - @ergoterapeutene

Foto: Fredrik Imislund



Ergo må ergo på plass

Det går mot kommuneval. Snart er valkampen i full gang. Spennninga stig. Temperaturen også. Presset på partia og kandidatane aukar. Omfanget av lovnader og forsikringar like eins. Så får vi sjå. – Vi kan ikkje både love og halde på ein gong, skal ein kjend politiskar ha sagt.



**ANDERS
FOLKESTAD**
UNIOLEDER

Heldigvis er det framleis mange som ønskjer å bli folkevalde i kommunar og fylkeskommunar. Utan folkevalde, ikkje noko folkestyre. Og at folk stiller, vel vitande om at kritikken kjem. Ofte frå organisasjonar og velskolerte tillitsvalde.

Helse- og omsorgspolitikken, ikkje minst eldreomsorga, kjem til å bli ei toppsak i valkampen. Både sentralt og lokalt. Slik er det nesten alltid. Og det blir ekstra tøft i år. Regjeringa har nyleg lagt fram ei stortingsmelding om primærhelsetenesta (Stortingsmelding 26), nærast som ein aperitif, til debatten om kommunehelsetenesta.

Det er mykje bra i denne meldinga. Mellom anna blir det lagt opp til, og stilt krav om, forsterka samarbeid mellom dei ulike ledda og faggruppene i kommunehelsetenesta. Og det bli lagt vekt på at samspelet mellom kommunane og sjukehusa må bli betre. Heilskapen må bli betre, ikkje minst

med tanke på dei som har ulike og samansette behov. I tillegg blir det (gjen)innført at visse tenester og yrkesgrupper blir lovpålagde for kommunane.

Men meldinga har ein stor skavank: Dette lovpålegget gjeld ikkje for ergoterapeutar. I lys av argument som blir brukte for lovfesting, og dei behova og oppgåvene kommunane står overfor, er dette uforståeleg. Og uakseptabelt – både for ergoterapeutar som faggruppe, og for folk som har behov for kompetansen deira.

Ergoterapeutar gjer kvardagslivet enklare for mange. Aktivitet, deltaking og meistring er viktig for den enkelte. Med god tilrettelegging og trening vil mange kunne bu lenger heime i alderdomen eller handtere helseplager på ein enklare måte. Dette er god «business» for kommunane dersom fleire kan klare meir på eiga hand, også i eigen heim. Og talet på eldre aukar.

Vi veit at kampen om kro-

ner og budsjettprioriteringar er beinhard i kommunane. Det får vi nok høyre mykje om i valkampen. Difor er det ein reell fare for at tenester og oppgåver som ikkje er forpliktande gjennom lovfesting, kjem bak i prioriteringskøa. Dette er det solid erfaring for. Og vi høyrer det også frå lokalpolitikkarar: Først prioriterer vi det lovpålagde, så prioriterer vi mellom det lovpålagde, og så kjem alt det andre.

Meldinga framhevar behovet for habilitering og rehabilitering. For kvardagsrehabilitering, som har hatt vind i segla den siste tida. Både fordi det er nyttig og fordi det lønner seg. Ergoterapi er ein kjernekompetanse innbyggjarar treng. Ergo må ergo på plass. Ergoterapi må bli lovpålagd teneste i kommunane. Men her har det «glippa» i logikken for regjeringa.

Det må stortinget rette opp når meldinga skal behandlast til hausten.

En av fem mangler innboforsikring

Ved en stor brannskade står du nærmest på bar bakke om du ikke har forsikring. Mange undersøkelser tyder på at så mange som en av fem mangler innboforsikring. Dette gjelder særlig i blokker og bygårder. Det er grunn til å tro at leieboere synder oftere enn boligeiere.

Av Roar Hagen

MANGE RAMMES

Rundt 1 500 husstander rammes hvert år av en skade på innboet uten å ha forsikringen i orden. Ved en brann eller et tyveri vil de ikke få dekket noe av tapet.

Mange er heller ikke klar over at innboforsikringen dekker mye mer enn bare brann og innbrudd. Med en god innboforsikring har du både retts-
hjelpsdekning, ansvarsforsikring og naturskade. Og dekning om sykkelen din skulle bli stjålet.

DEKKER UFLAKSHENDELSER

Vår innboforsikring dekker også rene uflakshendelser. For eksempel at tv-en velter i gulvet og ødelegges, eller at noe innbo blir skadet under transport eller gnagd i biter av en vilter hund. Egenandelen er 3000 kroner.

STORE VERDIER

Alle bør ha en innboforsikring, om de bor på hybel, i eget hus eller i leilighet. De fleste blir overrasket hvis de begynner å regne over hva de faktisk eier. Hvis uhellet er ute, og man sitter der uten forsikring, er det mange som får økonomiske problemer.

Ettersom borettslag og sameier har en egen bygningsforsikring, så tror ofte folk at denne også dekker innboet. Men det gjør den altså ikke.

Innboforsikring inngår heller ikke som en del av medlemskapet hos oss. Du må bestille og betale den selv.

PRIS ETTER BOSTED OG DEKNING

Du kan velge dekning fra 500 000 til tre millioner kroner i Ergoterapeutenes innboforsikring. Prisen bestemmes av størrelsen på dekningen samt hvor du bor. Forsikringen er rimeligst på landsbygda og dyrest i de største byene.



Sjekk våre nettsider for å finne ut hva den koster for deg: www.ergoterapeutene.org/forsikring.

TA KONTAKT!

Er du i tvil om du har innboforsikring hos oss, er det bare å ta kontakt med forsikringskontoret på 22 05 99 15 eller på e-post forsikring@ergoterapeutene.org. Er du sikker på at du IKKE har innboforsikring, tar du kontakt med en gang!

Nye regler om midlertidig ansettelse

Fra første juli i år trer de omstridte lovendringene i arbeidsmiljøloven i kraft. Blant flere endringer er det særlig de nye reglene om midlertidige ansettelser som har vært diskutert, og som nå er vedtatt. Disse får virkning for alle som er ansatt i privat og kommunal sektor, samt ansatte ved helseforetakene.

Av Elisabeth Dolva Sandøy



Elisabeth Dolva Sandøy er advokatfullmektig i advokatfirmaet Storeng, Beck & Due Lund.

Mange er av den oppfatningen at regelendringene innebærer en absolutt generell adgang for arbeidsgiver til å ansette midlertidig. Dette er ikke tilfelle. Hovedregelen i arbeidsmiljøloven vil fremdeles være at ansettelser skal være faste.

GENERELL ADGANG TIL MIDLERTIDIGE ANSETTELSE

Også med de nye reglene vil arbeidsgiver kunne ansette midlertidig på de tradisjonelle hjemmelsgrunnlagene, slik som der det foreligger vikarbehov eller behov for arbeid av såkalt midlertidig karakter. Fra første juli vil det i tillegg være en «generell» adgang til å ansette midlertidig. Dette innebærer at arbeidsgiver ikke behøver å gi noen begrunnelse eller dokumentere et behov utover selve ønsket om å ansette midlertidig.

Begrunnelsen bak en slik utvidet adgang til å ansette midlertidig er at dette kan fungere som et «springbrett» til fast ansettelse – hvilket fortsatt er hovedregelen og det ønskelige. En utvidet adgang til å ansette midlertidig vil kunne føre til en lavere terskel for ansettelser man ellers ville unngått av frykt for feilansettelser. Du vil som midlertidig ansatt derfor lettere få mulighet til å oppar-

beide kompetanse og referanser, hvilket kan gjøre det enklere å oppnå fast ansettelse.

Et annen viktig presisering i lovendringene er at du som midlertidig ansatt har krav på å få dette nedfelt skriftlig i arbeidsavtalen. Konsekvens av manglende skriftlighet vil kunne danne grunnlag for å krav på fast ansettelse.

BEGRENSNINGER I ADGANGEN TIL MIDLERTIDIG ANSETTELSE

For å motvirke at arbeidsgiver misbruker adgangen til midlertidig ansettelse, er det likevel oppstilt tre typer begrensninger i denne adgangen. Begrensningene er følgelig ment å fungere som et virkemiddel for å sikre at faste ansettelser fremdeles skal være det primære ansettelsesgrunnlaget.

For det første vil man være bundet av en karanteneperiode dersom kontrakt om midlertidig ansettelse avsluttes. Arbeidsgiver vil som utgangspunkt stå fritt til å si opp kontrakten. Gjøres dette, vil det imidlertid under karantenen ikke være adgang til å inngå nye midlertidige ansettelser på generelt grunnlag for utførelse av arbeidsoppgaver av samme art innenfor samme virksomhet de neste tolv månedene etter avslutning av kontrakten.

Av forarbeidene følger at hva som er arbeidsoppgaver av

samme art, vil kunne være både samme arbeidsoppgaver og likeartede oppgaver. Det vil bero på en konkret vurdering hva som faller inn under dette. Kjernen i vurderingen er de faktisk utførte arbeidsoppgavene under den avsluttede midlertidige ansettelsen. Momenter i vurderingen kan være om det dreier seg om arbeidsoppgaver på samme stillingsnivå, og om arbeidsoppgavene krever tilsvarende utdanning og kompetanse.

Hva som er samme virksomhet, er ifølge forarbeidene som utgangspunkt den aktuelle juridiske enheten. Arbeider du i en virksomhet med store avdelinger med minst 50 ansatte og som er avgrenset organisatorisk, er det i forarbeidene likevel pekt på at dette kan anses å være samme virksomhet.

Slik det fremgår, er følgelig grensene for hva som omfattes av karanteneperioden svært skjønnsmessig. Ansetter arbeidsgiver på midlertidige kontrakter i karanteneperioden, vil disse arbeidstakerne kunne ha krav på fast ansettelse.

Den andre begrensningen går ut på en kvotebegrensning for hvor mange arbeidstakere som kan ansettes på generelt grunnlag. Denne er satt til maksimalt 15 prosent av arbeidstakerne i virksomheten. Det er tale om prosentvis arbeidstakere og ikke årsverk.

Det vil uansett alltid være tillatt at minst én arbeidstaker er ansatt på det generelle grunnlaget. Dette har betydning dersom man jobber i virksomheter med seks ansatte eller færre.

For det tredje vil det ikke være adgang til å inngå individuell avtale om gjennomsnittsberegning av arbeidstiden med arbeidstaker som er midlertidig ansatt på generelt grunnlag.



*Hovedregelen i arbeidsmiljøloven vil fremdeles være at ansettelser skal være faste.
Foto Colourbox*

FRA FIRE- TIL TREÅRSREGEL

Nytt med loven er også at midlertidig ansettelse som vikar eller med hjemmel i den generelle adgangen skal gi arbeidstaker rett til fast ansettelse etter tre år. Dette er annerledes fra dagens rettstilstand, som oppstiller rett til fast ansettelse også for vikarer først etter fire års ansettelse. Treårsregelen vil gjelde tilsvarende der arbeidstaker er midlertidig ansatt med grunnlag i en kombinasjon av den generelle adgangen og vikaradgangen. Midlertidig ansettelse på grunnlag av arbeid av midlertidig karakter medfører imidlertid fremdeles – i likhet med dagens regelverk – fast ansettelse først etter fire år.

OVERGANGSREGEL

Regelen skal kun få virkning for arbeidsavtaler som er inngått etter lovens ikrafttredelsestidspunkt.

Er det imidlertid tale om vikariater hvor kontraktene forlenges etter lovens ikrafttredelse, vil den foregående perioden de har jobbet midlertidig regne med når det skal beregnes når arbeidstakeren har krav på fast ansettelse etter tre år. Dette medfører at dersom du som arbeidstaker tidligere har

vært ansatt sammenhengende midlertidig i mer enn tre år og får tilbud om ny avtale om vikariat, vil du umiddelbart ha krav på fast ansettelse etter den nye regelen. Tidligere midlertidige arbeidsforhold som omfattes av reglene, regnes med, selv om disse er gjennomført før ikrafttredelse. På tidspunktet for inngåelse av vikariatavtalen, vil arbeidsgiver vite om de nye reglene, og dermed konsekvensen av å ansette arbeidstakeren i vikariatet. Dette i motsetning til avtaler som er inngått før og løper videre på ikrafttredelsestidspunktet.

Dersom kontraktene forlenges nå – før lovens ikrafttredelse - vil uansett ikke treårsregelen gjelde for disse.

REGEL OM OPPSIGELIGHET I AVTALEPERIODEN

Nåværende rettstilstand er noe usikker hva gjelder om det er adgang til å si opp midlertidig ansatte før avtaleperiodens utløp. Det innføres derfor en bestemmelse som eksplisitt tillater å si opp ansettelsesforholdet også før avtaleperiodens utløp etter de alminnelige bestemmelsene om opphør av arbeidsforholdet.

Hvem skal motta Tillitsvalgtpriisen 2015?

For fjerde gang skal Tillitsvalgtpriisen deles ut. Vi trenger forslag til kandidater.

Utmerkelsen «Årets tillitsvalgt» deles ut til et medlem av forbundet som har gjort en vesentlig innsats som tillitsvalgt. Den kan tildeles plasstillitsvalgte, hovedtillitsvalgte og organisasjonstillitsvalgte.

Årets tillitsvalgte kan ha utmerket seg gjennom for eksempel:

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



Fjorårets vinner, Ania Wiggen Jørgensen, under overrekkelsen på forbundets landsmøte i fjor (foto: Fredrik Imislund).

Skjema for nominasjon av kandidater finner du på våre nettsider eller ved å ta kontakt med forbundskontoret.

Tidligere vinnere

Tidligere har disse tre tillitsvalgte

fått prisen:

- 2012: Grete Olaussen, Oslo universitetssykehus
- 2013: Johanne Knudsen, Bergen kommune
- 2014: Ania Wiggen Jørgensen, Eidsvoll kommune

Regioner til å regne med

Landsmøtet i 2014 vedtok som kjent å etablere et regionalt ledd i organisasjonen. Disse regionene ble etablert i andre kvartal 2015. Regionene skal arbeide for stor faglig aktivitet blant medlemmene, oppfølging og utvikling av tillitsvalgte og bidra til å knytte organisasjonen sammen fra det enkelte medlem og helt inn i forbundets styre.

Fylket du arbeider i, avgjør hvilken region du tilhører. Dersom du ikke er yrkesaktiv er det privatadressen din som avgjør. Vi har seks regioner bestående av følgende fylker.

- Nord: Nordland, Troms og Finnmark
- Midt: Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag
- Vest: Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland
- Sør: Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark og Vestfold

- Øst: Buskerud, Hedmark og Oppland
- Sørøst: Oslo, Akershus og Østfold

Arbeidet i regionene ledes og koordineres av et regionestyre som ble valgt ved elektronisk valg blant medlemmene i mars. Du finner kontaktinformasjon til regionen og styremedlemmene på hjemmesiden.



Aktivitet og
deltakelse for alle.

Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem

1. Du blir del av et landsomfattende nettverk av ergoterapeuter
2. Du bidrar til å utvikle og styrke ergoterapi som fag
3. Du får halv pris på ergoterapifaglige kurs
4. Du får fagbladet Ergoterapeuten hjem i postkassa
5. Du kan bli ergoterapispesialist og få støtte til faglig utvikling
6. Du blir medlem i World Federation of Occupational Therapist (WFOT)
7. Du forbedrer dine lønns- og arbeidsvilkår
8. Du er sikret medbestemmelse på din arbeidsplass
9. Du får tilgang til materiell for å profilere fag, yrke og forbund
10. Du får tilbud om en lang rekke attraktive medlemsfordeler og rabatter

www.ergoterapeutene.org/innmelding

ergoterapeutene

Aktivitetsanalyse

– en ergoterapeutisk kernekompetence

Av Karen Marie Bundgaard og Cecilie von Bülow



Karen Marie Bundgaard har Master of Science i ergoterapi. Hun var tidligere lektor på Ergoterapeutuddannelsen ved University College Lillebælt.



Cecilie von Bülow har Master of Science i ergoterapi og er nå phd stipendiat ved Parker Instituttet ved Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Forskningsinitiativet for ergoterapi og aktivitetsstudier ved Syddansk Universitet og Professionshøjskolen Metropol.

Abstrakt

Aktivitetsanalyse er en grundlæggende færdighed i ergoterapi. Artiklen beskriver to typer af aktivitetsanalyse.

Analyse af aktivitet som den typisk foregår, uden en bestemt klient eller bestemte omgivelser i tankerne. Analysen anvendes til at identificere de mulige måder, aktiviteten kan udføres på, de omgivelser den kan foregå i og de kulturelle og personlige betydninger aktiviteten kan have.

Analyse af betydningsfuld aktivitet, som er en analyse af en aktivitet, som klienten har identificeret som værende betydningsfuld, og som klienten har for vane at udføre på en bestemt måde og i en bestemt kontekst. Begge analyser anvendes løbende i den ergoterapeutiske arbejdsproces, både i forbindelse med undersøgelse, målsætning og intervention.

Formålet med aktivitetsanalyse er at forstå en aktivitets karakteristika, kompleksitet, fleksibilitet, krav til omgivelser og personen og aktivitetens betydning med henblik på at vurdere aktivitetens terapeutiske potentiale.

Søgeord: aktivitet, aktivitetsanalyse, betydningsfuld aktivitet, ergoterapi.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Aktivitetsanalyse har, siden professionens tilblivelse, været en grundlæggende færdighed i ergoterapeutisk praksis, internationalt såvel som nationalt, både indenfor sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og rehabilitering. Aktivitetsanalyse indgår i ergoterapeutens kliniske ræsonnering før og under undersøgelse, målsætning og intervention. Analysen er en tankeproces, der kan foregå så automatisk, at ergoterapeuten ofte ikke er bevidst om denne færdighed, ligesom den heller ikke er synlig for vore samarbejdspartnere.

Artiklen er en forkortet og redigeret udgave af kapitlet «Aktivitetsanalyse i Ergoterapi» i den danske «Basisbog i Ergoterapi» (1). Hensigten med artiklen er at eksplicite formålet med aktivitetsanalyse, beskrive hvilke elementer der indgår, og hvordan analysen anvendes i den ergoterapeutiske arbejdsproces med særlig fokus på undersøgelse, målsætning og intervention.

Formålet med aktivitetsanalyse er at forstå aktiviteterens karakteristika, kompleksitet, fleksibilitet, krav til omgivelserne og personen – og aktivitetens betydning. Aktivitetsanalyse kvalificerer vurderingen af forskellige aktiviteterens terapeutiske potentiale, i forholdt til udvælgelse af den mest egnede aktivitet og tilpasning af aktiviteten.

Aktivitetsanalyser

I litteraturen beskrives både analyse af aktivitet (Activity Analysis) og analyse af betydningsfuld aktivitet (Occupation-based Activity Analysis).

Analyse af aktivitet er en analyse af aktiviteter som de almindeligvis foregår. I den forbindelse har ergoterapeuten derfor ikke en bestemt klient eller specifikke omgivelser i tankerne, men analyserer forskellige typiske måder at udføre aktiviteten på. Kielhofner (2) definerer dette som analyse af aktivitetsformer og opgaver. I analyse af aktivitet reflekteres blandt andet over, hvordan aktivitet kan udføres, hvor den kan foregå, samt hvilke betydninger den kan have. Formålet med analyse af aktivitet er at få en detaljeret forståelse af aktivitet og forskellige måder at udføre aktivitet på. Analyse af aktivitet hjælper således praktikerne til at vide, hvilke aktiviteter der har terapeutisk potentiale, og derfor skal foreslås til klienten (3). Analyse af aktivitet er tidligere i dansk litteratur oversat til aktivitetsbaseret aktivitetsanalyse.

Analyse af betydningsfuld aktivitet er derimod en individualiseret proces, fordi den er indlejret i en bestemt persons perspektiv. Det er en analyse af

en aktivitet, som ergoterapeutens klient har identificeret som betydningsfuld, og som klienten har for vane at udføre på en bestemt måde, og i en bestemt kontekst (3). Eftersom klienters aktivitetsudførelse er unik, er ergoterapeuten nødt til at afdække, hvordan klienten plejer at udføre aktiviteten, hvilke omgivelser det foregår i samt hvilke redskaber klienten plejer at anvende. Denne analyse af betydningsfuld aktivitet er tidligere i dansk litteratur oversat til personbaseret aktivitetsanalyse.

For at kunne analysere aktivitet og betydningsfuld aktivitet skal ergoterapeuten have viden om aktiviteten og de sekvenser der indgår i aktiviteten. Viden om aktiviteter og sekvenser kan være opnået gennem personlige erfaringer, klinisk erfaring eller videnskabelig viden. Viden om aktivitet kan eksempelvis være opnået gennem det tværvidenskabelige forskningsområde aktivitetsvidenskab, som har til formål at udvikle viden om aktiviteterens form, funktion og den dertil knyttede kontekst (4). Viden om betydningsfuld aktivitet og sekvenser i betydningsfuld aktivitet kan ergoterapeuten kun opnå ved at interviewe klienten eller dennes nærmeste.

I analysen af komplekse aktiviteter kan det, både i analyse af aktivitet og analyse af betydningsfuld aktivitet, være en fordel at nedbryde aktiviteten i mindre opgaver, der så analyseres. Påklædning kan være et eksempel på en kompleks aktivitet, som kan opdeles og analyseres i følgende opgaver «finde tøjet frem», «tage bukser på», «tage bluse på», osv. (5). Komplekse aktiviteter, der foregår i forskellige fysiske omgivelser og inkluderer anvendelse af flere redskaber, kan også med fordel indeles og analyseres i mindre opgaver. Aktiviteten «at lave havearbejde» kan for eksempel opdeles og analyseres i følgende opgaver «fejfe fliser», «plante planter i potte i drivhus» og «slå græs».

Anvendelse i arbejdsproces

Evnen til at foretage analyse af aktivitet og analyse af klienters betydningsfulde aktiviteter er væsentlige færdigheder, der anvendes gennem hele den ergoterapeutiske arbejdsproces, og er nødvendige for at ergoterapeuter kan arbejde klientcentreret og aktivitetsorienteret. Begge analyser anvendes således både i forbindelse med undersøgelse, målsætning, intervention og evaluering. Ergoterapeuten foretager for eksempel en analyse af betydningsfuld aktivitet, når det i samarbejde med klienten vælges og aftales, hvilke betydningsfulde aktiviteter ergoterapeuten skal observere klienten udføre i en obser-

vationsbaseret undersøgelse. Denne observation foregår i trinnet «Observere klientens opgaveudførelse og iværksætte udførelsesanalyse» i den ergoterapeutiske arbejdsprocesmodel «Occupational Therapy Intervention Process Model» (OTIPM) (6). Analyse af betydningsfuld aktivitet foretages også, når der skal aftales «handleplan og målsætning», som er et af handlepunkterne i den ergoterapeutiske arbejdsprocesmodel, «Canadian Practice Process Framework» (CPPF) (7).

Terminologi

Flere forfattere har skrevet om aktivitetsanalyse, og disse beskrivelser syntes at have mange ligheder, på trods af at forfatterne anvender forskellig terminologi, og begreberne er oversat forskelligt for eksempel af danske forfattere. Eksempelvis anvender de forskellige forfattere begreberne betydningsfuld aktivitet, aktivitet og opgave uensartet. Forfatterne af denne artikel har tilstræbt en konsekvent oversættelse af fagbegreberne. Begreberne er oversat og anvendt således: Occupation (betydningsfuld aktivitet), activity (aktivitet), task (opgave) og sequencies (sekvenser).

Crepeaus definition

Da Crepeaus beskrivelse af aktivitetsanalyse efter forfatternes mening er den mest detaljerede beskrivelse, anvendes denne som den primære kilde til at beskrive forskellige typer af aktivitetsanalyse og til at illustrere de elementer, der kan indgå i en aktivitetsanalyse (3).

Aktivitetsanalyse beskrives som en tankeproces, der bidrager til ergoterapeutens kliniske ræsonnering i forbindelse med undersøgelse og intervention.

Crepeaus definition af aktivitetsanalyse er: «*En tankeproces der anvendes af ergoterapeuter til at forstå aktiviteter og betydningsfulde aktiviteter, de krav de stiller og deres terapeutiske potentiale, de færdigheder der er nødvendige og aktiviteternes færdigheder*» (3, s. 189).

Forskellige typer af aktivitetsanalyse

Crepeau nævner tre forskellige typer af aktivitetsanalyse: Analyse af aktivitet (Activity Analysis), teoribaseret aktivitetsanalyse (Theory-Focused Analysis) og analyse af betydningsfuld aktivitet (Occupation-Based Activity Analysis) (3).

ANALYSE AF AKTIVITET

Crepeau definerer analyse af aktivitet, som en tankeproces praktikere anvender til at identificere de mu-

lige måder, aktiviteten kan udføres på, de omgivelser aktiviteten kan foregå i, samt de mulige kulturelle og personlige betydninger, aktiviteten kan have.

I analysen identificeres, hvilke krav og redskaber udførelse af aktiviteten forudsætter, herunder hvilke typiske objekter og materialer der anvendes, hvilke fysiske og sociale omgivelser der er krævet, samt hvilke motoriske-, processuelle-, sociale-, kommunikative færdigheder og underliggende kapaciteter der kræves.

TEORIBASERET AKTIVITETSANALYSE

Teoribaseret aktivitetsanalyse er i modsætning til analyse af aktivitet, en analyse af en aktivitets generelle egenskaber i et teoretisk perspektiv. Ved at anvende principperne fra en bestemt praksisteori analyseres aktiviteterne ud fra de problemer, denne teori retter sig mod. Eksempelvis, kan en biomekanisk tilgang være passende, hvis en klient udviser nedsatte motoriske færdigheder som at løfte og gribe om genstande på grunn af nedsat styrke. Den valgte praksisteori vil have indflydelse på graduering og adaptation af klientens betydningsfulde aktiviteter. Den teoribaserede aktivitetsanalyse uddybes ikke i artiklen.

ANALYSE AF BETYDNINGSFULD AKTIVITET

I modsætning til teoribaseret aktivitetsanalyse og analyse af aktivitet er klienten i denne analyse i forgrunden. Analyse af betydningsfuld aktivitet medinddrager klientens kontekst, interesser, mål og muligheder, såvel som de krav aktiviteten stiller. Analyse af betydningsfuld aktivitet har indflydelse på terapeutens indsats i forhold til at hjælpe klienten med at nå sine mål gennem grundig undersøgelse og intervention (3).

Analyse af aktivitet

Elementerne i analyse af aktivitet illustreres i Tabel 1 på næste side. I punkterne står der «beskriv», hvilket kan være en god ide for studerende for at opøve færdigheder i den systematiske analyseproces, og også for færdiguddannede ergoterapeuter for eksempel ved anvendelse af nye og måske mindre kendte aktiviteter. I mange tilfælde foregår analyse af aktivitet dog som en tankeproces hvor elementerne kan anvendes til at systematisere ergoterapeutens refleksioner og danne baggrund for beslutninger i arbejdsprocessen. Tabel 1 viser Crepeaus bud på hvilke elementer der indgår i analyse af aktivitet.

Aktiviteten	<ul style="list-style-type: none"> Beskriv aktiviteten med en eller to sætninger.
Redskaber og deres egenskaber	<ul style="list-style-type: none"> Beskriv de redskaber, materialer og det udstyr der typisk bruges ved udførelse af aktiviteten. Overvej og beskriv redskabernes mulige symbolik/betydning og egenskaber.
Krav i omgivelserne	<ul style="list-style-type: none"> Beskriv den typiske kontekst for aktiviteten ved hjælp af kategorierne nedenfor, vær præcis. <ul style="list-style-type: none"> Beskriv krav til møblering Beskriv krav til udstyrets placering Beskriv krav til belysning Beskriv krav i forhold til støj og andre forstyrrelser Hvilke andre mulige kontekster kunne der være? Beskriv dem kort
Sociale krav	<ul style="list-style-type: none"> Beskriv de typiske sociale og kulturelle krav ved deltagelse i denne aktivitet. Brug nedenstående kategorier Beskriv de personer der typisk er involveret i aktiviteten. Hvad er deres relation til hinanden? Hvad forventer de typisk af hinanden? Beskriv de typiske regler, normer og forventninger ved udførelsen af denne aktivitet. Beskriv den kulturelle og symbolske betydning, der typisk tillægges denne aktivitet. Overvej i hvilke andre sociale kontekster aktiviteten kunne udføres. Hvordan kunne normerne, reglerne og betydningen i så fald ændre sig?
Rækkefølge og tidsperspektiv/beregning	<ul style="list-style-type: none"> Lav en liste over sekvenser i den rækkefølge aktiviteten analyseres (ikke mere end 15). Inkluder tidskrav, som f.eks. at vente på at limen tørrer og brødet hæver. Hvor meget fleksibilitet er der typisk i rækkefølge og tidsforbrug i sekvenserne? Foregår aktiviteten typisk på et bestemt tidspunkt af dagen (f.eks. foregår bad og påklædning typisk om morgenen)?
Nødvendige færdigheder	<ul style="list-style-type: none"> Udvælg for hver af kategorierne nedenfor de fem færdigheder der er vigtigst for at kunne udføre aktiviteten. Lav en liste og beskriv dem. <ul style="list-style-type: none"> Motoriske færdigheder Procesmæssige færdigheder Kommunikations-/interaktionsfærdigheder Hvor fleksibel er aktiviteten for personer med funktionsnedsættelser? Hvilke muligheder er der for graduering og tilpasning?
Nødvendige kropsfunktioner og anatomi	<ul style="list-style-type: none"> Lav en kort liste over de kropsfunktioner, der typisk er nødvendige for at deltage i aktiviteten.
Sikkerhedsmæssige forhold	<ul style="list-style-type: none"> Lav en liste over mulige sikkerhedsrisici. Tænk specielt på børn og personer med kognitive problemer eller nedsat dømmekraft.

Tabel 1. Activity analysis format (table 16-2) (3, s. 193). Frit oversat juni 2011 af lektor Karen Marie Bundgaard, MSc. i ergoterapi, ergoterapeutuddannelsen UC Lillebælt.

Analysen foregår ikke nødvendigvis i denne rækkefølge, men punkterne illustrerer de elementer, der kan indgå i ergoterapeutens analyse af aktivitet når aktiviteterets terapeutiske potentiale skal vurderes.

Analyse af betydningsfuld aktivitet

Når ergoterapeuten analyserer en klients betydningsfulde aktivitet, analyseres aktiviteten ud fra samme elementer som indgår i analyse af aktivitet, men nu ud fra hvordan en bestemt klient sædvan-

ligvis udfører aktiviteten. Ergoterapeuten må derfor, for at lave en analyse af en betydningsfuld aktivitet, indhente informationer om, hvordan klienten plejer at udføre aktivitet, eksempelvis «lave kaffe». Ergoterapeuten vil spørge indtil hvilke redskaber og materialer klienten anvender, samt i hvilke omgivelser aktiviteten normalt udføres. Ergoterapeuten skal på baggrund af informationer om klienten analysere hvilke færdigheder, der er nødvendige for at udføre aktiviteten og forestille sig hvilke styrker og svaghe-



der klienten kan have. I Crepeaus bog «Occupational Therapy» (s. 196) ses et skema der illustrerer de elementer der ifølge Crepeau (3) indgår i analyse af betydningsfuld aktivitet .

Tilpasning af aktivitet

Både analyse af en aktivitet og analyse af betydningsfuld aktivitet giver ergoterapeuten information om den aktivitet, der skal udføres. Refleksionerne bag begge analyser, gør det derfor muligt for ergoterapeuten at anvende aktivitet terapeutisk (8). Ved terapeutisk anvendelse af aktivitet, vurderes aktivitetens anvendelighed og tilpasningsmuligheder, for at tage stilling til om aktiviteten er egnet som middel til at observere klienten i undersøgelsen, som middel i intervention og/eller opnåelig i forbindelse med målsætning? Ergoterapeuten må stille spørgsmål om, hvorvidt der kan ske tilpasningerne i de fysiske eller sociale omgivelser? Kan mulige risikofaktorer fjernes? Kan kravene til bestemte færdigheder mindskes? Kan nogle sekvenser udelades?

Hagedorn (8) beskriver at nogle af de faktorer der kan tilpasses er:

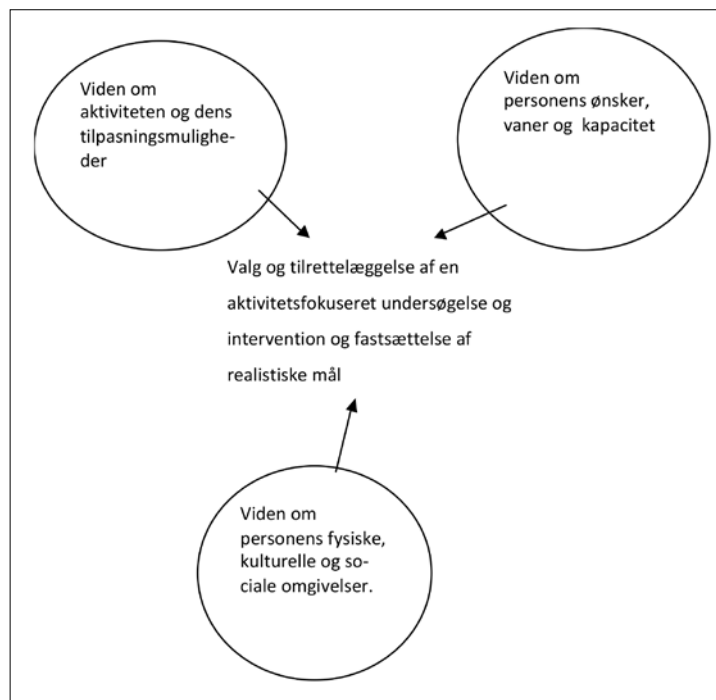
- fysiske omgivelser, for eksempel placering af møbler
- sociale omgivelser, for eksempel antal personer involveret i aktiviteten
- udstyr, for eksempel udformning af kniv og materialer, som vægt
- teknik, for eksempel måden man vrider en karklud på og måden man tager en trøje på
- rækkefølge af sekvenser eller aktiviteter i løbet af dagen, hvis der er mulighed for fleksibilitet
- varighed og repetition af sekvenser
- udførelseskrav i forhold til det sansemotoriske, kognitive, psykologiske og interaktionelle område
- udførelseskrav i forhold til de enkelte sekvenser

Anvendelse i praksis

Begrebet aktivitetsanalyse anvendes i følgende afsnit som overordnet begreb, da analyse af aktivitet og analyse af betydningsfuldaktivitet er integrerede dele af vores tankeproces og derfor svære at adskille i praksis. Ergoterapeuten anvender sin viden om aktivitet og dens tilpasningsmuligheder opnået gennem aktivitetsanalyse både før og undervejs i undersøgelse og intervention.

Planlægningen og udførelse af den ergoterapeutiske undersøgelse og intervention sker ved at matche:

1. viden om aktiviteten og dens tilpasningsmuligheder, opnået gennem aktivitetsanalyse



Figur 1: Kontekst for ergoterapeutens valg af aktiviteter, tilrettelæggelse af disse og fastsættelse af mål.

2. viden om klientens omgivelser opnået gennem undersøgelse og analyse af klientens omgivelser
3. viden om klientens ønsker, vaner og kapacitet, der findes ved hjælp af standardiserede og ikke standardiserede undersøgelser

I dette match findes konteksten for ergoterapeutens valg af aktiviteter, tilrettelæggelse af disse og fastsættelse af mål (se figur 1).

Flere forfattere beskriver, at aktivitetsanalysen er vigtig i både undersøgelsesfasen og i interventionen (5,9,10). Forfatterne at denne artikel mener også, at aktivitetsanalyse anvendes i målsætning med klienten.

UNDERSØGELSE

I undersøgelsesfasen anvendes aktivitetsanalyse til at finde en egnet aktivitet og eventuelt tilpasse den til en standardiseret eller ikke standardiseret observationsundersøgelse. De aktiviteter der observeres, skal hverken være for svære eller for lette, da ergoterapeuten ønsker at observere, hvilke færdighedsproblemer klienten har (10). Ergoterapeuten vurderer ligeledes om tidsperspektivet er realistisk, om de relevante fysiske og sociale omgivelser er til stede, og om aktiviteten udgør en sikkerhedsrisiko. Ud fra dette tilrettelægger ergoterapeuten, i

samarbejde med klienten, observationen, og tager stilling til for eksempel redskabers placering, fysiske afstande, overskuelighed og ergoterapeutens rolle. Den observationsbaserede undersøgelse har blandt andet til formål at definere, hvilke sekvenser i aktiviteten der giver problemer, og hvilke færdigheder, der er problemer med i aktivitetsudførelsen.

MÅLSÆTNING

Når der i den ergoterapeutiske arbejdsproces sættes mål, anvendes aktivitetsanalyse med det formål at sætte aktivitetsorienterede og realistiske mål, der ligger indenfor klientens nærmeste udviklingszone (11). Formålet med analysen i forbindelse med målsætning, er således at foretage en kvalificeret vurdering af, hvorvidt det synes sandsynligt at klienten opnår et mål, om at kunne udføre en given aktivitet, indenfor en given tidsramme. For at ergoterapeuten kan vurdere, om et mål synes realistisk at opnå, analyserer ergoterapeuten matchet mellem de krav aktiviteten stiller, omgivelserne for udførelse og klientens kapacitet. De krav, aktiviteten stiller, findes via aktivitetsanalysen, mens klientens omgivelser og kapacitet evalueres ved hjælp af en undersøgelse.

Synes klientens målsætning urealistisk kan det være nødvendigt at forhandle målene med klienten (6). Eksempelvis kan det synes som et urealistisk mål, at en klient der, som følger efter en apoplexi, har problemer at orientere sig, vil være i stand til at køre bil og finde vej indenfor den nærmeste fremtid. I eksemplet er gabet mellem klientens færdigheder, og de krav aktiviteten stiller, for stort. Det vil derfor være mere realistisk, at arbejde mod et delmål, hvor sandsynligheden for at klienten når målet er større. Et eksempel på et delmål kan derved blive, at klienten først skal kunne finde vej og orientere sig gående i trafikken.

INTERVENTION

De forskellige forfattere der skriver om aktivitetsanalyse, beskriver forskellige formål med anvendelsen deraf i den ergoterapeutiske intervention. Nedenfor beskrives eksempler på, hvordan aktivitetsanalyse kan anvendelse i interventionen.

Graduering

Aktivitetsanalyse kan i interventionen anvendes til at vælge og graduere aktiviteter, og derved øge eller mindske kravene til udførelse. Ergoterapeuten kan, på baggrund af analyse og vurdering, øge aktiviteters krav, med henblik på at forebygge tab af akti-

vitetsformåen, udvikle og vedligeholde nuværende aktivitetsudførelse, færdigheder og kapaciteter og derigennem fremme deltagelsen i hverdagslivet.

Aktivitetsanalysen anvendes til at tydeliggøre muligheder, hvorpå aktiviteten kan gradueres. En graduering kan være at ændre på kravene med hensyn til varighed, hyppighed og intensitet for udførelsen. Eksempelvis kan ergoterapeuten, i samarbejde med en klient med nedsat lungekapacitet, og ved hjælp af aktivitetsanalyse, ændre måden aktiviteter udføres på, således at de kan bruges som middel til eksempelvis at øge fysisk kapacitet. Aktiviteten «at støvsuge» kan eksempelvis bruges til at øge klientens udholdenhed, ved at foreslå klienten at støvsuge i længere tid af gangen, hver gang han/hun støvsuger. Her foregår gradueringen på baggrund af fysiologiske principper. Et andet eksempel kan være et barn der ønsker at kunne cykle to kilometer til sin skole på en tohjulet cykel sammen med de andre børn, men har problemer med at holde balancen. Ergoterapeuten analyserer denne aktivitet og finder metoder til at graduere aktiviteten «cykling», således at barnet får tilstrækkelig støtte til at kunne cykle, men samtidig får udfordret og udviklet balancen. Aktiviteten «at cykle til skole» er dermed gradueret således at den er muliggjort og samtidig udfordrer og udvikler barnets fysiske kapacitet (3,9,12).

Kompensation

Når ergoterapeuten anvender aktivitetsanalyse, i forbindelse med kompensation, er det med formålet om at tilpasse aktiviteten, således at kravene mindskes. I denne artikel anvendes begrebet kompensation, i anden litteratur anvendes også begreberne tilpasning, adaptation og modificering.

Kompenserende strategier anvendes, hvis en klient har problemer med at udføre en aktivitet, og det ikke kan forventes, at klientens færdigheder kan udvikles tilstrækkeligt. Disse strategier anvendes således med henblik på at kompensere for ineffektive færdigheder og underliggende kapacitet (3,9,12), således at klienten bliver i stand til at udføre aktiviteten, men på en anderledes måde end vanligt.

Strategierne kan handle om at tilpasse en aktivitet indenfor for eksempel husarbejde, leg, sportsaktiviteter, uddannelsesaktiviteter eller arbejdsaktiviteter, således at klienten kan nå sine mål for aktivitetsudførelse.

I den kompenserende strategi anvendes aktivitetsanalysen dels til at tilpasse de fysiske og sociale omgivelser, dels til at tilpasse aktiviteten og dels til

at finde nye omgivelser og aktiviteter, således at klienten kan indgå i hverdagen på nye måder (3,9,12).

Tilpasning af fysiske og sociale omgivelser

Aktivitetsanalysen anvendes til at tydeliggøre, hvor i omgivelserne, det kan være relevant, og muligt, at kompensere og foretage ændringer. Ændringerne sker med formålet om at afværge aktivitetsproblemer, at forebygge belastende arbejdsvilkår, eller at fremme at omgivelserne støtter op om klientens aktivitetsudførelse.

Aktivitetsanalysen anvendes til at vurdere de forskellige principper og metoder til compensation, det kan eksempelvis være ændringer af fysiske omgivelser, så kravene til aktiviteten bliver mindre. Dette kan ske ved at ændre på niveauforskelle mellem hus og udendørsareal eller ændre på gulvbelægning, så støvsugning bliver mindre anstrengende. Det kan også være ændring af redskaber, materialer og udstyr, som er elementer der indgår i den systematiske aktivitetsanalyse. Det kan for eksempel være hjælpemidler i køkkenet, teknologiske løsninger så som køkkenmaskiner. Ændringer af udstyr og materialer, så som andre typer af haveredskaber og mindre poser jord, ændringer der kan mindske og forebygge eventuel overbelastning.

Ændring af omgivelserne kan også være at ændre på de sociale omgivelser, for eksempel at skabe forandringer i en kultur med uhensigtsmæssige normer på en arbejdsplads, med formålet om at forbedre det psykiske arbejdsmiljø og kvaliteten i arbejdet (3,9,12,13). Dette foregår på baggrund af en analyse og vurdering af de mulige sociale omgivelser.

Tilpasning af aktiviteten

Ergoterapeuten vurderer på baggrund af aktivitetsanalyse mulighederne for alternative måder at udføre aktiviteten på. De bevægelser og belastninger, der indgår i aktiviteten kan ud fra analysen ændres ved for eksempel at vride karkluden på en mindre belastende måde og derved indlære nye vaner og rutiner. Det kan også foregå ved at rådgive i en anderledes tilrettelæggelse af arbejdet i en virksomhed med henblik på for eksempel at forebygge arbejdsskader. Komplexiteten i aktiviteten kan for eksempel også mindskes ved at reducere omfanget af sekvenser i madlavning, ved at anvende halvfabrikata, for eksempel skrællede kartofler i glas. Ergoterapeuten kan ud fra sin analyse foreslå, afprøve og øve alternative måder at lave kaffe på for eksempel at hælde mindre vand i kanden så den ikke er så tung at løfte (9,12).

Nye omgivelser og aktiviteter

I nogle tilfælde handler compensation ikke om at tilpasse omgivelser eller aktiviteten, men om at give forslag til nye omgivelser og aktiviteter, for eksempel ny bolig; eller nye betydningsfulde aktiviteter, for eksempel ny fritidsaktivitet. Ergoterapeuten finder ved hjælp af aktivitetsanalyse det bedste match mellem klienten eller grupper af klienter og de omgivelser og/eller den aktivitet, der er mest hensigtsmæssig i forhold til for eksempel udvikling og sundhedsfremme og forebyggelse. Ergoterapeuten kan på baggrund af en analyse og vurdering for eksempel også give råd om den bedste egnede stol, vejlede i forhold til jobmuligheder og om det bedste egnede legetøj til børn (12).

Både tilpasninger af omgivelserne, tilpasning af aktiviteten og det at finde et match kræver, at ergoterapeuten tænker kreativt, og at klienten inddrages i at vælge brugbare og acceptable løsninger og at løsningen resulterer i at klienten er tilfreds med udførelsen.

Anvendelse i uddannelsen

I praksis foregår analyse af aktivitet og analyse af betydningsfuld aktivitet ofte som en tankeproces og ikke som en konkret handling. I forbindelse med uddannelse, er det nødvendig at udvikle de studerendes kliniske ræsonneringsfærdigheder, således at den studerende lærer at identificere, analysere og tilpasse aktiviteter. Det er derfor nødvendigt, at de studerende afprøver og analyserer forskellige aktiviteter for at forstå aktiviteters forskelligheder, forskellige måder aktivitet kan udføres på, samt aktiviteters kompleksitet og tilpasningsmuligheder.

En gruppe undervisere i netværksgruppen European Network of Occupational Therapists in Higher Education (Enothe) har udgivet en bog og en CD-ROM som beskriver et undervisningsmodul, der kan guide de forskellige trin i den studerendes læring og i underviserens undervisning. Netværksgruppen beskriver forskellige teoretiske metoder og praktiske øvelser (14).

Hersch, Lamport og Goffey beskriver ligeledes læringsprocessen for ergoterapeutstuderende i forhold til aktivitetsanalyse og dens anvendelse i praksis. Formålet med teksten er at give de studerende en metode til at udvikle deres kliniske ræsonneringsfærdigheder (15).

Referencer

1. Bundgaard K.M, Bülow C.v: Aktivitetsanalyse i ergoterapi.

- I Brandt Å, Madsen A.J., Peoples H. Basisbog i ergoterapi. København: Munksgaard 2013.
2. Kielhofner G. Model of Human Occupation (MOHO), theory and application. I dansk oversættelse: Modellen for menneskelig aktivitet. København: Munksgaard Danmark; 2009.
 3. Crepeau E.B. Analyzing occupation and activity: A way of thinking about occupational performance. I: Crepeau E.B., Cohn E.S., Schell B.A.B. Occupational therapy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
 4. Zemke R, Clark F. Occupational Science. F.D. Philadelphia: Davies Company; 1996.
 5. Thomas H. Occupation-Based Activity Analysis. Thorofane: Slack Incorporated; 2012.
 6. Fisher AG. Occupational Therapy Intervention Process Model, A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions. I dansk oversættelse: En model for planlægning og implementering af top-til-bund, klientcentrerede og aktivitetsbaserede interventioner. København: Munksgaard Danmark; 2012.
 7. Townsend E, Polatajko HJ. Enabling Occupation II. I dansk oversættelse: Menneskelig aktivitet II, en ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter. København: Munksgaard Danmark; 2008.
 8. Hagedorn R. Tools for practice in occupational therapy. Welwyn: Churchill Livingstone; 2000.
 9. Christiansen HC et Baum CM. Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-Being. Thorofane: Slack Incorporated; 2005.
 10. Wæhrens E. Ergoterapeutiske redskaber, undersøgelse og evaluering. København: Munksgaard Danmark; 2008.
 11. Jerlang E, Ringsted S. Den kulturhistoriske skole: Vygotskij, Leontjew og Elkonin. I Jerlang E. Udviklingspsykologiske teorier. København: Hans Reitzels forlag; 2008.
 12. Radomski MW, Trombly CA. Occupational Therapy for Physical Dysfunction. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
 13. Dekkers MK. Aktivitetsanalyse i ergoterapi. Århus: VIA-systeme; 2011.
 14. ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education) TEACHING AND LEARNING: Analysis and Occupational Mapping; Amsterdam: 2008.
 15. Hersch GI, Lamport NK, Coffey MS. Activity Analysis- application to Occupation. Thorofane: Slack Incorporated; 2005.



**“Det er følelsen av å være selvstendig.
Være mer delaktig og å holde rundt
sin kjære”**

Å stå gir mange fordeler. Lifestand tilbyr manuelle rullestoler med ståfunksjon til både barn og voksne.

For mer informasjon gå inn på www.permobil.no



permobil

HEPRO ELEKTRISKE RULLESTOLER

Foto/design: mpDesign



HEPRO S17

– Kort modell (132 cm) gir enkel og god manøvrering. Har gode markeringslys og tidsriktig design. Eneste tilbyder i post 3, og er med i post 5 i el-anbudet.



HEPRO BREEZE S4

– Scooteren med best kjørekomfort. Er med i post 1 og 2 i el-anbudet.

HEPRO BREEZE S4 KABIN

– Romslig kabin og god kjørekomfort. Er med i post 4 i el-anbudet.




HEPRO
-easy life

For mer informasjon, se:
hepro.no

Tlf: 75 69 47 00

«HVA KREVER AKTIVITETEN?»

Et historisk blikk rettet mot hvordan studenter kan innlemmes i ergoterapeuters kliniske resonnering ved hjelp av aktivitetsanalyse.

Av Gunn Nilsskog



*Gunn Nilsskog er ergoterapeut, sosiolog og høyskolelektor ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet.
E-post: gunn.nilsskog@uit.no*

INNLEDNING

«Aktivitetsanalyse» har vært en identitetsmarkør for ergoterapeuter siden utdanningen startet i Norge i 1950-årene. Aktivitetsanalyse har vært omtalt som vår kjernekompetanse og det unike som skiller ergoterapeuter fra andre profesjoner. Metoden er beskrevet i en rekke lærebøker og inngår i alle utdanningsprogram. Det er i midlertid ikke ensbetydende med at alle generasjoner ergoterapeuter har hatt samme forståelse for hva aktivitetsanalyse handler om.

Gjennom 1990-årene ble det stilt mange spørsmål til profesjonens bruk av aktivitetsanalyse. «Er det mennesker eller aktiviteter vi analyserer?», spurte Gunner Gamborg i 1998. Etter hvert ble spørsmålet belyst gjennom artikler og lærebøker fra flere forfattere. Nåtidens lærebøker presenterer et stort mangfold av aktivitetsanalyser med stor variasjon av både titler, begrep og metoder. Dette setter sitt preg på undervisningen og skaper debatt både blant studenter, lærere og praksisveiledere tilknyttet UiT, Norges arktiske universitet.

For å forstå dette mangfold av analyser og hvordan det fortsatt

påvirker dagens diskurs, skal vi ta et kort historisk tilbakeblikk på hvordan aktivitetsanalyse har vært definert og utviklet i faget.

GRUNNLAGET

Creighton (1992) belyser historisk hvordan begrepet «aktivitetsanalyse» ble hentet fra industrien til ergoterapifaget i begynnelsen av 1900-tallet. Industrien var opptatt av å standardisere jobbene for å øke produksjonen. Hensikten med analysene var å finne fram til de mest produktive og minst fysisk belastende måtene å gjennomføre arbeidsoppgaver på. Fokus var rettet mot arbeidernes bevegelser. Disse analysene ble videreutviklet og brukt til rehabilitering av soldater etter første verdenskrig. Gjennom mellomkrigstiden utviklet ergoterapeuter aktivitetsanalyser av ulike håndverksaktiviteter. Disse analysene ble i mange år brukt i arbeidet med mennesker med fysiske funksjonshemninger. Etterhvert ble det utviklet aktivitetsmanualer for opptrening av muskulatur (Creighton 1992). Disse aktivitetsanalysene var basert på studier av den fysiske menneskekropp i relasjon til maskin og/eller oppgaver.

Innen psykiatrien var aktivitetenes krav til bevegelser mindre interessant. Håndverksaktiviteter derimot ble klassifisert ut fra egenskaper eller anvendelsesmuligheter (Creighton 1992). Aktivitetene ble analysert ut fra spørsmål som: Var aktiviteten egnet til å kanalisere aggresjon eller fremme selvfølelse? Passet aktiviteten til kvinner eller menn? Var den for enkel eller for komplisert? Hvilket utstyr krevde aktiviteten?

Studentene gjennomførte og analyserte mange forskjellige aktiviteter gjennom utdanningsforløpet for å finne dens «karakteristika». De overordnede overskriftene i disse analysene omhandlet hvilke fysiske og psykiske prosesser som krevdes og/eller kunne igangsettes ved hjelp av utvalgt aktivitet. Var aktiviteten egnet og hadde den en realistisk overføringsverdi til yrkeslivet? Kunst- og håndverksaktiviteter ble utforsket og brukt i terapeutisk arbeid på institusjoners arbeidsstuer og verksteder. Dette var kjente aktiviteter fra håndarbeidsfaget i skolen eller fra studentenes oppveksthjem.

Gjennom aktivitetsanalyse lærte studentene hvordan de fysisk kunne legge til rette for og gjennomføre mange av disse aktivitetene sammen med pasienter. De lærte også anvendelse av en del begrep fra psykologi og anatomi. Det som ikke ble sagt eksplisitt, men som de kanskje lærte mest av gjennom dette faget, var egen kultur. I refleksjoner om hvem aktiviteten passet for, brukte studentene sine innlærte verdier og oppfatninger om nordmenn i ulike aldre, klasser og kjønn. De lærte også hvilke aktiviteter som tilhørte institusjonshelsetjenesten i Norge. Faren ved denne type læring kunne bli en sementering

av fordommer og hva som passet for «de andre» å holde på med. Mennesket som subjekt var fraværende gjennom disse analysene. Fokus ble rettet mot «aktiviteten i seg selv» eller «aktiviteten som den normalt utføres». Selv om denne form for aktivitetsanalyse dominerte utdanningene til og med 1970-årene, betyr det ikke at den er borte fra faget.

UTVALGTE REFERANSERAMMER

Gjennom 1980-årene tok ergoterapeututdanningene i Norge i bruk et utvalg av teoretiske referanserammer med nevrologisk/utviklingsteoretisk, biomekanisk, kognitivt/perseptuelt, psykoanalytisk og adferdsteoretisk perspektiv. Teorier fra ulike fag tilknyttet aktivitetsanalysene medførte ny forståelse og nye endringer (Creighton 1992). Hver referanseramme inkluderte et unikt perspektiv i utvalg og bruk av aktivitet. Lærebøker i aktivitetsanalyse kombinerte gjerne ulike teoretiske referanserammer i samme analyse (Watson 1997, Lampion 1996, Hersch 2005). Fortsatt var det «aktiviteten i seg selv» som ble analysert uten at aktivitetsbegrepet var problematisert. Menneske som subjekt var fraværende også i disse analysene. Ergoterapeutene kunne bruke de samme teoretiske referanserammene til å forklare pasientenes problemer.

«AKTIVITET» OG «VIRKSOMHET»

Da vi nærmet oss slutten av 1990-årene, hadde aktivitetsperspektivet i faget vært drøftet i mange år gjennom ulike praksismodeller. Det ble foreslått å lage analytiske skiller mellom aktivitet (activity) og virksomhet (occupation). Pierce (2001) definerte virksomhet som en persons personli-

ge konstruerte her-og-nå-erfaring innen en unik kontekst. Aktivitet definerte hun som en mer generell, kulturell delt idé innen en handlingskategori. Virksomhet og aktivitet er nært knyttet til hverandre, fordi personens erfaring er skapt av, og skapes av, de kulturelle delte idéene.

Dette resonnementet blir så forsøkt innlemmet i aktivitetsanalytelitteraturen gjennom Elisabeth Crepeaus (2003) beskrivelse av tre former for aktivitetsanalyser på ulike nivå. Hun navnga dem som «aktivitetsanalyse» (activity analysis), «virksomhetsbasert aktivitetsanalyse» (occupation-based activity analysis) og «teorifokusert aktivitetsanalyse» (theory-focused activity analysis). Gjennom den sistnevnte formen bevarte hun den aktivitetsanalyseformen vi kjente igjen fra 1980-årene med ulike teoretiske referanserammer. Crepeaus nye inndeling synliggjorde det som hadde vært konfliktlinjen mellom lærere fra ulike generasjoner i 1990-årene med hensyn til hva som skulle defineres som aktivitetsanalyse. Alle fremgangsmåtene kunne defineres som aktivitetsanalyse! Aktiviteten kan analyseres både som en abstrakt kategori og mennesket som subjekt med sine aktiviteter. Crepeau avvirket etterhvert den «teorifokuserte aktivitetsanalyse» og innlemmet den i «aktivitetsanalyse» (2009, 2014).

Det florerer med ulike navn og definisjoner av aktivitetsanalyser. Bundgaard og Bulow (2013) har laget en oppsummering av hvordan ulike forfattere i faget beskriver og navngir ulike former for aktivitetsanalyse. De foreslår selv inndeling i «analyse av betydningsfull aktivitet» og «aktivitetsanalyse»; en todeling som i det



Studentene deler aktivitetshistorier for å bli oppmerksomme på at det som har betydning for meg, ikke trenger å ha betydning for andre. Foto Colourbox

store samsvarer med Crepeaus beskrivelser. Thomas (2012) har i etterkant gitt ut en lærebok som heter «Virksomhetsbasert aktivitetsanalyse» (Occupation-Based Activity Analysis). Det er nærliggende å dra parallell til Crepeaus «virksomhetsbaserte aktivitetsanalyse», men slik er det ikke. Størstedelen av boka inneholder det som Crepeau betegner som «aktivitetsanalyse».

For en nybegynner i faget er det lett å gå seg vill i alle betegnelsene. Hvordan skal vi i denne jungelen støtte studentene i å lære noe meningsfullt om ergoterapeuters kliniske resonnering gjennom undervisning i aktivitetsanalyse?

UNDERVISNING I VIRKSOMHETS- OG AKTIVITETSANALYSE

Å trene seg i å resonnerer som ergoterapeuter er en møysommelig prosess både for studenten, utdanning og praksisfelt. Hvilke grunnleggende begreper fra faget skal studentene ha integrert gjennom undervisning før de skal ut i sin første praksis? Det finnes ikke et entydig svar på dette, og

mange pedagogiske varianter har vært prøvd ut.

Ved utdanningen i Tromsø har vi det siste tiåret valgt å introdusere Crepeaus «virksomhetsanalyse» og «aktivitetsanalyse» det første studieåret. Gjennom virksomhetsanalysene velger studenter aktiviteter som har betydning for egne hverdagsliv. De skriver egne aktivitetshistorier for å bevisstgjøre seg hvilke aktiviteter som har betydning i egne liv. De deler aktivitetshistoriene for å bli oppmerksomme på at det som har betydning for meg, ikke trenger å ha betydning for andre. Mennesket som subjekt er i sentrum i disse analysene. Tanken er at studenter som er bevisste på egen aktivitetsidentitet, lettere kan skille mellom egne og pasientenes preferanser. Studentene skal med sitt nyervervede aktivitetsperspektiv kunne møte sine pasienter som handlende subjekter med egne unike aktivitetsidentiteter.

I samme tidsperiode som vi jobber med virksomhetsanalysene, har studentene undervisning i anatomi. Da analyserer vi

menneskets bevegelser i enkle aktiviteter, noe som vi i faget ofte benevner som biomekanisk aktivitetsanalyse (Kielhofner 2009). Her får vi studert og analysert mennesket som objekt, samtidig som vi blir bevisste på at det er mange måter å bevege kroppen på når vi gjør de samme aktivitetene. Hvis vi i undervisningen skal ha nytte av det analytiske skillet mellom virksomhet og aktivitet, kan vi her gå inn og drøfte om vi har spesielle forventninger til hvordan mennesket skal bevege seg i en gitt aktivitet i en gitt kulturell kontekst. Det er betimelig å spørre om hvor stor variasjon vi tåler før vi betrakter det som et avvik som vi vil reparere?

Litteraturen innen aktivitetsanalyse problematiserer i liten grad de ulike teoretiske perspektivene som vi anvender i faget. Analyseskjemaer kan inneholde en salat av begreper fra ulike teoretiske perspektiv (Hersch 2005, Thomas 2012). I en klientsentrert praksis trenger studentene å være seg bevisst hvilke teoretiske perspektiv som betrakter mennesket som subjekt, og hvilke perspektiv som betrakter mennesket som objekt. Hver teori betrakter en begrenset del av menneskelige egenskaper og utelukker mange. Studentene trenger å oppøve ydmykhet, bevissthet og kunnskap om når det er relevant å trekke inn en teori som reduserer mennesket til objekt, men samtidig gir hjelp til å forstå en aktivitetsutfordring. Av denne grunn anvender vi ikke de omfattende skjemaene fra lærebøkene, men analyserer virksomheter og aktiviteter ut fra bestemte perspektiv underveis i studiet.

Som eksempel kan vi vise til hvilken tilnærming som kan være aktuell når studentene lærer om

ergoterapi ved nevrologiske/kognitive vansker. De får da grunnleggende innføring om kartleggingsmetoden PRPP (Perceive, Recall, Plan and Perform). Hensikten er å identifisere kognitive og perseptuelle vansker hos klienter og vurdere hvilke konsekvenser dette har for utførelse av aktiviteter. Studentene anvender oppgaveanalyse og prosessanalyse med utgangspunkt i video med klienter som utfører hverdagslige aktiviteter. Metoden er tidligere presentert i Ergoterapeuten (Jentoft, Chapparo og Ranka, 2006).

Faglitteraturen som omhandler aktivitetsanalyse fremstår utfordrende fordi den drar med seg historien samtidig som den forfekter analytiske skiller mellom virksomhet og aktivitet. Aktivitetsanalyser som er løsrevet fra menneskets handling, krever våkenhet i forhold til hvilke begrep som kan anvendes i analysen. Begrep som er knyttet til mennesket som subjekt, hører ikke hjemme i slike analyser. Et eksempel fra Hersch (2005) er en «analyse av kjeksbaking» hvor aktiviteten analyseres utifra terapeutisk anvendbarhet. Studenten skal her vurdere om aktiviteten kan føre til klienttilfredsstillelse, og om den kan forbedre livskvalitet, noe som er en absurd oppgave. Opplevd tilfredshet eller oppnådd livskvalitet skal knyttes til enkeltmenneskes fortolkning av erfaring. Likeledes er det med mange andre begrep fra Hersch sine aktivitetsanalyser.

Når vi gjennom mange generasjoner med aktivitetsanalyse har uttalt at «aktiviteten stiller krav», er det som vi har gjort fysiske, kulturelle og sosiale forventninger om til en slags menneskelig skikkelse. «Å stille krav» bruker vi ellers vanligvis i norsk språkdrakt

å knytte til en mellommenneskelig kontekst. Et annet velkjent begrep fra aktivitetsanalytelitteraturen er «aktiviteten som den normalt utføres». Når vi bruker slike utsagn, må vi problematisere hvem som har satt normalitetsstandarden. Selv om vi har fått mange gode alternative måter å beskrive ergoterapeuters kliniske resonnering på, tar det nok noen generasjoner før språkdrakten fra 1970-tallet er ute av faglitteraturen.

AVSLUTNING

Faglitteraturen om aktivitetsanalyse har vært i endring gjennom profesjonens historie, men begrep fra hele perioden er fremdeles i bruk. Når forfatterne beskriver analyser med bruk av mange ulike begrep, er det vanskelig for en nybegynner i faget å lese seg til hva aktivitetsanalyse handler om. Bruk av erfaringsbaserte undervisningsmetoder er nødvendig for å oppnå kompetanse i klinisk resonnering. Likeså er det viktig at studentene oppøver kritisk holdning til begrep og teorier som brukes i disse analysene.

For fremtidens aktivitetsanalyser ønsker vi en nærmere dialog mellom utdanning og praksisfelt. Vi må unngå at studenter kommer fra utdanningene til praksisplasser med skjemaer som de er bedt om å utfylle som «skoleoppgaver». Aktivitets- og virksomhetsanalysene må ha en forankring på den unike arbeidsplassen, slik at studentene får en realistisk trening i klinisk resonnering mens de er i praksis.

Kilder:

Bundgaard, K.M. og von Bulow, C. (2013): «Aktivitetsanalyse i ergoterapi» i Brandt, Å., Madsen, A.J., Peoples, H.: *Basisbog i ergoterapi*. København:

- Munksgaard
Creighton, C. (1992): «The Origin and Evolution of Activity Analysis». *American Journal of Occupational Therapy*. 46(1), 45-48
Crepeau, E. (2003): «Analyzing occupation and a ctivity: A way of thinking about occupational performance» i Crepeau, E.B., Cohn, E.S. og Schell, B.A.B (red): *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. Tenth Edition. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins
Crepeau, E.B. and Boyt Schell, B.A. (2009): «Analyzing Occupations and Activity» I Crepeau, E.B., Cohn, E.S. og Schell, B.A.B.(red): *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. Eleventh Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippicott Williams & Wilkins
Crepeau, E.B., Boyt Schell, B.A., Gillen, G. og Scaffa, M.E. (2014): «Analyzing Occupations and Activity» I Crepeau, E.B., Gillen, G. og Scaffa, M.E. (red): *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. Twelfth Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippicott Williams & Wilkins
Gamborg, G. (1998): «Aktivitetsanalyser: Er det aktiviteter eller mennesker vi analyserer?» *Ergoterapeuten (Danmark)*, nr 4, 4-9.
Hersch, G., Lamport, N., og Coffey, M. (2005): *Activity Analysis. Application to Occupation*. Thorofare: Slack Incorporated
Jentoft, R., Chapparo, C. og . Ranka, J. (2006): «PRPP - en ergoterapeutisk kartleggingsmetode basert på observasjon». *Ergoterapeuten* 2006 (6) s. 28-34
Kielhofner, G. (2009): *Conceptual Foundation of Occupational Therapy Practice*, 4th ed. Philadelphia: F.A.Davis Comp.
Lamport, N., Coffey, M. og Hersch, G. (1996): *Activity Analysis & Application.3.rd ed*. Thorofare: Slack Incorporated
Thomas, H. (2012): *Occupation-Based Activity Analysis*. Thorofare,NJ: Slack Incorporated
Watson, D. (1997):*Task Analysis. An occupational Performance Approach*. Bethesda: American Occupational Therapy Association

Aktivitetsanalyse i ergoterapi

Av Merete Klindt Dekkers



Merete Klindt Dekkers er ergoterapeut og har en kandidatgrad i helsefag. Hun har været lektor ved Ergoterapeutuddannelsen i Aarhus, Danmark. E-post: m.dekkers@youmail.dk

Abstrakt

Der redegøres for bevæggrunden for at beskæftige sig med emnet aktivitetsanalyse og skrive en lille bog. Dette er blandt andet: En mangel på litteratur og lettilgængelige bøger for studerende om emnet, en vanskelighed for studerende ved at få hold på emnet, og en uklarhed om forskellen på undersøgelse og aktivitetsanalyse.

Der redegøres også kort for måder at klassificere aktiviteter på, efter type og taksonomi, for at skabe overblik.

Forskellen på aktivitetsanalyse og personundersøgelse trækkes frem, og der redegøres for, at aktivitetsanalyse altid har aktiviteten i fokus.

Formålet med aktivitetsanalyse beskrives, og der gives bud på, hvornår en aktivitetsanalyse anvendes.

Til sidst beskrives kort de tre aktivitetsanalyser, jeg har skrevet om i min bog: Klassisk aktivitetsanalyse, selvrefleksiv aktivitetsanalyse og personbaseret aktivitetsanalyse. Formål og udgangspunkt for hver analyse trækkes frem.

Nøgleord: Aktivitetsanalyse, klassisk aktivitetsanalyse, selvrefleksiv aktivitetsanalyse, personbaseret aktivitetsanalyse.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

Hvorfor en lille bog om aktivitetsanalyse?

I mine sidste år som underviser på Ergoterapeutuddannelsen i Aarhus underviste jeg blandt andet på det første år af uddannelsen, hvor emnet aktivitetsanalyse for første gang præsenteres for de studerende. Der oplevede jeg så, at det var vældig svært for de studerende at få hold på hvad aktivitetsanalyse egentlig var for noget, at det var svært at skelne mellem aktivitetsanalyse og personundersøgelse, og at det var utydeligt, hvordan og hvornår man skulle anvende noget sådant.

Det var noget af det, der fik mig sat i gang med at skrive en lille bog om emnet (1). Men mest af alt, at jeg fandt, at der ikke var skrevet ret meget, eller noget særligt tilgængeligt for studerende. Og det var ikke sjovt som underviser på en videregående uddannelse at stå med studerende og beklageligvis sige, at det, jeg synes var noget af det væsentligste i vores fag, kunne man ikke på biblioteket finde ret meget specifikt litteratur om.

Jeg har oplevet, at der i faget i en lang årrække har været udviklet og arbejdet med teoretiske begrebsmodeller for vores indsats. Der har været gjort et kæmpearbejde for at vi kan forklare vores ståsted og udgangspunkt, og for at vi kan arbejde målrettet og raffinere vores indsats med klienter i overensstemmelse med det ergoterapeutiske grundlag. Alle disse modeller, hvor forskellige de end kan synes, har dog ét til fælles, nemlig den klassiske treenighed, person – aktivitet – omgivelser (2-5). De studerende kunne derfor for eksempel læse om modeller, hvori begrebet aktivitet står og blinker iøjnefaldende, de kunne læse om mennesket i aktivitet, om betyd-

ningsfulde aktiviteter, daglige aktiviteter – men kun vanskeligt tage en bog frem, hvor emnet tydeligvis var aktivitetsanalyse. Den tilgængelige litteratur (i 2011) befandt sig inde i få bøger om ergoterapi som sådan (6-10). Nogle forfattere lagde vægt på analyse af især psykologiske og symboliske faktorer (11), andre på fysiske faktorer (7) eller en bestemt teori (12), og kun et par bøger behandlede emnet selvstændigt (11,13). Begreberne var også forvirrende, da de forskellige forfattere anvendte «activity analysis», «task analysis» og «performance analysis», uden at der tilsyneladende var klare definitioner. Ofte var det svært at se forskel på en analyse af en aktivitet og en undersøgelse af en person.

Men aktivitetsanalyse, det er da noget vi ergoterapeuter alle sammen kender til! Vi mener, det er noget der er ret specielt for vores fag. Hvorfor har det så levet et så tilbagetrukket liv i mange år? Hvorfor har det været så skjult? Hvorfor har vi så ikke snakket højt om det – råbt det ud over alle bjerge? Vi arbejder jo med aktivitet og hverdagsliv, men det er der faktisk flere andre faggrupper, der gør – og det er jo godt. Men hvem kan analysere en ganske almindelig hverdagsaktivitet eller en helt ukendt aktivitet til bunds, så hverdagslivet *med* aktivitet kan passe en bestemt person eller en gruppe personer? Det er netop det, jeg finder så karakteristisk: at en ergoterapeut i løbet af superkort tid kan ramme plet og få inddraget så mange faktorer i sine overvejelser om kombinationen af person og aktivitet. Og det kan han eller hun, fordi aktivitetsanalyse er et helt grundlæggende og betydningsfuldt element i vores fag.

AKTIVITETSANALYSE I ERGOTERAPI

I 2011 ga Merete Dekkers ut boken «Aktivitetsanalyse i ergoterapi». Boken presenterer i konsentrert form tre typer aktivitetsanalyse med henvisninger til hva og hvordan det skal analyseres, samtidig som den redegjør for forskjellen på undersøkelse og aktivitetsanalyse. Dette er en teori- og praksisorientert bok om noe af det mest grunnleggende innenfor ergoterapi, nemlig analyse av en aktivitet i alle dens fasetter.



Det kræver selvfølgelig, at man observerer, lytter og har viden om aktivitet og analyse og har meget praktisk erfaring. Erfaring har en studerende imidlertid ikke! Der var måske ikke noget at sige til, at de studerende af og til havde svært ved at få hold på aktivitetsanalyse. Derfor blev det lidt vigtigt at prøve at fremstille emnet aktivitetsanalyse tilgængeligt og lade det stå for sig selv.

For at kunne arbejde systematisk og grundigt med aktivitetsanalyse mener jeg dog, det er vigtigt at afklare nogle begreber.

Begreber og definitioner

For det første: hvad taler vi om, når vi siger aktivitet i forbindelse med aktivitetsanalyse? Det kan nemlig være af vigtighed, når man skal analysere, det vil si opløse i bestanddele.

Man kan klassificere aktiviteter efter *type*. Ergoterapeuter anvender alment anerkendte kategorier eller klassifikationer, hvor aktiviteter ses i enten en to-delning: (P) ADL og IADL, eller en tre-delning: egenomsorg, produktive aktiviteter eller fritid (14,15).

Man kan derudover inddele aktiviteter i en hierarkisk ordnet klassifikation, altså en *taksonomi*, hvor nederste trin er inkluderet i næste trin osv. Den canadiske «Taxonomic Code of Occupational Performance» (TCOP) giver en tydelig inddeling med fastlagte og klare definitioner. Fra simple «viljestyrede bevægelser eller mentale processer» → «handling» → «opgave» → «aktivitet» → «betydningsfuld aktivitet», hvor aktiviteten blandt andet tillægges værdi og mening af en person. En sådan taksonomi synes at være et fantastisk redskab til at analysere og graduere i den ergoterapeutiske arbejdsproces, da aktivitetens

niveau og kompleksitet tydeliggøres (16).

Yderligere kan man inddele en aktivitet i *udførelsestrin*, nemlig *sekvenser*. Derved fås et overblik over rækkefølgen i indholdet og dermed udførelsen af aktiviteten og den tidsmæssige udstrækning (6,10,13).

Aktivitetsanalyse og personundersøgelse

For det andet: hvornår er der tale om en undersøgelse af en person og en aktivitetsanalyse? Det er nemlig vigtigt at holde fokus og være klar i sin analyse.

Fra tidligere kun at undersøge en persons fysiske og psykiske symptomer ved hjælp af medicinske eller lægelige undersøgelsesmetoder, har man nu udviklet undersøgelser, der meget mere afspejler det ergoterapeutiske særkende, nemlig aktivitet. Således er COPM, AMPS og OTIPM («performance analysis») meget anvendte eksempler på dette. Man undersøger en person ved at spørge om vigtige aktiviteter eller ved at observere vedkommendes aktivitetsformåen, og/eller udførelsen af en aktivitet, og man er blevet mere opmærksom på kontekstens indvirkning på den enkelte persons udførelse af aktivitet. Man kan således identificere de underliggende årsager til personens styrker og problemer med aktivitet. Men det er altså personen, man undersøger – ikke aktiviteten. Der udføres således ikke en aktivitetsanalyse, når en person undersøges ved hjælp af aktiviteter, men ergoterapeuten bruger sin viden om aktivitet undervejs. Fokus er forskellig – i undersøgelsen er det personen, og i aktivitetsanalysen er det aktiviteten. Netop dét har været et vigtigt punkt at få studerende til at se, for der indgår jo altid en

person – imaginær eller virkelig i en aktivitetsanalyse. Centralt i en aktivitetsanalyse står aktiviteten, dén er i fokus. Det leder så over i det følgende.

Formål med aktivitetsanalyse

For det tredje hvad er formålet med en aktivitetsanalyse, og *hvornår* i en arbejdsproces, skal man anvende en bestemt aktivitetsanalyse? Det kan nemlig hjælpe med til at klargøre delene i den ergoterapeutiske arbejdsproces.

Formålet med en aktivitetsanalyse er at analysere og forstå en aktivitets indbyggede karakteristika samt terapeutiske potentialer med henblik på at finde frem til det perfekte match mellem person, aktivitet og omgivelser.

Man opererer med flere former for aktivitetsanalyse, afhængig af hvilke dele af analysen, der skal fremhæves og specielt belyses. Centralt i analysen står som sagt aktiviteten, men man kan trække noget særligt frem i forgrunden, for eksempel den typiske/almindelige aktivitetsudførelse, ergoterapeuten eller en bestemt klient.

Ergoterapeuten *opbygger* sin viden om en aktivitets karakteristika og terapeutiske potentialer ved at udføre aktivitetsanalyser gennem sit studie og i praksis. Det er især hvad jeg kalder en klassisk aktivitetsanalyse, der anvendes. Ergoterapeuten *anvender* sin viden om aktivitetsanalyse, når en klient undersøges, og han/hun *udfører* en analyse, når den rette ergoterapeutiske indsats skal foreslås, altså et match mellem person og aktivitet, men også undervejs med henblik på justering af indsatsen.

Tre aktivitetsanalyser

I det følgende vil jeg kort beskrive



i undersøgelsen er det personen som er i fokus, og i aktivitetsanalysen er det aktiviteten. Foto Colourbox

de tre aktivitetsanalysemodeller, der er beskrevet i bogen. Disse tre analyser belyser hver især forskellige aspekter af det at udføre en aktivitet, og de anvendes med hvert sit formål og hvert sit udgangspunkt for analysen. Fælles er imidlertid, at aktiviteten står i fokus.

KLASSISK AKTIVITETSANALYSE

er en analyse af en aktivitet som den er og almindeligvis udføres samt dens terapeutiske potentialer.

Formålet er at kunne beskrive og forstå en aktivitets indbyggede karakteristika, dens sammenhæng til omgivelserne, krav til udøvelsen samt terapeutiske potentialer.

Udgangspunktet for analysen er *aktiviteten* eller opgaven.

I denne analyse indgår der flere delanalyser, og følgende beskrives:

- aktivitetens eller opgavens navn
- aktivitetskategori - klassifikation

- taksonomisk niveau
- sekvenser
- materiale, redskaber og udstyr
- fysiske omgivelser
- kulturelle og sociale omgivelser
- krav til udøvelsen, herunder krav til handlinger/færdigheder og krav til viljestyrede bevægelser og mentale processer
- graduering og adaptation

Det er måske værd at bemærke, at der i denne analyse ikke analyseres på krav til betydningsfuld aktivitet, da en bestemt person netop ikke er involveret. Meningen, betydningen, værdien er netop knyttet til det højeste taksonomiske niveau og det enkelte individ.

Hvad angår sekvensopdeling angives hver del af en opgave eller aktivitet, og delene tidsfastsættes. For at gøre det tydeligt, at aktiviteten er i centrum og ikke personen (som i en undersøgelse), er det vigtigt at beskrive delene på en bestemt måde, nemlig med aktiviteten først. For

eksempel: brød og smør hentes, brødet smøres (ikke: hun henter brød, hun smører brød).

Omgivelser er de særlige elementer, menneskelige og ikke-menneskelige, som kan have indflydelse på aktivitetsudøvelsen. De kan være med til at støtte op om og fremme, udfordre eller hæmme en persons udøvelse. Jeg har for overskuelighedens skyld valgt at rubricere omgivelserne i to store elementer: fysiske samt kulturelle og sociale.

Krav i udøvelsen analyseres i forhold til hvilke handlinger/færdigheder og hvilke viljestyrede bevægelser og mentale processer aktiviteten stiller til en generel, typisk udførelse, og kravniveauet bedømmes ud fra begreberne: ringe krav, moderate krav og store krav. Der bruges analysefaktorer fra Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). Selv om begreberne bruges i forbindelse med en undersøgelse, er det handlinger, der også egner sig som analysefaktorer i akti-

vitetsanalysen (17). Der bruges desuden analysefaktorer fra ICF's kropsfunktioner og psykosociale deltagelselementer (18).

I en klassisk aktivitetsanalyse medtages altid en analyse af muligheder for at kunne tilpasse og ændre en aktivitet, så matchet mellem aktivitet og person bliver godt. En sådan tilpasning sker såvel teoretisk-tankemæssigt før en intervention iværksættes, som undervejs i en igangværende intervention. Man kan fremføre, at en sådan tilpasning ikke hører hjemme i en generel, typisk analyse. Men der er en lang tradition for at medtage graduering (en gradvis tillem্পning, så aktiviteten stiller krav og udfordrer personens kapaciteter) og adaptation (en varig tilpasning, så aktiviteten kan udføres).

SELVREFLEKSIV AKTIVITETSANALYSE

er en analyse af en aktivitet set ud fra ergoterapeutens refleksioner over denne aktivitet.

Formålet er at blive opmærksom på egne tanker, reaktioner, oplevelser og erfaringer med en aktivitet.

Udgangspunktet for analysen er *omgivelserne, her: ergoterapeuten, hendes eller hans tanker, følelser og reaktioner.*

Ergoterapeuten er en ganske speciel del af en klients omgivelser, og ergoterapeuten udgør en konstant og til tider betydningsfuld faktor i en aktivitetsanalyse. Ergoterapeutens tanker, erfaringer og holdninger til en aktivitet kan medvirke til en forståelse af klientens betydningsfulde aktiviteter, men kan også påvirke en klient negativt eller positivt. Det er altså ergoterapeuten, der skal synliggøre egne refleksioner. Det kan for eksempel være:

- Hvilke minder har jeg om aktiviteten?
- Giver aktiviteten mening for mig?
- Hvilke følelser fremkalder aktiviteten hos mig?
- Hvilke reaktioner har jeg observeret hos mig selv?
- Hvilke forventninger har jeg til udførelsen?
- Hvilke bekymringer har jeg i forbindelse med en udførelse?
- Hvilke fordomme har jeg om aktiviteten?
- Hvilke værdier/speciel betydning tillægger jeg aktiviteten?

Personbaseret aktivitetsanalyse

er en analyse af en aktivitet til en bestemt person.

Formålet er at finde frem til og tilpasse en aktivitet til en bestemt person.

Udgangspunktet for analysen er en undersøgelse af *en bestemt klient, en selvrefleksiv aktivitetsanalyse og en klassisk aktivitetsanalyse.*

Her drejer det sig om at finde det perfekte match mellem aktivitet, omgivelser og en bestemt person. Det er den eneste af de tre analyser, hvor en bestemt klient indgår og står i forgrunden for analysen. Aktiviteten er som i de øvrige aktivitetsanalyser i fokus, men i denne inddrages al den viden, man har om klienten. Og her er det så vigtigt at inddrage undersøgelser om klientens ønsker om aktivitet og meningsfulde aktiviteter. Når ergoterapeuten udfører en personbaseret aktivitetsanalyse, er hun meget langt i sin arbejdsproces. Hun bruger analysen umiddelbart før en intervention iværksættes, da viden om personfaktorer og viden om aktivitet skal kombineres. Derved bliver denne analyse en vigtig del af den ergoterapeutiske

arbejdsproces, som for eksempel beskrevet i modellerne Canadian Practice Process Framework (CPPF) og Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) (16,19). Den bliver det vigtige forbindelsesled mellem ergoterapeutens forberedelsesproces med undersøgelser, målsætninger og aktivitetsanalyser – og den konkrete intervention.

FREMTID

Afslutningsvis kunne jeg ønske mig, at der fremover vil blive sat fuldt spotlight på selve aktiviteten og aktivitetsanalyse – især i forhold til ergoterapi, lige fra den meget enkle til den meningsfulde og betydningsfulde aktivitet (occupation). Det er rigtig godt, at «Ergoterapeuten» her laver et temanummer om aktivitetsanalyse, så det ikke er eller går hen og bliver tavs viden blandt ergoterapeuter. Og mon ikke der stadig er meget, der kan undersøges videnskabeligt om emnet? Det er stadig svært at finde publicerede artikler, der har aktivitetsanalyse i centrum, for eksempel omhandlende hvilken indsigt en aktivitetsanalyse har givet ergoterapeuten, hvad en aktivitetsanalyse har betydet for den ergoterapeutiske indsats, hvilke kulturelle forskelle der er i udførelsen af en aktivitet, etc. Det vil jeg se frem til.

Referencer

- (1) Dekkers MK. Aktivitetsanalyse i ergoterapi. Aarhus C: Viasystem; 2011.
- (2) Kielhofner G. MOHO-modellen: modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til uddannelse og praksis. 2.udg. København: Munksgaard Danmark; 2010.
- (3) Townsend E, Polatajko HJ. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-Being and Justice through Oc-

- cupation. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007.
- (4) Chapparo C, Ranka J. Occupational Performance Model (Australia) [Hentet 15.11.2014] Fra <http://www.occupationalperformance.com/>
- (5) Iwama MK. Kawa-modellen: ergoterapi i et kulturelt perspektiv. København: Munksgaard Danmark; 2009.
- (6) Chard G. Analysis of occupational performance. I: Curtin M, Molineux M, Supyk-Mellson J, red. Analysis of occupational performance. Enabling occupation. 6. udg. London: Churchill Livingstone, Elsevier; 2009. p. 161-187.
- (7) Radomski MV, Latham CAT. Occupational therapy for physical dysfunction. 6. udg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- (8) Creek J, Lawson-Porter A. Contemporary Issues in Occupational Therapy: reasoning and reflection. 2. udg. Chichester: John Wiley & Sons; 2007.
- (9) Crepeau EB, Schell BAB. Analyzing occupations and activity. I: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB, red. Willard and Spackman's occupational therapy. 11. udg. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 359-374.
- (10) Pendleton HM, Schultz-Krohn W. Pedretti's occupational therapy: practice skills for physical dysfunction. 6. udg. St. Louis, Mo.: Mosby/Elsevier; 2006.
- (11) Fidler GS, Velde BP. Activities: Reality and symbol. Thorofare: Slack Incorporated; 1999.
- (12) Kielhofner G. Ergoterapi i praksis - det begrepsmæssige grundlag. 3. udg. København: Munksgaard Danmark; 2010.
- (13) Hersch GI, Lamport NK, Coffey MS. Activity analysis: application to occupation. Thorofare, New Jersey: SLACK Incorporated; 2005.
- (14) PADL og IADL [Hentet 15.11.2014] Fra <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/iadl+padl>
- (15) Tuntland H. En innføring i ADL: teori og intervensjon. Kristiansand: HøyskoleForlaget; 2006.
- (16) Townsend E, Polatajko HJ. Menneskelig aktivitet II: en ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter. København: Munksgaard Danmark; 2008.
- (17) Alt om AMPS - AMPS-Danmark. [Hentet 15.11.2014] Fra <http://www.amps-danmark.dk/da/76814-Om-AMPS> (Tilladelse og verificering givet 2011 af E. Währens).
- (18) Marselisborgcentret. ICF og ICF-CY. En dansk vejledning til brug i praksis, Version 2. International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevne-nedsættelse og Helbredstilstand [Hentet 15.11.2014] Fra http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/Publikationer/PDF_er/ICF_vejledning_revideret_101013.pdf
- (19) Fisher AG. Occupational therapy intervention process model: A model for planning and implementing top-down, client-centered and occupation-based interventions. Colorado: Three Star Press Inc.; 2009.



OPP OG STÅ FRA A-Å!

FOR MER INFORMASJON
GÅ INN PÅ

www.permobil.no



Occupational Analysis and Synthesis

Av David L. Nelson and Lynne M. Chapman



David L. Nelson is Professor Emeritus of the Occupational Therapy Program in the Department of Rehabilitation Sciences of the University of Toledo. Email: david.nelson3@utoledo.edu.



Lynne M. Chapman is Assistant Clinical Professor of the Occupational Therapy Program in the Department of Rehabilitation Sciences of the University of Toledo.

Abstract

The processes of occupational analysis and synthesis have been essential to the profession of occupational therapy since its founding. In this paper, the Conceptual Framework for Therapeutic Occupation (CFTO) is advocated as providing logical and practical guidelines for occupational analysis/synthesis. When learning to think like an occupational therapist, the student first analyzes occupations observed outside the therapeutic context. Next the student learns how to synthesize potentially therapeutic occupational forms. The culmination of occupational therapy education (also the essential act of an experienced therapist) is analysis/synthesis of occupational forms in accordance with one of the evidence-based models of practice. CFTO is compatible with all the occupational therapy models of practice (often called frames of reference). In this paper, two examples of occupational analysis and synthesis are given. In the first, a man with Parkinson's disease attends a church service. In the second, abbreviated example, a man with HIV/AIDS sets up his new apartment after living dependently in a nursing facility. Whether or not the Conceptual Framework for Therapeutic Occupation or some other system is used, occupational analysis/synthesis is the essential and defining occupation of the occupational therapist.

There are no conflicts of interests regarding this article.

Occupational Analysis and Synthesis

The reason for the founding of the profession was the use of occupation to enhance human lives (National Society for the Promotion of Occupational Therapy, 1917; Meyer, 1922). Please see a discussion of the history of therapeutic occupation in the 1996 Eleanor Clarke Slagle lecture (Nelson, 1997). Our profession's focus on occupation as a method of therapy is what makes the profession unique and valuable to society.

One of the profession's founders, Eleanor Clarke Slagle (1922), wrote about her «system of occupational analysis» (p. 16). As the widely recognized leader of early occupational therapy education, Slagle ensured that skill in occupational analysis was central to every student's education.

Slagle did not provide an abstract definition of occupational analysis and its components. However, from the examples she provided, it is clear that occupational analysis involved a match between:

- a) the basic characteristics of work tasks, crafts, games, self-care tasks, etc., and
- b) the capabilities of the person.

In this article, the parallel idea is that occupational analysis includes a match between:

- a) an occupational form and
- b) the person's developmental structure (for definitions please see Table 1 on next page).

The definitions in Table 1 are taken from the Conceptual Framework of Therapeutic Occupation (CFTO). For extensive explanations of all CFTO concepts and their relationships with models of practice, please see Nelson (1988), Nelson (1994), Nelson

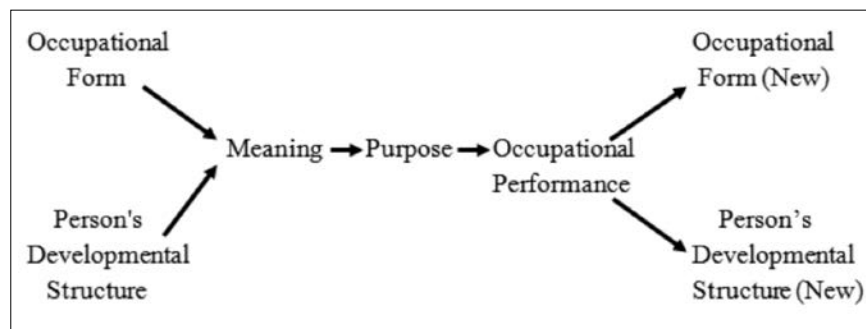


Figure 1. Occupation is dynamic. The arrow from Occupational Performance to Occupational Form (New) is Impact. The lower arrow from Occupational Performance to the Person's Developmental Structure (New) is Self-Adaptation.

(1996), and Nelson and Thomas (2003). The only change in CFTO terminology from prior publications is that now the term self-adaptation is used instead of simply adaptation. The reason is that occupational therapists persist in using the term adaptation for two entirely different concepts:

- a) the change in the person (self-adaptation) and
- b) the synthesis of compensatory occupational forms (e.g., adaptations of the environment) (Nelson, 2006).

Please see Figure 1. An occupation starts when a person with a unique developmental structure encounters an occupational form. When that encounter takes place, the person experiences meaning. In other words, the person makes some kind of subjective sense out of the occupational form. Meaning involves both:

- a) perception (or misperception) of the physical aspects of the occupational form, and
- b) the symbolic understanding (or misunderstanding) of the sociocultural aspects of the occupational form.

Meaning also involves the subjective, affective experience of the

person encountering the occupational form.

Once the person has meanings, the person subjectively develops purposes, desired outcomes associated with thought and emotion. Then the person actively does something in pursuit of those purposes: occupational performance. Occupational performance affects both subsequent occupational forms (impact) and the person's own developmental structure (self-adaptation). Figure 1 is a graphic portrayal of the basic process.

The term «synthesis» was first used by Mosey (1986) to describe the joining together of various activity features into a coherent, appropriate whole to be presented to the person receiving therapy. However, long before Mosey suggested this concept label, the idea behind the word synthesis was foundational to the profession. In occupational synthesis, the therapist collaborates with the person to design a therapeutic occupational form. The therapist synthesizes an occupational form to make a just-right match to a person's developmental structure, so that the person can find meaning and purpose, leading to active doing (occupational performance) and a therapeutic goal

Occupation	Occupation is a dynamic relationship among an occupational form, a person with a unique developmental structure, subjective meanings and purposes, and a resulting occupational performance.
Occupational Form	Occupational form is the objective set of physical and sociocultural circumstances, external to the person, at a particular time. The occupational form guides, structures, or suggests what is to be done by the person.
Person's Developmental Structure	A person's developmental structure consists of sensorimotor, cognitive, and psychosocial abilities and characteristics. The term «developmental» implies that the structure is the end product of a long-term process influenced both by maturation (genetically unfolding physical changes) and by past occupational adaptations (personal experiences).
Meaning	Meaning is the entire interpretive experience engaged in by an individual encountering an occupational form. Meaning involves perceptual interpretation, symbolic interpretation, and affect.
Purpose	Purpose is the felt experience of desiring an outcome (having a motive). When a person with a unique developmental structure interprets the occupational form (meaning), he or she often wants to do something about it (purpose).
Occupational Performance	Occupational performance is the voluntary doing of the person in the context of the occupational form.
Impact	Impact is the effect of occupational performance on the person's subsequent occupational form and on the occupational forms of others.
Self-Adaptation	Self-Adaptation is the effect of occupational performance on the person's developmental structure. In therapy, self-adaptation may occur when the person actively engages with a synthesized occupational form.
Occupational Compensation as Therapy	Occupational compensation as therapy involves four elements: a developmental structure characterized by an intractable problem and latent capacities, synthesis of a somewhat atypical occupational form, substitute occupational performance, and comparable impact.
Occupational Assessment	Occupational assessment involves (a) the therapist's direct and indirect (reported) observation of a person's occupational performances and impacts in the context of synthesized occupational forms, and (b) the drawing of inferences about the person's developmental structure and/or occupational configurations.

Table 1. Basic definitions in the Conceptual Framework for Therapeutic Occupation.

(self-adaptation or successful compensation).

In the early phases of occupational therapy education, today as well as in Slagle's era, a student should first learn how to analyze naturally occurring occupations performed outside the occupational therapy context. In this phase, there are no therapeutic syntheses or goals set by the occupational therapist. Ultimately, the student's remembered analyses of naturalistic occupations in all their variety and complexity will constitute a «toolbox» for future work in therapy. Soon the student can begin to learn about the special responsibilities of the therapist in collaborating with the person in

synthesizing a therapeutic occupational form.

The student can learn the basic process of occupational analysis and synthesis even before learning occupational therapy models of practice (sometimes called frames of reference). By the time of graduation, the student has learned how to apply models of practice when describing the person's developmental structure and therapeutic goals. Examples of the many occupational therapy models of practice include the Model of Human Occupation (Kielhofner, 2006), Sensory Integration (Ayres, 1972), and Multicontext Generalization (Togliola, 1991). Each model of practice

uses unique terms to describe the developmental structure and the process of therapeutic change. Any uniform terminology is valuable only for the early phases of occupational therapy study before the student learns about the various models of practice.

The Conceptual Framework of Therapeutic Occupation (CFTO) is compatible with all occupational therapy models of practice. Newly learned concepts from models of practice are simply plugged into the CFTO framework.

Occupational analysis of naturally occurring occupations outside of a therapeutic context can be defined as a three-step process of documenting:

Dimensions of Occupational Form (All External to the Person)			
Physical Dimensions		Sociocultural Dimensions	
Shapes Sizes Distances Relative Positions Weights Textures Colors Lighting Sounds Physical presence of others etc.	Temporal aspects: (the moment-by-moment changes in all physical factors)	Symbols Norms Sanctions Roles Typical uses Typical variations Language rules etc.	Social levels: Universal Cultural Subcultural National Regional/Community Institutional Organizational Neighborhood Family Other groups

Table 2. Dimensions of occupational form.

1. the occupational form and any background information available about the person;
2. the person's occupational performance and impact as well as meanings and purposes that can be inferred from the observation; and
3. self-adaptations and impacts made by the person.

Therapeutic occupational analysis/synthesis can be defined as a five-step process of documenting:

1. the developmental structure (as evaluated) and the planned occupational form;
2. the predicted occupation, including predicted meanings, purposes, occupational performance, impact, self-adaptations, compensations, progress toward therapeutic goals, and new assessment information gained;
3. the actual occupational form and the actual occupation, including the actual occupational performance and impact as well as inferred meanings and purposes;
4. self-adaptations and compensations, including progress toward goals, and new assessment information; and

5. synthesis (re-synthesis) of future occupational forms.

This article will focus on the relatively complex process of professional, therapeutic occupational analysis and synthesis, which includes and surpasses all the steps taken in analyzing naturally occurring occupations. An occupational analysis/synthesis from a case study will be used here as the primary example. Chapman and Nelson (2014) described occupational therapy for a man with Parkinson's disease. In this case study, the Role Acquisition model of practice (Mosey, 1986, Chap. 26) was used in combination with the Conceptual Framework for Therapeutic Occupation.

1. EVALUATED DEVELOPMENTAL STRUCTURE AND PLANNED OCCUPATIONAL FORM

This 78-year-old man with idiopathic Parkinson's disease lived at home with his wife. He reported a vigorous, rich lifestyle of work and leisure in the past, but stated that his Parkinson's disease had forced him to abandon almost all of the many occupations he had regularly performed outside the home. Assessments revealed bilateral

bradykinesia; tremors; flexed and asymmetric posture; rigidity with impairments of range of motion in the spine, hips, and ankles; shuffling gait with occasional freezing; hypophonic speech associated with reduced expansion of the rib cage; mild cognitive impairment; depression; a restricted lifestyle; and a self-reported history of about one fall per month in addition to near-falls. In Mosey's Role Acquisition model, the therapist is mainly a teacher of roles, tasks, and skills. As a learner, this man needed unambiguous instructions, frequent demonstration, actual practice in simulated and naturalistic occupational forms, and supportive feedback focusing more on his successes than failures. For more information, please see Chapman and Nelson (2014).

The Role Acquisition model posits that the person is especially likely to learn an occupation if he or she has a special interest. This man's most highly rated goal was to continue to attend his church service with his wife each Sunday morning. The planned occupational form can be labeled «church attendance.» Please see Table 2 describing the possible physical and sociocultural dimen-

sions of an occupational form. Except for the occasional student paper, all the dimensions of an occupational form are rarely documented. One of the most difficult tasks for a student is to identify the most relevant dimensions of a particular occupational form, while choosing not to record less important or irrelevant details. For example, in this case certain rituals of the church service were highly relevant whereas the exact etymologies of the words spoken by fellow parishioners were much less relevant, even though technically part of the occupational form. For a physical example, anything obstructing balance and gait were highly relevant, but the colors within the church were not so relevant (even though in a different occupation, the colors of the priest's vestments might be highly relevant).

Socioculturally, the occupational form of church attendance involved a life-long affiliation with Roman Catholicism. Indeed, he had been baptized as an infant in this same church. All religions have powerful symbols and norms; for example, this man's religion placed special importance on the taking of communion. In the church service, different people have defined roles, whether the priest, those assisting the priest, the choir, or members of the congregation. As a member of the congregation, the man was expected (if possible) to recite prayers and sing hymns in defined temporal sequences and pitches. The parish was also a social center for fellowship. His wife typically accompanied him to church, and, except for medical appointments, going to church together was their sole remaining reciprocal occupation outside the home. The plan

of the therapist was to blend into the social situation while providing minimally necessary, discreet cues and supports.

Physical aspects of the occupational form included the route from handicapped parking to the church pew; the pew kneeler and seat; books of hymns and liturgy; the route from the pew down the aisle to the communion area; the church vestibule where standing was the norm (typically the site for fellowship before and after the formal service); and the physical presence of fellow parishioners, some of whom were likely to address the man. Physical assistance by the therapist was not planned but was possible given challenges in the actual occupational form.

To prepare for the occupation, the therapist engaged the man in a series of preliminary therapeutic occupations (each of which had form, meaning, purpose, performance, and self-adaptation in its own right). The preliminary series emphasized high-amplitude movements and addressed static and dynamic standing balance; sustained safe walking; increased chest expansion to improve vocalization; transitions from kneeling to standing to sitting; dressing in his suit, tie and overcoat; car transfer; seatbelt fastening (a particular problem because of his inability to dissociate his upper trunk from his lower trunk); and backing his car out of his driveway (again, a problem due to a lack of trunk and neck rotation).

2. PREDICTED OCCUPATION

When synthesizing an occupational form, the therapist makes predictions as to the meanings, purposes, performances, impacts, adaptations, and compensations

expected to occur in the occupation. For this occupation, the therapist predicted very high levels of meaning and purpose. The man had listed church attendance as his most important occupation. Another indication of a high level of meaning was that he spent hours readying his clothes and car for this weekly outing.

The rituals of the church service are designed to foster a spiritual experience, especially in a man professing a life-long commitment. For someone with a recent history of depression and increasing apathy, the church service provided an opportunity for meaningful engagement cognitively, socially, emotionally, and spiritually. Socialization before and after the service involved emotionally charged, long-term relationships, some of which were life-long. Church attendance also involved emotions evoked by spending time with his wife. He described the occupation as «taking my wife to church.»

The therapist predicted that one of his purposes would be recognition as a cherished member of the congregation. He also seemed to want to reassure himself and his wife that he could still go out and do things that were important to both of them.

The therapist's concerns focused on the man's perceptual meanings. Given his balance impairment and history of falls, the therapist was particularly concerned about his somatosensory self-monitoring. Fatigue was predicted, particularly after the formal service while standing and conversing in the vestibule. Interactions in a small crowd and inadvertent jostling could lead to a fall.

Predicted performances and impacts included successful

passage from car to vestibule to pew to communion area to pew to vestibule and back to car. Because of anticipated fatigue, the man's posture and gait might decline in quality toward the end of the occupation, with increased shuffling and forward flexion. Reciprocal engagement in conversation, recitation of prayers, and consumption of the communion host were expected. The therapist anticipated that the man might have difficulty in breath support for vocalizations, especially while singing hymns.

This planned occupation was oriented to therapeutic goals of self-adaptation, not compensation. It should be noted that compensation took place in other therapeutic occupations at other times with this man, mostly via assistive devices for self care and home modifications. In this occupation, anticipated adaptations directly related to the therapist's goals included increased self-efficacy in church attendance, reinforcement of safe mobility, generalization of breathing strategies to new situations, enhanced mood and affect, and maintenance of a highly valued occupation in his configuration. When a person maintains an ability that would otherwise be lost, CFTO classifies this type of maintenance as self-adaptation.

3. ACTUAL OCCUPATIONAL FORM AND OCCUPATION

Frequently the actual occupational form is somewhat different from what was planned. In this case, a handicapped parking sign provided an over-challenge to the man's visual-perceptual meaning. The sign was placed between two parking spots, and the man parked in the middle of the two

parking spaces, directly behind the sign.

A second unanticipated challenge was that the incline of the ramp from the parking lot was steep with no railing, so the therapist provided standby assistance. A third problem was that the door to the church was too heavy for him to open without loss of balance, so the therapist opened the door. Finally, the therapist discovered that there were two, shallow, wide-tread marble stairs, without railings, to the communion area. Therefore the therapist provided minimal contact guard while rising and descending those steps.

Other aspects of the occupation unfolded mainly as planned. He participated in the ritual of making the sign of the cross with holy water, but, as anticipated, he did not attempt to genuflect prior to entering the pew. He participated in both ritualistic responses and hymns without reference to the books, but his voice was softer than others. Before and after the service, fellow parishioners approached the man and initiated friendly conversations. He spoke softly with minimal facial expressions, typical of Parkinson's. However, the focus and movement of his eyes suggested a high degree of interest (a gleam in the eyes). His verbal responses were appropriate, but monotonic and sometimes delayed. He did not initiate conversations.

Toward the end of the post-service socialization, his posture became increasingly forward-flexed, and his shuffling became more pronounced. Later he confirmed that these were indications of fatigue. However, he demonstrated no freezing. He reported a high level of satisfaction with the occupation.

4. SELF-ADAPTATIONS, COMPENSATIONS, AND ASSESSMENT INFORMATION

In this occupation, the therapist's goals for self-adaptation were fully met. The man reported increased self-efficacy for church attendance. His occupational performance reinforced his self-esteem, his identity, and his capacity for enjoyment. There was evidence that he generalized past learning concerning falls prevention, gait, and breathing to the church-going situation. He coped well with fatigue, especially in the latter stages of the occupation. According to Mosey's Role Acquisition model of practice, generalization of learning to new occupational forms is important in the development of habits. Because of this therapeutic occupation, a man with disease-related impoverishment of occupation was increasingly likely to be able to continue to pursue a highly valued occupation.

Assessment is an ongoing process, and the therapist continues to learn new things whenever observing the person engaged in occupation. The therapist learned that the man has long-term memory skills in that he was able recite prayers and hymns; he was also able to remember details about fellow parishioners. The therapist also learned that the man has adapted to declining sensory-motor and cognitive abilities by focusing on only one thing at a time. For example, when walking, he did not engage in potentially distracting conversation.

5. RE-SYNTHESIS FOR THE FUTURE

Occupational therapy is a dynamic process, with one therapeutic occupation setting up the next

(as in Figure 1). The main re-syntheses arising from this occupation were recommended changes to the physical aspects of the church. At the therapist's suggestion, church personnel installed:

- a) unambiguous signage for handicapped parking, b) a low-effort, hydraulic, push-button door opener to the vestibule, and
- c) a hand rail on the steps leading to the communion area.

The therapist also continued to synthesize occupational forms in the home that would help him get ready for church safely and efficiently.

The therapist recommended a driving evaluation, given declining skills secondary to Parkinson's disease. The only driving done by the man was weekly church attendance, and it remained important to him. However, the time would come for his wife to drive. Although it will probably be difficult for him to give up this role, a hopeful sign was that he had recently agreed to restrict flying his airplane to a co-pilot status with his son.

A Second, Abbreviated Occupational Analysis and Synthesis

An occupational analysis/synthesis can be more or less detailed than the above example. A student learning to think like an occupational therapist should have experiences both with highly detailed analyses and with abbreviated summaries containing only the most cogent information. Over time, the student learns how to conduct numerous analyses/syntheses mentally and how to document

intervention sessions in a highly efficient manner.

Misko, Nelson, and Duggan (2015) used the Model of Human Occupation (Kielhofner, 2008) in combination with CFTO in case studies of persons with HIV/AIDS. The example below illustrates an occupation taking place discontinuously over several days.

1. EVALUATED DEVELOPMENTAL STRUCTURE AND PLANNED OCCUPATIONAL FORM

A fifty year old man, HIV positive for twelve years, had recently moved into his own apartment after two years living dependently in a nursing home. Because of transverse myelitis and neuropathy, he primarily mobilized in a power wheelchair. His personal narrative included a strong commitment to independent living but also self-doubts concerning personal causation. Most of his possessions remained piled in boxes, and this was in conflict with the value he placed on order and functionality. The initial occupational form could be labeled «Possessions to be unpacked in setting up his apartment.»

2. PREDICTED OCCUPATION

The student therapist predicted problems of volition (doubts concerning personal causation and insufficient knowledge of personal capacity) in the early stages of the occupation. A high level of purpose was expected because he repeatedly stated he needed to get his apartment organized in order to live independently. His mobility, endurance, and problem-solving skills were in danger of being over-challenged, so the student therapist planned to take a hands-on, collaborative ap-

proach in the early stages of the occupation.

3. ACTUAL OCCUPATIONAL FORM AND OCCUPATION

The student therapist's expectations were largely fulfilled. First they collaboratively unpacked and set up his computer station, with numerous adjustments made as he tested and refined the design. The student therapist gave constructive feedback concerning safe mobility while encouraging his autonomy in decision-making. In subsequent days, volunteers from social service agencies assisted the man with most of the physical aspects of unpacking while he made the decisions concerning placement. In other words, he took on the same role with the volunteers that he had worked out collaboratively with the student therapist. His new apartment (impact of his occupation) was an evolving occupational form that appropriately challenged future problem-solving, planning, organization, and time management.

4. SELF-ADAPTATIONS, COMPENSATIONS, AND ASSESSMENT INFORMATION

With initial occupational success, the sense of personal causation increased. The man quickly learned the role (habituation in the Model of Human Occupation) of directing others. Energy conservation in directing others is a compensation for impairments of mobility and endurance. Self-knowledge of his capacities and incapacities was reinforced. Ultimately he expanded his personal narrative by stating «I feel like I can just go do things again.... I'll be OK.» In terms of occupational

assessment, the student therapist determined that he needed additional practice in strategies for safe mobility, particularly in restricted spaces such as closets where wheelchair use was awkward.

5. RE-SYNTHESES FOR THE FUTURE

After successes in instrumental occupations around his apartment, the therapist assisted the man in his desire for participation in the broader community (markets, restaurants, theatres, etc.). A major focus was the prevention of falls in community-based occupational forms.

Conclusion

The Conceptual Framework for Therapeutic Occupation is a logical system for occupational analysis and synthesis. CFTO as an overall system and each concept in CFTO are designed in accordance with the logical rules of precision, parsimony, exclusivity, and exhaustiveness (rules described in Nelson, 2006). In the examples above, rigid segregation among terms has not been used for the sake of fluidity and comprehension. But it is possible for a student of CFTO to parse each word in the above examples into the basic terms: occupational form, developmental structure, meaning, purpose, occupational performance, impact, and self-adaptation. Logic is expected in a true profession and is necessary in science. CFTO is also compatible with all models of practice, and provides a systematic way to compare models of practice (Nelson, 1997).

Whether or not the Conceptual Framework for Therapeutic

Occupation or some other system is used, occupational analysis/synthesis is the essential and defining occupation of the occupational therapist. Since the days of Eleanor Clarke Slagle, this process has been the profession's unique contribution to health care. Our specialty is to know about occupational forms in all their variety and to perceive the special capabilities of persons so that a therapeutic match can be made. Given its centrality to the profession, occupational analysis/synthesis should be the primary focus not only of practice but also of education and research.

References

- Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Chapman, L. M., & Nelson, D. L. (2014). Person-centered, community-based occupational therapy for a man with Parkinson's disease: A case study. *Activities, Adaptation, and Aging*, 38, 94-112. doi: 10.1080/01924788.2014.901045
- Kielhofner, G. (Ed.). (2008). *Model of Human Occupation: Theory and application*. (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Misko, A. N., Nelson, D. L., & Duggan, J. M. (2015). Three case studies of community occupational therapy for individuals with human immunodeficiency virus. *Occupational Therapy in Health Care*, 29, 11-26. doi: 10.3109/07380577.2014.941452
- Meyer, A. (1922). The philosophy of occupational therapy. *Archives of Occupational Therapy*, 1, 1-10.
- Mosey, A. C. (1986). *Psychosocial components of occupational therapy*. New York: Raven.
- National Society for the Promotion of Occupational Therapy. (1917, March 15). *Certificate of Incorporation of the National Society for the Promotion of Occupational Therapy*. (Incorporated in the District of Columbia and notarized by James A. Rolfe in Clifton Springs, New York)
- Nelson, D. L. (1988). Occupation: Form and performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 42, 633-641.
- Nelson, D. L. (1996). Therapeutic occupation: A definition. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 775-782.
- Nelson, D. L. (1994). Occupational form, occupational performance, and therapeutic occupation. In C. B. Royeen (Ed.), *AOTA self study series: The practice of the future: Putting occupation back into therapy*, Lesson 2 (pp. 9-48). Rockville, MD: American Occupational Therapy Association.
- Nelson, D. L. (1997). Why the profession of occupational therapy will continue to flourish in the Twenty-first Century. The 1996 Eleanor Clarke Slagle Lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 11-24.
- Nelson, D. L. (2006). Critiquing the logic of the Domain section of Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 511-523.
- Nelson, D.L., & Thomas, J.J. (2003). Occupational form, occupational performance, and a conceptual framework for therapeutic occupation. In P. Kramer, J. Hinojosa, & Royeen, C. B. (Eds.), *Perspectives on human occupation: Participation in life* (pp. 87-155). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Slagle, E. C. (1922). Training aides for mental patients. *Archives of Occupational Therapy*, 1, 11-17.
- Toglia, J. P. (1991). Generalization of treatment: A multicontext approach to cognitive perceptual impairment in adults with brain injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 505-516.

Dynamic Performance Analysis (DPA):

AN ALTERNATE APPROACH TO ACTIVITY ANALYSIS

The purpose of this paper is to describe the Dynamic Performance Analysis approach to activity analysis, contrast it with typical activity analysis and describe the context for its use.

Av Helene Polatajko, Tatiana Pontes and Pedro Almeida



Helene Polatajko is professor at the Department of Occupational Science and Occupational Therapy at the University of Toronto. She is Editor-in-Chief of the Canadian Journal of Occupational Therapy.



Tatiana Pontes is Professor at the Department of Occupational Therapy at the University of Brasilia and Post-Doctoral Fellow at the University of Toronto.



Pedro Almeida is Assistant Professor at the Department of Occupational Therapy at the University of Brasilia.

There are no conflicts of interest regarding this article.

M eet Emily, a seven year old girl with cerebral palsy who wants to become independent in dressing. She is starting with the basics – putting on a sock – she is struggling. Her coordination is such that she cannot easily grasp the sock nor can she easily put it over her toes or pull it up. But she is determined – with great effort, she gets the sock over a few toes and begins to pull. She pulls and pulls and pulls, to no avail! Now what?

For the therapist working with Emily there are two options: – she can do a traditional activity analysis and determine that Emily’s motor skills, coordination and strength are inadequate to meet the demands of the task. Putting on a sock requires fine motor grasp, body stabilization, bilateral coordination, and strength. Armed with that information the therapist recommends that Emily has further therapy to work on improving strength, balance and fine motor coordination and that she has assistance with this and the other ADL tasks that require the same motor skills. Alternatively, she can do a dynamic performance analysis (DPA) and determine that Emily has the sock over four of her five toes, that the sock is caught on her little toe and that all the pulling in the world will not get that sock on. Armed with that information, the therapist draws Emily’s attention to the toe, Emily clears the toe, pulls on the sock again and the sock goes on. With a few more practices, Emily becomes independent in her first ADL dressing task. How does the therapist decide which approach to choose?

A BRIEF HISTORY OF ACTIVITY ANALYSIS

Activity analysis is a staple of occupational therapy, a crucial part of the occupational therapy assessment and treatment process (Allen, 1987); but it

did not originate in occupational therapy, nor is it unique to occupational therapy.

The origin of activity analysis is based in the industrial world in the early 1900s, in its interest in the systematic study of job performance. It was created by engineers to evaluate workers' movements (e.g., motion, speed) and task components (e.g., light, tools) aiming to increase the productivity of factories and industries (Creighton, 1992). It remains an important tool today as is evident from this modern definition of activity analysis found in an online business dictionary:

Activity analysis is: «Identification and description of activities in an organization, and evaluation of their impact on its operations. Activity analysis determines (1) what activities are executed, (2) how many people perform the activities, (3) how much time they spend on them, (4) how much and which resources are consumed, (5) what operational data best reflects the performance of activities, and (6) of what value the activities are to the organization. This analysis is accomplished through direct observation, interviews, questionnaires, and review of the work records.» (<http://www.businessdictionary.com/definition/activity-analysis.html>)

Activity analysis has been an important aspect of occupational therapy almost since the inception of the profession. Focused on using activity to cure, early occupational therapists needed to understand the therapeutic value of activity, to quote (Howland, 1944):

«Occupational therapy is based on the principle that since voluntary activity is a normal function of every organ and structure, then, when injury or disease has resulted in an impaired activity, amelioration or recovery may be greatly assisted, on the one hand by physical exercise of the disabled member (read: body structure), while, on the other hand, the patient's mind is kept preoccupied with some diversional occupation such as art, music, crafts or recreation» (pp. 32-33).

Accordingly, occupational therapists were early adopters of activity analysis and it became an important component of the occupational therapy programs and training courses designed for the re-employment of soldiers returning from World War I (Creighton, 1992).

In those early years, psychiatric occupational

therapists were concerned with the characteristics of activities that would address patients' emotional and social needs, so the activities were analysed and rated in terms of the types of tools and materials used, level of complexity, appeal to different ages and sexes and modifiability. Therapists working with those with physical disabilities were concerned with the physical characteristics of activities; and guidelines for analyzing crafts in terms of such performance aspects as joint motion, muscle strength, and bilateral coordination were developed (Creighton, 1992). Occupational therapy curricula devoted considerable time to teaching students activity analysis skills both from a physical and social-emotional perspective. Having students become familiar with the characteristics of a broad range of activities was central to occupational therapy education programs, and students spent hours in labs performing and analyzing a broad range of activities.

Over time, different types of activity analyses were proposed based on a variety of theoretical frameworks (Fisher, 1998), each focusing on unique characteristics of activities, for example, the cognitive, sensory or perceptual requirements, the postures and movement patterns involved, the associated volitional and habitual components and the environmental factors (Creighton, 1992).

Today activity analysis can take a variety of forms, depending on the theoretical framework. However, in all cases it «addresses the typical demands of an activity, the range of skills involved in its performance, and the various cultural meanings that might be ascribed to it» (p. 239, Schell, Gillen, Scaffa and Cohn, 2013).

The activity analysis process is generally an armchair process, that is, a theoretical one that can be carried out in the absence of the individual. The intention being to determine both the generic properties and inherent characteristics of the activity as it is normally performed, and its remedial potential and modifiability (Creighton, 1992). Armed with the knowledge of activity characteristics, the therapist can examine the goodness of fit between activity and individual and can determine if a given activity can be used therapeutically to address the needs of the individual or can be adapted to match the capacity of the individual. In Emily's case it is a process that resulted in the therapist recommending that Emily has further therapy to work on improving strength, balance and fine motor coordination and that she has assistance with this and the other ADL



Emily is a seven year old girl with cerebral palsy who wants to become independent in dressing. She is starting with the basics - putting on a sock. Foto Colourbox

tasks that require the same motor skills.

In contrast the DPA process is an active, observational performance-based process, that cannot be performed in the absence of the individual. DPA necessitates an understanding of how a particular person performs a particular activity in a particular context, the intention being to enable successful performance. In Emily's case it is a process that resulted in the therapist drawing Emily's attention to the toe that was preventing her from pulling on her sock, in Emily correcting her performance, achieving success and with further practice becoming independent in her first ADL dressing task.

DYNAMIC PERFORMANCE ANALYSIS

Dynamic Performance Analysis (DPA) is an observation-based process designed to identify performance problems or breakdown. It was developed in tandem with the development of the Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) approach as a therapist tool (Polatajko & Mandich, 2004). In CO-OP, a client-centred, performance-based, problem-solving approach to occupa-

tional enablement, the therapist uses DPA iteratively to identify the performance breakdown(s) and possible strategies to solve the performance problem. The CO-OP therapist guides the client in the use of a problem solving strategy, goal-plan-do-check, to identify their own solutions to their particular performance problems. Studies of DPA within CO-OP have indicated that as CO-OP progresses the clients, be they children or adults, also begin to carry out DPAs iteratively to support their own performance improvement (Hyland & Polatajko, 2012; Schneiderman, Kinslihk, McEwen, and Polatajko, 2008, respectively).

While designed to complement the CO-OP approach, DAP is embedded in a top-down framework and thus has applicability in any approach that is based on the premise that performance is the product of the interaction of person, environment, and occupation, and thus focused on the specific way that a specific client performs a specific activity (Polatajko, Mandich, and Martini, 2000).

Although predicated on activity analysis, the DPA process does not depend on a generic analysis of activity characteristics nor a predetermined strategy for performance. Rather, DPA is based on the assumption that there is no single sequence of steps for an optimal performance. The purpose of DPA is to solve performance problems that affect the execution of the desired activity. In this way, the smallest part of the activity analysis is not a body component required to perform a task (e.g., fine motor grasp, body stabilization, bilateral coordination, or strength), but a sub-performance unit of the actual activity (locating the sock, or bringing it to the foot, or putting it over toes, or pulling it up, depending on the performance breakdown).

HOW TO CARRY OUT A DYNAMIC PERFORMANCE ANALYSIS

Dynamic Performance Analysis, depicted in the DPA decision tree (see Polatajko et al 2000), is comprised of a series of questions designed to be used in an iterative manner to identify the specific performance breakdown(s) experienced by an individual during the performance of a specific action. The series of questions are organized into two parts: performer prerequisites and performance requisites.

The performer prerequisite questions address the motivation and basic task knowledge of the performer. As DPA is based on actual performance it is important to first ascertain if the individual is actually

motivated to perform the activity and has the necessary basic knowledge to do so. If there is no motivation to perform the activity, the DPA ends. (The client-therapist interaction then shifts to re-examining the clients' occupational goals or motivating the client.) Assuming motivation is present the next step is to determine if there is a basic understanding of how the activity is performed. If there is no basic understanding of performance, the DPA must also end. (The client-therapist interaction then shifts to establishing a basic understanding of the activity performance.) If this second prerequisite is met, an examination of the performance can begin.

The performance requisite questions determine the initial level of competence for the activity as a whole and then each performance sub-unit; in each case ascertaining, through direct observation of performance, or reported performance, competence and performance breakdown. The series of questions are:

1. Is the performance competent?
2. Where in the performance is there a breakdown?
3. Regarding each point of breakdown,
 - a. Does the client know what to do?
 - b. Does the client want to do it?
 - c. Can the client do it?
 - i. Does he/she have the capacity?
 - ii. Are the occupational demands/supports appropriate?
 - iii. Are the environmental demands/supports appropriate?

The evidence from CO-OP research is that for the most part, the breakdown occurs because the client does not know what to do. Accordingly, the interventions strategies used most frequently are task specification (Rodger & Polatajko, 2005; Schneiderman et al, 2008). By way of example, recall Emily's problem with pulling up her sock. Once Emily's attention was drawn to the observation that her sock was caught on her little toe, she could solve the problem and successfully put on her sock.

As the DPA is a continuous and interactive process, it can be used during evaluation and throughout intervention. Evidence from CO-OP studies suggest that clients spontaneously carry out their own DPA, but that these are generally too generic to improve performance – e.g., when Emily kept pulling at her sock to no avail, she was actually carrying out a DPA and concluding that the sock needed to come up further. Unfortunately, her DPA

was not specific enough DAP to note the role of the little toe in preventing the sock from coming up. When her attention was drawn to this aspect of the performance, she could independently solve the problem and experience success. Evidence from CO-OP studies further suggests that this type of intervention can influence the generation of specific DPAs. Hyland and Polatajko (2012) evaluated the use of DPA by children with developmental coordination disorder (DCD). The authors analyzed the data from 13 previously recorded videos of three different types of interventions and concluded that when, as happened in Emily's case, the clients are actively involved in the DPA process, i.e., are guided to notice performance issues and propose solutions, as occurs in the CO-OP approach, the clients begin to carry out his/her own specific DPAs, spontaneously. On the other hand, when the therapist simply uses the DPA to inform herself on how to direct the clients' performance, as occurs in direct skill training approaches, the client does not learn to carry out specific DPAs.

Complementing the decision tree, there is a clinical recording tool for DPA called the Dynamic Performance Analysis Record (DPAR) (Polatajko & Mandich, 2004). The DPAR captures the essential features of the clinical reasoning process outlined in the DPA decision tree and provides a permanent record of the analysis and the specification of the intervention strategies. The DPAR has a rating scale that can be used before and after intervention to quantify performance and document change. The DPAR tool is grouped into four sections:

- performer prerequisites,
- performance requisites,
- identification of performance breakdown and
- specification of intervention strategies.

The first three sections of the DPAR are very similar to the dynamic performance analysis decision tree, with the addition of a 10-point rating scale that allows the quantification of the observations. The section related to specification of intervention strategies was created to complement the decision tree by guiding the consideration of target intervention strategies. The main purpose of section IV is the specification of intervention strategies that address and account for the client's abilities, the occupational and environmental demands and the necessity of performance's changes and possibilities of intervention.

EVIDENCE REGARDING DPA

With the exception of the Hyland and Polatajko (2012) study discussed above, there has been no direct studies of the DPA process. However, DPA is a key feature of CO-OP, indeed CO-OP cannot be performed without the simultaneous performance of iterative DPAs. Accordingly, studies of CO-OP provide indirect support for its usefulness as a clinical tool. To date there are 27 studies in the literature reporting on studies examining the effects of CO-OP with a variety of populations, addressing a broad range of activities. In all cases the evidence is positive (Scammels, Bates, Houldin, & Polatajko, H. J. (accepted 2015), indicating that DPA was used successfully to support skill performance.

CONCLUSION

DPA is a useful alternative to traditional activity analysis. It is an observation-based process designed to identify performance problems or breakdown and support the identification of solutions. DPA is focused on the unique way that each client performs a task and serves to focus intervention on improving that performance rather than focusing on performance components. Based on the current top-down thinking and centred on actual performance DPA is an important tool for occupation-based practice.

References

- Allen, C. K. (1987). Activity: Occupational therapy's treatment method. *American Journal of Occupational Therapy*, 41(9), 563-575.
- Creighton, C. (1992). The origin and evolution of activity analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(1), 45-48.
- Fisher, A. G. (1998). Uniting practice and theory in an occupational framework. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(7), 509-521.
- Hyland, M., & Polatajko, H. J. (2012). Enabling children with Developmental Coordination Disorder to self-regulate through the use of Dynamic Performance Analysis: evidence from the CO-OP approach. *Hum Mov Sci*, 31(4), 987-998. doi: 10.1016/j.humov.2011.09.003
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice*: FA Davis.
- Klein, S., Barlow, I., & Hollis, V. (2008). Evaluating ADL measures from an occupational therapy perspective. *Can J Occup Ther*, 75(2), 69-81.
- Polatajko, H. J., Mandich, A., & Martini, R. (2000). Dynamic performance analysis: A framework for understanding occupational performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(1), 65-72.
- Polatajko, H. J., & Mandich, A. D. (2004). *Enabling Occupati-*

onal in Children: Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) Approach. Ottawa, OT: CAOT Publications ACE.

- Polatajko, H. J., Mandich, A. D., Miller, L. T., & Macnab, J. J. (2001). Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP): part II--the evidence. *Phys Occup Ther Pediatr*, 20(2-3), 83-106.
- Rodger, S. & Polatajko, H. (2005). Cognitive Orientation for Daily Occupational Performance (CO-OP) Intervention for children with DCD who have handwriting difficulties: What does cognitive strategy use tell us about DCD? Paper presented at the 6th International Conference on DCD. Trieste, Italy May 20th, 2005 May 19, 2005. Book of Abstracts, p 46.
- Scammels, E., Bates, S., Houldin, A., & Polatajko, H. J. (accepted 2015). The Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance: A Scoping Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, (accepted March 2015).
- Schneiderman A, McEwen S, Kinslikh D, & Polatajko H. (2008). On route to novel strategies for adult stroke rehabilitation. Paper presented at the Canadian Association of Occupational Therapists Conference. Whitehorse, Yukon, June 12.
- Schell, B.A., Gillen, G., Scaffa, M., & Cohn, E. Eds. (2013) Willard and Spackman's Occupational Therapy Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Yuen, H. K., & D'Amico, M. (1998). Deriving directions through procedural task analysis. *Occupational Therapy in Health Care*, 11(2), 17-25.

Nyhet! – Ny prisforhandlet Servantheis ergonomiutstyr



Elektrisk servantheis

Designline 415 er en 65 cm bred elektrisk heve og senkbar servantheis. Valgfri servant monteres på heissystemet og justeres enkelt ved bruk av håndkontroll. Klemsikring hindrer klemfare under bruk. Speil monteres fast på vegg, heisen heves og senkes fra 65-90 cm over gulv etter brukers behov. Avløp og trykkslanger er skjult bak dekkplater.

Servanten vant nylig NAV prisforhandling og dekkes av folketrygden. Servantheisen benyttes mye i omsorgsboliger, legekantor, skoler og andre prosjekter med krav til tilpasning. Servantheisen leveres av

Astec A.S.
en enklere hverdag

Astec AS - Tlf. 2272 2355 - post@astec.no - www.astec.no



1 av 2 barn i Norge har barneforsikring.

Er dine barn forsikret?

Ergoterapeutenes barne- og ungdomsforsikring er en av de mest omfattende du kan få. Den dekker små og store skader, både ved sykdom, ulykke og uførhet. Det er viktig den dagen noe skjer!

Medlemspris **kun kr 1 728** per år.

Forsikringen leveres av Tryg.

Bestill i dag!



ergoterapeutene

Analyse av bilkjøring som aktivitet

Av Hilde Fleitscher



*Hilde Fleitscher har Master i Folkehelse og er ergoterapeutspecialist i eldres helse. Hun arbeider ved Alderspsykiatrisk enhet På Sørlandet sykehus i Kristiansand.
E-post: hilde.fleitscher@sshf.no.*

Sammendrag

Å kjøre bil er en daglig aktivitet. Ergoterapeuters kunnskap om aktivitetsanalyse er et viktig bidrag for å se på ressurser og begrensninger i denne aktiviteten. I flere land i verden er ergoterapeutens rolle i teamet en viktig del av førerkortvurderinger. Norske ergoterapeuter er i dag lite brukt i førerkortvurderinger, men denne trenden vil forhåpentligvis endres i årene fremover.

For å vurdere om helsekravene er oppfylt ved bilkjøring, styrkes vurderingen dersom det brukes både skrivebordstester samt praktisk kjøretest for å vurdere hvor mye en eventuell kognitiv svikt påvirker sikkerheten. En standardisert observasjonsprotokoll som P-drive, basert på aktivitetsanalyse, vil støtte ergoterapeuten i en standardisert vurdering av aktivitetsutførelse.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

Introduksjon

Å kjøre bil er en daglig aktivitet i den industrielle delen av verden. Vi er avhengige av bilen for å komme på butikken og handle, kjøre barn til fritidsaktiviteter, reiser og så videre. Studier viser at det å bli fratatt mulighetene til å kjøre er en viktig indikator på økte depressive symptomer. Det å delta på aktiviteter utenfor hjemmet går sterkt tilbake når muligheten for å kjøre bil forsvinner. Det blir vanskeligere å ta initiativ til spontane aktiviteter, og mange ønsker ikke å være til byrde for sine nærmeste (1).

For de fleste i dag er bilen et selvfølgelig gode og en rettighet. Det som gjør denne aktiviteten spesiell, er at vi kan sette oss selv og andre i fare ved å utføre den. Bilkjøring krever mye av oss som sjåfører ved at den består av mange kompliserte handlinger som krever raske beslutninger (2). I Norge viser Statistisk sentralbyrå til at bilbestanden har økt fra 395 per 1000 innbygger i 1985 til 549 per 1000 innbyggere i 2010 (3). Det er også en økning i antall førerkort. Halvparten av de som er over 65 år i dag, har førerkort. Antallet forventes å ville stige i årene som kommer – spesielt for de over 80 år og for kvinnene i de eldre aldersgruppene (4).

I Norge må alle over 75 år bestå en medisinsk vurdering hos sin fastlege. Men helsekravene gjelder også for yngre mennesker når de får en sykdom eller skade. Den medisinske vurderingen er en utfordrende oppgave for leger og psykologer som har meldeplikt. Spesielt gjelder dette fastleger, som ofte har et langsiktig faglig forhold til sine pasienter. Studier viser at legene ønsker hjelp til å vurdere helsekrav (5).

HELSEKRAV FOR FØRERKORT

Helsedirektoratet har gitt ut veilederen «Veileder ved behandling av førerkortsaker (IS-2070)» som skal være en støtte i å vurdere helsekravene (6). Helsekravene er nokså tydelige når det gjelder for eksempel alkohol og rusmidler, epilepsi og besvimeselsanfall. Det er spesielt ved kognitiv svikt eller mistanke om kognitiv svikt at helsekravene er noe mer utydelige: «Det må ikke være alvorlig sinnslidelse, vesentlig mental retardasjon eller personlighetsavvik som medfører nedsatt dømmekraft, impuls-kontroll eller atferdsforstyrrelser som kan være farlige i trafikken.» (6)

Nevropsykologiske tester og kognitive kartleggingsinstrumenter undersøker de underliggende funksjonene, som for eksempel hukommelse, psykomotorisk tempo, visuokonstruktiv evne og abstrakt tenkning. Disse er tenkt å ha en overføringsverdi og

forklare hvordan personen utfører aktivitet. Ergoterapeutens kunnskap om aktivitetsanalyse vil være til god hjelp i forklaring på hva testene sier om aktiviteten bilkjøring, og om det er mulig å kompensere for funksjonssvikt i aktivitet (7).

HVILKEN ROLLE OG HVILKET KUNNSKAPSNIVÅ HAR ERGOTERAPEUTER I FØRERKORTVURDERINGER?

Ergoterapifagets grunnsyn bygger på alles rett til aktivitet og deltakelse og at det er sammenheng mellom aktivitet, helse og livskvalitet (8).

Målet med aktivitetsanalyse er for ergoterapeuter som oftest en helsefremmende effekt. Å vurdere forutsetninger for å fortsette å kjøre motorkjøretøy på bakgrunn av helse kan i denne sammenheng bety en begrensning av mobilitet og dermed en begrensning på sosial og fysisk aktivitet. Selv om det er viktig at mennesker har gode muligheter for mobilitet, er det samtidig viktig at trafikksystemet er sikkert for alle (9).

Ergoterapeuter har vitenskapsbasert kunnskap til å forstå progressive tilstander og forandringer i livet som kan påvirke kjøringen. Fordi ergoterapeuter tar seg tid til å forstå hvilke rolle bilen spiller i livet til mennesker, er de i stand til å hjelpe enkeltpersoner til en mer smidig overgang fra bilkjøring til å bruke andre former for transport. Ved å gjøre det gir de folk mulighet til å opprettholde sin selvstendighet, uavhengighet, og følelse av verdi (10).

I en egen studie (7), «Kognitiv svikt og sikkerhet i trafikken: vurdering av helsekrav og ergoterapeutens rolle» ble det sendt ut en web-basert spørreundersøkelse via Norsk Ergoterapeutforbund til 1857 ergoterapeuter i Norge som jobbet i spesialist- og kommunehelsetjenesten. 492 ergoterapeuter svarte på undersøkelsen. Blant informantene jobbet 23 prosent med førerkortvurderinger i 2011. 18 ergoterapeuter jobbet i kommunehelsetjenesten, og 93 i spesialisthelsetjenesten.

23 av informantene var med i praktisk kjøretest sammen med trafikkklærer eller trafikkensor. I andre land er ergoterapeuter mer sentrale i førerkortvurderinger (7). En studie i Sverige viser at 57 prosent av ergoterapeutene er involvert i kartlegging av kjøreferdigheter (11). I England er det 15 trafikkmedisinske sentre hvor det jobbes tverrfaglig med førerkortvurderinger. Ergoterapeuter er ansatt på de fleste av disse sentrene (12).

I Australia har ergoterapeuter kartlagt kjøreferdigheter for konsesjonsmyndighetene i over 20 år. De australske ergoterapeutene som utfører førerkortvurderinger har blitt utdannet på et univer-

sitet for å utføre standardiserte førerkortvurderinger ved å følge nasjonale retningslinjer og standarder. Ergoterapeutene utfører både fysiske og kognitive tester samt standardisert kjøretest (13).

En «best practice»-rapport fra det australske Centre for Automotive Safety Research i 2008 (14) oppsummeres med at ergoterapeuter har en betydelig ekspertise i identifikasjon og vurdering av funksjonsutfall, og har kunnskapen til å vurdere en sjåførs evne til å kompensere for sine svakheter. Videre mener de at ved å bruke ergoterapeuter i praktiske kjørevurderinger vil sikkerheten bli betydelig forbedret ved at ergoterapeuten kun observerer og skårer sjåførens ytelse svært detaljert, mens en trafikklærer eller trafikksensor ivaretar sikkerheten under testen (14). I en erklæring fra det amerikanske ergoterapiforbundet fra 2010 mener de at ergoterapeuter kan gi avgjørende informasjon om menneskers ferdigheter og evner som støtte for videre bilkjøring og dermed til å utvide eller opprettholde deres engasjement i samfunnsaktiviteter og deres livskvalitet (10).

I Norge er funksjonsvurderinger i forhold til førerkort et område i utvikling for ergoterapeuter. Med nye retningslinjer for ergoterapeutens rolle i førerkortvurderinger (15) utarbeidet av Norsk Ergoterapeutforbund i 2014 vil dette tallet sannsynligvis påvirkes i fremtiden.

Praktisk kjøretest

Ergoterapeutens bidrag i førerkortvurderinger er som nevnt tidligere i artikkelen i hovedsak å bidra med kognitive utredninger samt analyse av praktisk kjøretest. Ann-Helen Patomella, som er ergoterapeut i Sverige, har utviklet et observasjonsredskap i denne sammenheng som hun kaller Performance Analysis of Driving Ability (P-Drive). Den validerte protokollen inneholder 27 kjørehandlinger fordelt på fire kategorier: Manøvrering, orientere, følge trafikkregler og ha oversikt og agere. Skåren gis fra 1-4, hvor 4 betyr kompetent, 3 betyr tvilsom utførelse, 2 betyr risikotaking/ineffektiv utførelse og 1 betyr gjentatt eller alvorlig risiko. P-Drive bygger på prinsippene i AMPS. Protokollen inneholder en egen manual for hvilken skår som skal gis ut ifra gitt aktivitetsutførelse. Resultatet av den praktiske testen gis som godkjent eller ikke godkjent. Tolkningen av dette resultatet er kvalitativt og ikke en utregning (16).

Den praktiske kjøretesten består i en fast rute som omhandler kjøring i både boligstrøk, by og

landevei. Den tar cirka 65 minutter å gjennomføre, og foregår i bil med dobbelt pedallet med en trafikkklærer i passasjeretsetet og ergoterapeut i baksetet. Personen kan velge mellom bil med manuelt gir eller automatgir. Etter testen forteller både pasient, trafikklærer og ergoterapeut om sine opplevelser og observasjoner. I etterkant fyller ergoterapeuten ut P-Drive-protokollen (7).

AKTIVITETSANALYSE

Metodisk bruk av aktivitet forutsetter at ergoterapeuten analyserer og vurderer aktiviteter og identifiserer rammefaktorer som påvirker aktivitetsutførelsen, krav som stilles til aktører og handlingssekvenser som inngår i aktivitetsutførelsen. Analyse av aktivitet er utgangspunktet for kartlegging og vurdering av personers prestasjon, kapasitet, ferdigheter og muligheter for å kunne utføre aktiviteter. Aktivitetsanalyse er ifølge Crepeau grunnlaget for tilrettelegging av aktiviteter for å fremme deltakelse (17).

P-Drive omfatter elementer basert på aktivitetsanalyse. Instrumentet ble utviklet ved at Patomella utførte en teorifokusert aktivitetsanalyse av kjøring i bilsimulatoren Argus. Her definerte hun problemer (dvs. handlinger) som kunne oppstå i kjøresituasjoner i henhold til teorier om kjøring. Aktivitetsanalysen resulterte i en rekke indentifiserbare og observerbare former for utførelse/handlinger som oppstod gjennom sikker kjøring i Argus. Fra denne aktivitetsanalysen, ble mulige kjørehandlinger plassert på en horisontal linje etter antatt vanskelighetsgrad og hva ulike studier har angitt som utfordrende handlinger. Kjørehandlingene gjennomgikk en Rasch-analyse hvor det viste seg at kjørehandlingene i skalaen P-Drive hadde god validitet (16).

P-Drive skal brukes som en observasjonsprotokoll hvor man skårer kun de handlingene man ser. Ikke hva som kunne skjedd, og ei heller tolkninger av årsaken til handlingene. For eksempel kan man ikke observere nedsatt hukommelse. Hukommelsessvikt kan vise seg i handling ved at man ikke følger trafikkskilt, eller man trenger gjentatt instruksjon for å finne veien. Overføringsverdien fra kognitive tester kan for eksempel være nedsatt planleggingsevne som viser seg i bilkjøring ved at man bruker for lang tid på å skifte felt slik at man skifter felt over sperrelinje.

I noen tilfeller kan det som vises av underliggende årsaker i kognitive tester, ikke vises i aktivitet. Grunnen til det kan være kompenserende teknikker. For eksempel kan man i tester vise at man har nedsatt oppmerksomhet. I aktiviteten kan personen bru-



Foto Colourbox

ke bevisstheten om å bruke blikket mer, samt senke farten slik at det er større mulighet for å orientere seg og handle.

Aktivitetsanalyse brukes derfor både i observasjon av utførelse av kognitive tester og i praktisk kjøretest for å kunne ha et sammenlikningsgrunnlag for aktivitetsutførelse og funksjonsutfall knyttet dertil.

KONKLUSJON

Observasjon av praktisk kjøretest vil kanskje være det mest nærliggende for en ergoterapeut å bruke i førerkortvurderinger. Ergoterapeuter har et aktivitetsperspektiv hvor aktivitetsanalyse er et sentralt redskap. Aktivitetsanalyse innebærer å ta i bruk kunnskap om selve aktiviteten og den kompleksiteten som preger samspillet mellom mennesker, handlinger og omgivelser. Med en aktivitetsanalyse kartlegges hvilke muligheter ulike aktiviteter gir for læring, behandling og utvikling, men også risikofaktorer og utfordringer.

Ergoterapeuter i andre land, som England og Australia, har en sentral rolle i førerkortvurderinger. Førerkortvurderinger er et fagfelt hvor ergoterapeutene føler de har noe å bidra med, men det er få ergoterapeuter som jobber innenfor dette fagfeltet i Norge i dag. Ved å bruke ergoterapeuter i førerkortvurderinger kan ergoterapeuten bidra med å vurdere manglende forutsetninger for å kjøre bil, og muligheter for mobilitet som en helhet. Identifiseringen av helsekrav for førerkort må gjøres med best mulig kunnskap og tverrfaglig kompetanse.

Referanser

1. Hjorthol R, Nordbakke S. Bilens betydning for eldre gruppers velferd og livskvalitet. Oslo, Norway: Transportøkonomisk institutt, 2008 0808-1190/978-82-480-0945-0/978-82-480-0946-7
2. Patomella A-H. Driving ability among people with stroke: developing assessments and exploring the lived-experience. Stockholm2008. 54 p.
3. Statistisk sentralbyrå N. Statistisk årbok 2009. Oslo: Statistisk sentralbyrå : I kommisjon hos Aschehoug og Universitetsforlaget.; 2009. 397 s. p.
4. Braekhus A. Physicians, health and drivers licence. Tidsskrift for den Norske Lægeforening. 2005;125(19):2609.
5. Braekhus A, Wyller TB, Engedal K. [Doctors' views on medical assessments of drivers]. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2010;130(13):1343-6.
6. HelseDirektoratet. Veileder ved behandling av førerkort saker. 2014(IS-2070):129.
7. Fleitscher H. Kognitiv svikt og sikkerhet i trafikken: vurdering av helsekrav og ergoterapeutens rolle. 2012.
8. Norsk Ergoterapeutforbund. Grunnsyn i ergoterapi. 2008.
9. Siren A, Meng A. Aldring, demens og bilkørsel. Lyngby: DTU transport, 2010 1601-9458 / 978-87-7327-194-0
10. The American Occupational Therapy A. Driving and Community Mobility Statement (2010). 2010.
11. Larsson H, Lundberg C, Falkmer T, Johansson K. A Swedish survey of occupational therapists' involvement and performance in driving assessments. Scandinavian journal of occupational therapy. 2007;14(4):215-20.
12. Brooks N, Hawley CA. Return to driving after traumatic brain injury: a British perspective. Brain injury : [BI]. 2005;19(3):165-75.
13. Unsworth CA. Development and current status of occupational therapy driver assessment and rehabilitation in Victoria, Australia. Australian Occupational Therapy Journal. 2007;54(2):153-6.
14. Baldock MJR. Best Practice criteria in practical driving test of medically referred drivers. CASR Report Series. 2008;2008(CASR-013).
15. Norsk Ergoterapeutforbund. Ergoterapeuter og førerkortvurdering. 2014.
16. Patomella AH, Caneman G, Kottorp A, Tham K. Identifying scale and person response validity of a new assessment of driving ability. Scandinavian journal of occupational therapy. 2004;11(2):70-7.
17. Schell BA, Gillen G, Scaffa M, Cohn ES. Willard and Spackman's occupational therapy. Crepeau EB, editor: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

JUBILEUMSKONFERANSE

ERGOTERAPEUTUTDANNINGEN I TROMSØ FYLLER 25 ÅR

I år er det 25 år siden ergoterapeututdanninga startet opp i Tromsø. Det ble feiret med jubileumskonferanse og bokutgivelse.

Av Einar Angelsen

For øyeblikket er 60 studenter i gang med studiene ved høyskolen. 460 er allerede uteksaminert. Av disse fant mange veien til konferansen som fant sted syvende og åttende mai på Universitet i Tromsø, Norges arktiske universitet.

HVERDAGSMESTRING

Studieleder for Bachelorprogrammet i ergoterapi, Rita Jentoft ønsket velkommen til 25-års feiringen av ergoterapeututdanningen i Tromsø.

– Ergoterapeututdanningen i Nord-Norge har et viktig samfunnsoppdrag med å utdanne kompetente ergoterapeuter som bistår ulike brukergrupper med rehabilitering, med helsefremmende og forebyggende tilbud slik at de kan fylle hverdagslivet med meningsfulle aktiviteter og leve et aktivt, deltakende liv, sa hun.

Etter henne fulgte forbundsleder Nils Erik Ness. Han gratulerte først med dagen fra Ergoterapeutforbundet, deretter drøftet han fremtiden for ergoterapeuter og ergoterapeutens posisjon.

– Det er helt uinteressant hva dere er interessert

i. Vi må interessere oss for det Norge trenger.

Ness mente at vi står foran et paradigmeskifte i rehabiliteringsfaget.

– Ergoterapeutene er i skvis mellom blålys og pleie, sa han. – Skal sykehjem eller rehabilitering være bærebjelke i framtiden? Uansett hvilken retning vi går i, er det ingen tvil om at samfunnet trenger ergoterapeuter, og kompetansen er etterspurt.

STOR BREDDE

Temaet for konferansen var ergoterapiens mangfold og muligheter, både i fortid, nåtid og framtid. Plenumsforedragene spente fra ergoterapeututdanningens historie, faglig og politisk status for ergoterapi i Norge i dag og framtidig forskning i Nord-Norge.

Tilhørerne fikk også et afrikansk blikk på kultur og funksjonshemming.

BOKUTGIVELSE

I anledning jubileet har Ergoterapiutdanninga ved UiT skrevet boka «Ergoterapi – Mangfold og muligheter». Den ble lansert på konferansen.



På slutten av dagen var det tid for lansering av boken «Ergoterapi - mangfold og muligheter».



Forlagsredaktør i Orkana, Elisabeth Johansen leser fra boken. Ved siden av henne står forfatterne Astrid Gramstad, Rita Jentoft og Cathrine Arntzen.



Forbundsleder Nils Erik Ness gratulerte ergoterapeututdanningen i Tromsø med dagen.



Birgitte Sørum og Line Guttormsen var ferdig utdannet i 2013.



Ergoterapeut, sosiolog og høyskolelektor Gunn Nilsskog tok deltakerne med på en reise gjennom 25 år.



Lise Ødegaard, ble utdannet ergoterapeut i Tromsø i 2012. Nå arbeider hun for Fredskorpset i Livingstone, Zambia.



Elever fra dramalinjen på Kongsbakken skole, som kaller seg for hybelkaninene, fremførte stykket «Vi reises opp».

Hvorfor faller unge ut av skole og arbeidsliv?

FORSKNINGSPROSJEKT MED STUDENTER

Bakgrunnen for prosjektet er at antallet unge som ikke klarer å bli en del av arbeidsstyrken, øker. Det er mange hypoteser om hvorfor de unge faller fra. Målet med studien er å finne ut hva voksne og unge selv mener er årsaken til frafallet.

Av Else Merete Thyness

Unges frafall fra skole og arbeidsliv er et stort forskningsprosjekt ved Presenter, som starter opp høsten 2015. Presenter er et kunnskapssenter innen kunnskapstranslasjon og implementeringsforskning. Prosjektleder er ergoterapeut Randi Wågø Aas.

Prosjektet er bemannet med en rekke seniorforskere, stipendiater og masterstudenter fra blant annet HiOA, UiS og NMBU og er både tverrfaglig og tverrvitenskapelig.

Utgangspunktet for prosjektet er at hver tredje elev dropper ut av videregående skole og andelen unge uføre har økt med over 40 prosent siden 2005. Det verserer mange rykter om unge mennesker, og nå skal disse hypotesene samles inn, slik at det kan undersøkes hvilke som er dokumentert i eksisterende forskning.

Det finnes også mye forskning om hvilke tiltak som er effektive i forhold til å redusere dette frafallet, men denne kunnskapen er i dag lite tilgjengelig og sjelden i bruk. Sluttproduktet av prosjektet skal være en skisse til et nytt nasjonalt tiltaksprogram. Prosjektet vekker allerede interesse hos myndighetene.

FORPROSJEKT

Med bakgrunn i dette prosjektet inviterte Høyskolen i Oslo og Akershus (HiOA) 19 ergoterapistudenter til å skrive bacheloppagave i et forprosjekt. 16 av disse sa ja. Til sammen har de intervjuet cirka 250 lærere, inspektører, rektorer, elever, studenter og NAV-ansatte om hva de mener er årsaker til frafall fra skole og arbeidsliv blant unge, hva som gjøres, og hva som bør gjøres i forhold til dette deltakelsesproblemet.

BIDRA TIL KOMPETANSE

28. mai presenterte de sine foreløpige resultater.

- Både for lærere og studenter har dette vært veldig spennende. Studentene sier at det å være med på et ordentlig forskningsprosjekt som vil få konsekvenser for samfunnet fremover, er meningsfullt og viktig. Det kan kanskje også bidra til mer kompetanse, rekruttering til academia, å kunne søke andre typer stillinger og få en sterkere CV, sier Lisebet Skeie Skarpaas. Sammen med Randi Wågø Aas har hun veiledet studentene.



Stipendiat og høyskolelektor Lisebet Skeie Skarpaas sammen med stipendiater Kine Holm, Caroline Aas Nyhus, Sahmir Tosic, Ellen Holtzschwartz, Stine Grøndahl og Randi Wågø Aas.



Sammen med ergoterapistudentene. Foran fra venstre: Lisebet Skeie Skarpaas, Berivan Hamide Ciftci, Kristina Korneliussen, Marie Haug, Kristine Paulsen, Bendik Bromseth, Aleksander Haugland, Kjetil Foss Angeltvedt, Andrea Skaugseth og Thomas Lystad. Lene Paulsen-Johansen var ikke til stede da bildet ble tatt.

192 000 til Saebo-hansken

Flere slagpasienter vil få mulighet til å trene seg opp med Saebo etter at Lions Club Fredrikstad besøkte kommunens rehabiliteringsavdeling første juni i år.

Av Jeanice Bull-Hansen og Ingrid Helen Smith Halvorsen

President Asbjørn Haugdal fra Lions Club Fredrikstad hadde nemlig med seg en sjekk på hele 192 000 kroner. Pengene skal brukes til slagpasienter, og de skal gå til et spesielt opptreningsutstyr som heter Saebo.

SAEBO INC.

Det ligger mye forskning bak de evidensbaserte behandlingsmetodene som vi nå ønsker å tilby slagpasienter på Fredrikstad Kommunes Rehabiliteringsavdeling. Saebo Inc. ble opprettet i 2001 av to ergoterapeuter som er spesialisert innen hånd- og armrehabilitering i Charlotte, en by i delstaten New York i USA. Behandlingsmetoden blir i dag tilbudt på 2000 klinikker og sykehus verden over – iberegnet 22 av de 25 høyest rangerte i USA. Saebo-nettverket består nå av 8000 utdannede Saebo-instruktører spredt over fire kontinenter (saebo.com).

For pasienten gir dette muligheten til å trene opp tapt håndfunksjon og dermed leve et liv de fortsatt har kontroll på, og som er fylt med meningsfull aktivitet. Det er også viktig for pasienter i en opptreningsfase å være der familien er. Da kan de få oppmuntring og støtte fra dem gjennom en vanskelig tid.

TID FOR SAEBO-TRENING

Opptrening av håndfunksjon begynner med speilterapi med fokus på å trigge nevroplastisiteten slik at cellene omorganiserer seg til å igjen kunne utføre grip/slipp-bevegelsen. Når bevegelsen i fingrene kommer, vet man at «trakten» er åpen, og at det er kontakt mellom hjernen og hånden. Da er det tid for Saebo-trening.

Saebo er en opptreningshanske som «tvinger» fingrene og håndleddet ut i ekstensjon (utstrekking) slik at man trener opp grepet. Ekstensjonen hansken skaper er den bevegelsen en slaghånd har vanskeligst for etter slaget eller annen traumatisk hodeskade, og som er mest utfordrende å få til. Hansken justeres fortløpende med forskjellig motstand i fjærene, slik at grepet blir gradvis sterkere. En «normal» hånd griper og slipper over 800 ganger i løpet av et døgn. Skal tapt grepsfunksjon trenes opp, må antallet repetisjoner med hansken ligge over dette tallet. Hansken skal trenes med to ganger 45 minutter per dag for å gi effekt. Den mest effektive treningsmetoden er kardiovaskulær trening (utholdenhet) med motstand, noe hansken gir mulighet for. Det kan kombineres med en hvileortose som tillater spasmer – det vil si at etter at spasmen er over og tonus

i hånden reduseres, går hånden tilbake til nøytral hvileposisjon. Vi har nå også «Saebo glove», som er en hanske med et strikksystem over leddene som fasiliterer ekstensjon slik at bruker kan jobbe bilateralt i hverdagsaktiviteter på et tidligere tidspunkt i rehabiliteringsprosessen.

Hver hanske blir montert og tilpasset pasienten som bruker den. Når grepsfunksjonen er bedret, vil hansken bli skrudd fra hverandre og en ny pasient vil få anledning til å trene med den. Vi vil ha muligheten til å ha fem pasienter samtidig til Saebo-trening med utstyret vi nå får kjøpt inn.

I tillegg til kassen med delene til hansken skal det kjøpes inn mer spesifikt treningsutstyr slik at opptreningen blir optimal.

Når grepsfunksjon er av en slik kvalitet at bruker aktivt kan gripe og slippe, starter vi opp med intensiv CI-terapi, hvor brukeren kan velge mellom å være inneliggende eller komme inn poliklinisk for mengdetrening.

I REHABILITERINGSTJENESTEN

Hittil har Saebo-opptreningen bare blitt gitt av spesialisttjenesten. Siden januar i år har rehabiliteringsavdelingen tatt metodikken i bruk på Helsehuset på Kråkerøy i Fredrikstad. Målet



Ergoterapeuter på rehabavdelingen: Caroline Martinsen og Jeanice Bull-Hansen, avbildet med sjekk pålydende 192 000 kroner.

er å holde en høy standard på opptreningen, slik at behovet for hjelpemidler og bistand fra hjemmesykepleien er minimalt ved hjemreise. Dette er noe avdelingen lykkes med i høy grad, siden det kun er skrevet ut hjelpemidler til tre av de totalt 69 pasientene vi har hatt i avdelingen siden januar 2015.

Fredrikstad kommune er i forkant når det gjelder kommunal slagrehabilitering på grunn av høy, tverrfaglig kompetanse. De ulike yrkesgruppene jobber tett sammen i team rundt hver pasient, og utfyller hverandre for å oppnå pasientens mål. Denne

målbevisste arbeidsmetoden rundt hverdagsaktiviteter foregår i en 24-timers syklus og gir gode resultater. Ved hjemreise har brukere i Fredrikstad kommune også mulighet til å fortsette rehabiliteringen med Ambulant Rehabiliteringsteam.

INNSATSEN GIR RESULTATER

Kristin K. Jahren er ansatt i Cypro-med, som selger SAEBO i Norge. Under overrekkelsen av sjekken sa hun:

- Lions Club i Fredrikstad fortjener en stor takk for sin innsats for slagrammede og traumatiske hodeskader i Fredrikstad. De har

gitt bort nesten 200 000 kroner til opptreningsutstyr som kan brukes av mange pasienter i lang tid fremover. Fredrikstad blir dermed en foregangskommune når det kommer til hånd- og armtreningstilbud i Norge. De har nå flere spesialortoser til å trene grip/slipp-funksjon, EMG-styrt strømapparat til å trene utstrekking av fingre- og håndledd og mye annet. Her er det engasjerte fysio- og ergoterapeuter i kommunen som har tatt skriftlig kontaktet med humanitære foreninger og søkt om støtte til prosjektet. Innsatsen har gitt resultater!



Helena Selander, (fra venstre), Ann-Heleen Patomella, Anita Engeset og Hilde Fleitscher samarbeidet om kurset i førerkortvurderinger.

P-DRIVE

UNDERSØKELSES- OG VURDERINGSINSTRUMENT BASERT PÅ AKTIVITETSANALYSE

I mars arrangerte Ergoterapeutene et tredagers kurs i førerkortvurdering. Et av hovedtemaene var kartleggingsredskapet P-Drive som står for «Performance analysis of driving ability».



Det er et økt behov for vurdering av førerkortsøkere, særlig fordi mange eldre ønsker å beholde førerkortet.

24 ergoterapeuter fra forskjellige arbeidsplasser møttes i Oslo kongresshus i mars for å delta på kurs i førerkortvurderinger. Ergoterapeutenes Anita Engeset var faglig ansvarlig for kurset. Med seg på laget hadde hun svenske Ann-Heleen Patomella, som har utviklet P-Drive, og Helena Selander og Hilde Fleitscher som begge har forsket på instrumentet.

– Det er mange tverrfaglige tester som kan brukes ved en førerkortvurdering. Det spesielle

med P-Drive er at det er utviklet av og for ergoterapeuter og baserer seg på en analyse av aktiviteten bilkjøring, sier Anita.

SUPPLEMENT TIL KOGNITIVE TESTER

I Norge må alle over 75 år bestå en medisinsk vurdering hos fastlegen for å sjekke at de innfrir helsekravene for å kunne ha førerkort. Disse helsekravene gjelder også for yngre mennesker når de får en sykdom eller skade. Det stilles blant annet krav til syn,

Ergoterapeutene bringer noe helt nytt til kjørekortvurderingene.

Anita Engeset

helse, hørsel og førlighet for den som skal føre et motorkjøretøy. Kravene er strengere jo større og tyngre kjøretøyet er, og når det skal drives yrkesmessig persontransport. Helsekravene skal sikre at føreren er frisk nok til å kjøre sikkert.

P-Drive ble opprinnelig utviklet for å teste kjøreferdighetene til mennesker som hadde hatt slag, men instrumentet kan brukes i alle tilfeller der det må vurderes om personens helsekrav for bilkjøring er oppfylt. Flere ergoterapeuter har forsket på P-Drive, og forskningen viser at P-Drive er reliabelt og valid i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse.

- P-Drive er spesielt bra i forhold til mennesker med dårlige og middels prestasjoner, og det er nettopp disse kjøreferdighetene det er viktig å klassifisere, sier Anita Engeset.

Instrumentet er utviklet av Ann-Helen Patomella og er en observasjonsprotokoll som inneholder 27 kjørehandlinger fordelt på fire kategorier: Manøvrering, orientering, følge trafikkregler og ha oversikt og agere. Kjørehandlingene ble utviklet ved hjelp av aktivitetsanalyse. Det vil si at aktiviteten bilkjøring er delt opp i 27 forskjellige oppgaver som vurderes hver for seg, og der det gis skår fra 1 til 4.

Eksempler på de ferdighetene som vurderes er:

- styrer bilen
- bruker pedalene

- bruker blinklys
- rygger

Kjørelæreren sitter i forsetet og gir instruksjoner og har ansvar for sikkerheten, mens ergoterapeuten er plassert i baksetet og observerer kjøreferdigheten.

- Kjørelæreren og ergoterapeuten kompletterer hverandre. Bilkjøring medfører stort ansvar fordi føreren kan sette seg selv og andre i fare i trafikken. Det er derfor viktig å identifisere førerne med økt risiko, uten å unødig begrense andre. Det er mange som bør utredes, og legene har ikke alltid den tiden eller den kunnskapen de trenger, sier Engeset.

AKTUELT ARBEIDSOMRÅDE

I land som Canada, England, Australia og Belgia har ergoterapeuter lenge hatt en sentral rolle i førerkortvurderinger, særlig den praktiske biten. I Norge er dette et arbeidsområde som stadig flere ergoterapeuter beveger seg inn på.

- Førerkortvurdering er et område hvor ergoterapeuter virkelig får bruk for sin kompetanse om aktivitetsanalyse og vurderinger av person, aktivitet og miljø, sier Anita.

For at en ergoterapeut skal kunne bruke P-Drive, må vedkommende bli lært opp i bruk av instrumentet.

- Vi er glade for den store interessen for dette kurset, og at 14 nye ergoterapeuter nå er blitt sertifisert i P-Drive, sier Engeset.

Av Else Merete Thyness



Deltakerne på kurset med Helena Salander, Ann-Helen Patomella og Hilde Fleitscher i front.

P-DRIVE

P-Drive er et undersøkelses- og vurderingsredskap som brukes ved observasjon av kjøreferdigheter. 27 handlinger bedømmes på en skala som går fra én til fire. Eksempler på de ferdighetene som vurderes, er:

- styrer bilen
- bruker pedalene
- bruker blinklys
- rygger



Fire på kurs

- I hvilken sammenheng skal du bruke P-Drive?



Navn: Marit Losen Halseth

Arbeidssted: NAV Bilsenter
Midt-Norge.

- Jobben min på NAV Bilsenter består av fysisk tilpasning og tilrettelegging av bil og kjøreteknisk utstyr. Helsekrav for førerkort skal være avklart før det søkes om tilpassing av bil. I noen tilfeller vil dette ikke være avklart før praktisk prøve i tilpasset bil er gjennomført. Rådgiver fra bilsenteret er med kjøreskolen i enkeltsaker. P-Drive kan da være et nyttig redskap i de sakene hvor det er tvil om kognitive utfall.



Navn: Ingvild Ness

Arbeidssted: Sørlandet
sykehus, tidligere Kongsgård
rehabiliteringssenter.

- Jeg jobber med slagrehabilitering ved Sørlandet sykehus, og førerkortvurdering er en av arbeidsoppgavene mine. Nå har jeg lyst til å bruke P-Drive i den praktiske delen av vurderingen. Det vil utvide repertoaret mitt. Jeg foretar allerede en del kognitive tester. Nå skal det bli spennende å prøve ut en ny måte å foreta praktisk observasjon på.



Navn: Else Kristin Jensen

Arbeidssted: Universitets-
sykehuset i Nord-Norge,
geriatrisk seksjon.

- Jeg skal bruke P-Drive i forbindelse med førerkortvurderinger av eldre ved poliklinikken der jeg jobber. Mye av jobben vår består i å utrede den kognitive funksjonen til de som kommer til oss, og vi foretar cirka 65 førerkortvurderinger i året.



Navn: Kim Lid

Arbeidssted: Røyken
kommune.

- Planen er å informere fastlegene om hva ergoterapeuter kan bidra med i forhold til førerkortvurderinger i kommunene. Jeg tror fastlegene har behov for en instans de kan henvise til når de mistenker at en pasient ikke mestrer bilkjøringen. Som jeg ser det, kan kommuneergoterapeutene spille en viktig rolle her.

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

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

22. og 23. september 2015 kl. 09.00 – 16.00**Oppfølgingsdag 20. oktober 2015 kl. 09.00 – 12.00**

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

Faglig ansvarlig: Ergoterapeut/lektor Trude Hartviksen, Universitetet i Nordland

Kurssted: Thon hotell Nordlys, Bodø

Påmelding: www.ergoterapeutene.org/kurskalender Frist: 12. august 2015

Pris: medlemmer kr. 3000,-, ikke-medlemmer kr. 6000,- og studentmedlemmer/tillitsvalgte kr.1500,-

Målgruppe: Primært for medlemmene i Ergoterapeutene Region Nord. Ved ledige plasser åpnes det for medlemmer i andre regioner, ergoterapeuter fra andre regioner og andre faggrupper.

ALLE MÅ HA MED SEG NYESTE VERSJON AV COPM TIL KURSSTART.

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

Kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og COPM

22. og 23. oktober 2015 kl. 09.00 – 16.00

Oppfølgingsdag 11. desember 2015 kl. 09.00 – 12.00

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

Faglig ansvarlig: Ergoterapeut/PhD Ingvild Kjekken, Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (NRRK), revmatologisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus og professor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Kursted: Høgskolen i Oslo og Akershus

Kurset er åpnet for ikkemedlemmer og andre faggrupper. Pris for medlemspris kr. 3 000,-, ikkemedlemmer kr. 6 000,- og studentmedlemmer kr.1 500,-

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



Ergoterapi for barn og unge

BETYDNINGEN AV ERGOTERAPEUTENS HOLDNINGER OG KOMMUNIKASJON FOR Å FREMME AKTIVITET OG DELTAKELSE.

12. og 13. oktober med en oppfølgingsdag 4.november 2015

Arrangør: Norsk Ergoterapeutforbund i samarbeid med Region Midt, Ergoterapiavdelingen, Klinikk for klinisk servicefunksjon ved St.Olavs Hospital og Trondheim kommune.

Faglig ansvarlig: Ann-Christin Eliasson, ergoterapeut og professor ved Astrid Lindgren hospital og Rehabilitering & hälsa, og Ann-Kristin G. Elvrum, PhD student og ergoterapispesialist i barns helse, Klinikk for kliniske servicefunksjoner, St. Olavs Hospital.

Kurssted: Trondheim

Barn og unge utvikler seg og lærer gjennom lek og aktivitet i samspill med sine fysiske og menneskelige omgivelser. Ergoterapeutene er en faglig ressurs som fremmer barn og unges utvikling og livsmestring gjennom å muliggjøre og tilrettelegge for aktivitet og deltakelse. Barn og unge kan ikke forstås og behandles uavhengig av familien.

Dette kurset har som mål å se nærmere på ergoterapeutens bidrag som faglig ressurs for å støtte barnet og familien for å fremme utvikling og læring. Det er derfor viktig at ergoterapeuter reflekterer over sine egne holdninger og terapeutiske tilnærming. Kurset representerer en løsningsfokuset tilnærming.

Deltakerne skal i forbindelse med kurset ta utgangspunkt i et barn/familie de selv arbeider med. De skal gjøre opptak av og diskutere egen intervensjon. Deltakerne må også sette seg inn i noe litteratur.



Ergoterapeuter og førerkortvurdering

17. – 18. SEPTEMBER 2015

Bilkjøring er ofte en forutsetning for å kunne leve et aktivt liv. Av hensyn til trafiksikkerheten er det viktig å identifisere sjåførere med økt risiko, uten unødige begrensninger. Dette er et introduksjonskurs for ergoterapeuter som ønsker å bidra med førerkortvurdering.

Kursarrangør: Norsk Ergoterapeutforbund

Faglig ansvarlig: Hilde Fleitscher, ergoterapeutspesialist i eldres helse og master i folkehelse, Alderspsykiatrisk enhet ved Sørlandet sykehus.

Kursted: Oslo

Påmeldingsfrist: 21. august

Kurset er åpent for alle ergoterapeuter, også ikke-medlemmer. **Medlemmer prioriteres.**

Kurset er meritterende for ergoterapispesialister.



HØGSKOLEN I GJØVIK



Velferdsteknologi og universell utforming er områder som er i sterk utvikling i helsetjenesten i Norge. Ergoterapistudenter har et spesielt fokus på dette i sin utdanning og vi ønsker å tilby et kurs med muligheten til å få påfyll av kunnskap innenfor disse områdene.

Kurs i: UNIVERSELL UTFORMING OG INNOVASJON I HELSEFAG

FAKTA

Varighet 1 semester

Opptakskrav Bachelor i ergoterapi eller tilsvarende relevant utdanning innen helsefag

Opptak ved Høgskolen i Gjøvik

Søknadsfrist 1. september

Norsk Forening for Kognitiv Terapi ønsker velkommen til

Inspirasjonskonferanse

5.-6. NOVEMBER 2015 SCANDIC HOTEL OSLO AIRPORT

Inspirasjonskonferansen i kognitiv terapi skal være en stimulan og energigiver. Sist kunne vi stolt ønske velkommen over 300 deltakere. Også i år vil det være både internasjonale størrelser og sentrale forelesere fra vårt eget miljø. Fra Nederland kommer Pim Cuijpers, fra Sudan Malik Badri og fra USA Frank Dattilio og Lynne Henderson.

Øvrige forelesere

Tore Aune	Stian Solem
Håvard Kallestad	Patrick A. Vogel
Åshild Håland	Else-Marie Løberg
Tore Stiles	Trym N. Jacobsen
Odin Hjemdal	

For program og påmelding:
www.kognitiv.no



NORSK FORENING FOR
KOGNITIV TERAPI
Tlf: 90 54 37 54 • post@kognitiv.no



Skrivedanskurs 2015

Nybegynnere: mandag 2. November

Vidregående: tirsdag 3. November

Målgruppe: ergoterapeuter, fysioterapeuter, pedagoger, mm

Mer info på: www.ergoterapiforbarn.no

Påmelding til: sylvia@ergoterapiforbarn.no

(obs. ved påmelding gjelder " første mann til mølla")



Velkommen til Vinje kommune; ein fjellkommune i Vest-Telemark som er innfallsporten til Hardangervidda. Kommunen har gode kulturtilbod, og kan naturmessig by på eit mangfald av opplevingar både sumar og vinter.

80 % svangerskapsvikariat som ergoterapeut frå 01.09.15 - 31.08.2016 - ID 1227

Vår ergoterapeut skal ut i permisjon og vi søker etter vikar. Vinje Kommune arbeidar målretta for å tilby innbyggjarane våre tenester av god kvalitet i tråd med samhandlingsreforma sine intensjonar. Stillinga er plassert med sjefsfysioterapeut som fagleg leiar.

Hovudarbeidsoppgåver:

- Førbyggingjande og rehabiliterande tiltak overfor menneske i alle aldrar som har eller kan få vanskar med daglege aktivitetar, - i eigen heim og i institusjon.
- Tverrfagleg samarbeid – i tett kontakt med kommunens øvrige tenesteapparat.
- Kontakt med hjelpemiddelsentralen og hovudansvar for oppfølging og tilpassing av hjelpemiddel til kommunens brukarar. Ansvar for formidling av hjelpemiddel og hjelpemiddellager i samarbeid med heimevaktmester.
- Vinje kommune er i gang med å innføre Kvardagsrehabilitering og ergoterapeuten vil ha ein rolle i det tverrfaglege teamet som skal gje dette tilbodet.

Vi søker etter deg som har desse kvalifikasjonane:

- Autorisasjon som ergoterapeut
- Gode samarbeidsevner, evne til å jobbe tverrfagleg og i team.
- Fagleg engasjement
- Evne til å arbeide sjølvstendig
- Vere fleksibel og løysingsorientert
- Personlege eigenskapar blir vektlagt

For nærare opplysningar om stillinga kan du ta kontakt med sjefsfysioterapeut Elisabet S Haagenen tlf 40 90 36 66 eller helse og omsorgssjef Kari Dalen tlf 47 89 47 10

Søknad sendast på elektronisk søknadsskjema, sjå www.vinje.kommune.no

Søknadsfrist: 14.07.15

Vinjevegen 192, 3890 Vinje • Tlf. 3506 2300 • Fax 3506 2301 • postmottak@vinje.kommune.no • www.vinje.kommune.no • Bankgiro 2620.07.00200 • Organisasjonsnummer 964964610

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**

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

post@bardum.no
www.bardum.no

BERGEN MEDIKAL AS

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

MEDEMA NORGE AS

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

TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar
Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11
companymail@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
TRENINGSTUTSTYR**

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0606/0612/0618

ORTOSER

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 armprotoser.

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
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

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0912 B

**HJELPEMIDLER FOR BARN VED
TOALETTBESØK**

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
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

- PRODUKTREGISTER -

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

ERGOG RIP

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 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 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

Se: 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.

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

0933 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Hev/senk stellebenker/bord, servanter

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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 www.praxis.no

En ledende leverandør av yrkesklær, fottøy

og naturhudpleie

4. FORFLYTNING

1203/1206

GANGHJELPEMIDLER

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

post@bardum.no

www.bardum.no

FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 ÅS

Tlf: 64 94 21 65

www.follo-futura.no

Gåbord

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

1212

BILTILPASNINGER

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

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

mail@handpro.no 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

Sykler - man. og el.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.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

1221

RULLESTOLER - MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23

4353 Klepp Stasjon

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

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 www.handpro.no

Balder el. rullestoler

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.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

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

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

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

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

mail@handpro.no 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

www.medema.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

- PRODUKTREGISTER -

1224

TILLEGGSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@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

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

www.medema.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

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 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 www.medema.no

1227 A

ØVRIGE KJØRETØYER. SKILATOR/ RULLATOR M/SKI

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

firmapost@hml.no 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

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 www.adl.no

EPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no 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 www.ovrebo.no

Overflyttingshjelpemidler, Dreilett ,

Jøhl Stolløfter

1233

VENDEHJELPEMIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no 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 www.hcn.no

Leverer Roamer 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

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

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGINGEN

MEDINOR CARE

Divisjon i Medinor ASA

Postboks 94 Bryn, 0611 Oslo

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

medinor@medinor.no www.medinor.no

Brannforebyggende prod. for eldre/funksj.h.

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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 www.adl.no

REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Dynamiske armstøtter og spise-

hjelpemidler Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1512

RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

1803 BORD

ASTEAC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Arbeidsbord/spesialbord, skolepulter

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

firmapost@hml.no 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

www.medema.no

1809 SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@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

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

- PRODUKTREGISTER -

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler
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
post@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

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 VITAL AS

P.B 430 2303 Hamar
Tlf : 95 76 10 00
Faks: 62 51 85 01
www.accesstrappeheiser.no
eva@accessvital.no

Heiser: Løfteplattformer,
Trappeheiser og Ramper

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

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

K 1

KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@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

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
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

- PRODUKTREGISTER -

MYLIFEPRODUCTS AS
Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo
Tlf: 92631425
post@mylifeproducts.no
www.mylifeproducts.no
VESTFOLD AUDIO AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2127

IKKE-OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
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
VESTFOLD AUDIO AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

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
VESTFOLD AUDIO AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.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
BARDUM AS
Tlf: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.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
VESTFOLD AUDIO AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.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

VESTFOLD AUDIO AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

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.
VESTFOLD AUDIO AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

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

- PRODUKTREGISTER -

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Epi-alarm, Sengealarm, Døralarm,
Varslingsmatte, Stolalarm
PICOMED AS
Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
firmapost@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar
Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01
access@access-gruppen.no www.accessgrup-
pen.no
Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00
Fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Hjelpemidler for omg

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
firmapost@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring

2418

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

ADL PRODUKTER AS

Bruern. 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 Omgiv-
elseskontroll/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

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
post@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/inf.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa - Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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/inf.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa - Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

3009 MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@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/inf.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa - Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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

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

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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 -

- PRODUKTREGISTER -

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00 Fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Kommunikasjonshj. for barn

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no

Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis
+katalog, Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

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
post@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
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

MEDEMA NORGE AS

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

B.ROL

ROLLATORER

MEDEMA NORGE AS

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

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

MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Pb. 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

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no
HANDINOR AS
Heiasvingen 65, 1900 Fetsund
Tlf: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41
post@handinor.no www.handinor.no
KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

MEDEMA NORGE AS

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

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
post@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
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler
ØVREBØ REHABILITERING AS
Pb. 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
post@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
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

Pb. 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

DYNAVOX

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

EASYLIFE GRIPESTANG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

ECN SENGEØFTER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

EDU-PLAY

Riktige Leker,tlf: 22 01 78 50/52

EDWARD SENGEN

Eurocontact Norge

ELICARE AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

E-MOBIL HJELPEMOTOR FOR**RULLESTOLER**

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

EUROFLEX

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FAAC

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

FITFORM

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FLIPSTICK. HØYDEREGULERBAR**SITTESTOKK**

At ronda tlf: 51 58 87 81

GRANBERG INTERIOR AB

Astec tlf: 22 72 23 55

G. S. SMIRTHWAITE-(PETØ)

Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

HABO VÅTDUKPRESSER

At ronda tlf: 51 58 87 81

HAMATIC SENGEBUNNER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

H. BOCK

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00
Highriser

HIRO-LIFT GMBH**HJELPEMIDDELSPECIALISTEN AS**

tlf: 66 81 60 70
Access AS tlf: 62 51 85 00

HML REISESENG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STOKK- OG KRYKKEHOLDER

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STASTATIV

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HUMANTECHNIK

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

HUNTLEIGH HEALTHCARE

Medinor care, tlf: 22 07 65 00

HØRAT

Oticon tlf: 23 35 59 00

IDC LIFESTAND STARULLE -**STOLER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ILLER BELTEKJØRETØYER**IMAGETALK**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

JAMES

Picomed tlf: 37 11 99 50

JAZZY EL. RULLESTOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

JØHL HUMAN CARE

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

KNOP

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

KOMBIKLOSSEN

Enteron tlf: 22 64 78 70

KOM - I - KAPP

AMAJO tlf: 67 07 43 40

KOMFYRVAKT

Medinor care tlf: 22 07 65 00

LAVASET SENGEDUSJ**HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN**

tlf: 63 87 05 80

LIKO

Handicare tlf: 69 24 44 00

LOPITAL

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

LUNOLETT

Øy-tex tlf: 57 74 55 20

MEDICA GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINI CROSSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINITECH-VARMEHJ.M. FOR**BARN OG VOKSNE**

Minitech AS tlf: 62 57 78 00

MINOS

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVING PEOPLE

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVITA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NILBILD AB

Gewa tlf: 66 99 60 00

NORDIC AID

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NORINA PRODUKTER

HML 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

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

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 50

BESTILLING AV KURS- OG STILLING- SANNONSER

For bestilling og nærmere opplysninger:
Erik Sigurdsson
Mobil: 90 03 09 43, e-post:
erik@addmedia.no

Priser:

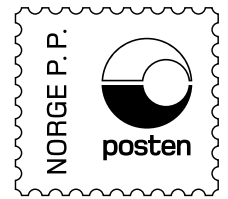
1/8 side kr 4.500, - 25%

1/4 side kr 6.000, - 25%

1/2 side kr 8.500, - 25%

1/1 side kr 12.500, - 25%

Ved annonse i papirutgaven kan annonsen legges ut på nett www.ergoterapeuten.no mot et tillegg på kr 2.500,-
Nettannonse ordinært kr 3.500,-



Returadresse:
Norsk Ergoterapeutforbund
Stortingsgt. 2
0158 Oslo

Glede på hjul

Sykkelglede handler om å bruke kroppen og komme ut i naturen, gjerne med familie eller venner. Med de rette hjelpemidlene kan man gjøre hva som helst.

*Det handler om glede, og dette gir glede.
– Mor, Akershus*



Wavebreaker



Wavebreaker sammenslått



Copilot 2



Gekko E-trike



Prashberger CompCC



Copilot 3

Mer sykkelinfo på bardum.no
post@bardum.no | tlf.nr: 64 91 80 60

Bardum
- din hjelpemiddelleverandør