

Iðjupjálfinn

FAGBLAÐ IÐJUPJÁLFA

ÍPÍ 2/16 | BORGARTÚNI 6 | REYKJAVÍK | 37. ÁRGANGUR



ISSN 1670-2981



Framhaldsnám í heilbrigðisvísindum MS

2 ára meistaranám eða 1 árs diplómanám

Háskólinn á Akureyri býður upp á þverfaglegt diplóma- (40 ein.) og meistaranám (120 ein.) í heilbrigðisvísindum sem miðar að því að því að fólk geti stundað nám með vinnu.



„Námið er vel skipulagt og samþætting milli námslota einstaklega góð. Töluverður sveigjanleiki er við val á verkefnatengdum viðfangsefnum og því gefst nemendum gott tækifæri til að tengja efni námsins við eigin áherslu og áhugasvið.“

Sólrun Óladóttir, iðjupjálfi og M.S. í heilbrigðisvísindum

Áherslusviðin eru:

- Almennt svið
- Endurhæfing efling og lífsgæði
- Geðheilbrigði
- Heilsugæsla og heilsuefling
- Krabbamein og líknarmeðferð
- Langvinn veikindi og lífsglíman
- Sálræn áföll, ofbeldi og áfallastreita
- Öldrun og heilbrigði í íslensku samfélagi
- Þjónandi forysta, stjórnun og ígrundun

unak.is

KÆRU LESENDUR

Nú er haustið gengið í garð og margir hafa eflaust beðið spenntir eftir útgáfu Iðjupjálfans, sem kemur út í seinna lagi þetta árið. Það er þó ekki að ástæðulausu því stefnan er nú að gefa út tvö blöð á ári, eitt að vori og annað að hausti.

Í tilefni af 40. afmælisári Iðjupjálfafélags Íslands kom út sérstakt tölublað sem afhent var á afmælisráðstefnu félagsins þann 4. mars síðastliðinn. Í blaðinu voru birtar niðurstöður úr framtíðarþingi félagsins, pistlar frá nokkrum af fyrrum formönnum ÍPÍ og fleira áhugavert efni. Blaðið er aðgengilegt á heimasíðu félagsins (www.ii.is), líkt og önnur eldri blöð, og hvetjum við ykkur til að kíkja þangað inn og skoða.

Iðjupjálfinn að þessu sinni er með veglegra móti og má m.a. finna ritrýnda fræðigrein um viðhorf almennings á Íslandi til orsaka og áhættuþátta þunglyndis. Greinin er á ensku en ítarlegt íslenskt ágrip fylgir. Einnig má finna fróðlegt yfirlit yfir matstæki og íhlutunaraðferðir sem eru notaðar á Landspítalanum, frásögn af sjálfboðaliðastarfi iðjupjálfa í Tansaníu og margt fleira.

Við í ritnefndinni viljum, líkt og áður, hafa sem fjölbreyttast efni í blaðinu og hvetjum við iðjupjálfa til að skrifa og segja okkur frá starfi sínu eða spennandi verkefnum. Við óskum eftir bæði fræðilegum og almennum greinum, viðtölum, skjólstæðingssögum, hugvekjum eða öðru sem gaman væri að lesa og fræðast um. **Skilafrestur í næsta blað er 15. febrúar 2017.** Endilega verið óhrædd við að leita til ritnefndar með hugmyndir eða vangaveltur varðandi skrif og framsetningu á efni.

Við vonum að lesning þessa blaðs verði ykkur bæði fræðandi og ánægjuleg. Við þökkum greinahöfundum fyrir sitt innlegg, sem og öðrum sem komu að útgáfu blaðsins. Vonum svo að greinum rigni inn fyrir næsta blað svo það verði jafn innihaldsríkt og það sem við höfum í höndunum nú.

*Eigið góðar stundir,
Ritnefnd Iðjupjálfans*

EFNISYFIRLIT

Kæru lesendur	3
Iðjupjálfinn	3
Pistill formanns	4
Public beliefs about cause and risk of depression in Iceland: A pilot study	5
Iðjupjálfun í Tansaníu	11
Iðjupjálfun Landspítala: Eðli og eiginleikar matstækja í notkun	14
Frá síðanefnd	22
Þjónustuyfirlit og klínísk vinna iðjupjálfa	23
Litið yfir farinn veg síðastliðin 40 ár í starfi	31
Notkun þjónustuyfirlits við iðjupjálfun einstaklinga með mænuskaða	33
Útskriftarárgangur iðjupjálfa 2004 frá HA	38
Viðtal við Kristínu Dís Guðlaugsdóttur, iðjupjálfa í Svíþjóð	40
Heiðursfélagar Iðjupjálfafélags Íslands 2016	41
Ágrip útskriftanema 2015	44

IÐJUPJÁLFINN



Stjórn ÍPÍ

Ósk Sigurðardóttir, formaður
Sigurbjörg Hannesdóttir, varaformaður
Sigríður Pétursdóttir, gjaldkeri
Erna Sveinbjörnsdóttir, ritari
Sæunn Pétursdóttir, meðstjórnandi
Anna Alexandersdóttir, varamaður
Ása Lind Þorgeirsdóttir, varamaður

Umsjón félagaskrár

Þjónustuskrifstofa SIGL

Ritstjóri (ritnefnd.ii@sigl.is)

Linda Björk Ólafsdóttir

Ritnefnd

Ásta Margrét Rögnvaldsdóttir
Berglind Steinarsdóttir
Erna Kristín Sigmundsdóttir
Kristín Heiða Garðarsdóttir

Fræðileg ritnefnd

Guðrún Pálmadóttir
Gunnhildur Jakobsdóttir
Sara Stefánsdóttir

Prófarkalesari

Ingibjörg María Ingvadóttir

Forsíðumynd

Þórólfur Hilbert Jóhannesson

Umbrot og prentvinnsla

Prentmet

Ritnefnd áskilur sér rétt til að stytta texta og færa til betri vegar. Vitna má í texta blaðsins ef heimildar er getið.

Ósk Sigurðardóttir,
Formaður ÍPÍ



PISTILL FORMANNS

Afmælisárið okkar fór heldur betur vel af stað og var hápunkturinn án efa frábær 2ja daga ráðstefna á Hótel Örk í Hveragerði dagana 4. til 5. mars. Fyrri dagurinn var haldinn í samvinnu við Velferðarráðuneytið og fengum við þrjá erlenda fyrirlesara, þau Hanne Tuntland iðjuþjálf frá Noregi, Magnus Zingmark iðjuþjálf frá Svíþjóð og Áse Brandt iðjuþjálf frá Danmörku til að koma og halda fyrirlestra um „reablement“ og velferðartækni. Seinni dagurinn var síðan tileinkaður iðjuþjálfum á Íslandi í sinni fjölbreyttustu mynd, en alls voru 26 fyrirlestrar eða vinnusmiður haldnar af 36 iðjuþjálfum og samstarfsfólki þeirra. Allt voru þetta einstaklega áhugaverðir fyrirlestrar og erfitt að velja á milli þeirra.

Það sem af er árinu hefur félagið einnig unnið að því að mæta óskum félagsmanna frá Framtíðarþinginu, sem haldið var í október 2015, með ýmsum viðburðum. Í júní var haldinn fjölskyldudagur og einnig ráðstefna í samvinnu við Geðhjálp og læknafélagið. Í ágúst var fræðsla um „mindfulness“ og í september var haldið í vísindaferð, þar sem tveir vinnustaðir voru heimsóttir af 60 iðjuþjálfum og 4. árs nemum. Fyrst var haldið til Oddrúnar Lilju iðjuþjálf og vinnuverndar-sérfræðings hjá Vífilfelli og síðan voru það

iðjuþjálfarnir á Reykjalundi sem tóku á móti hópnum og gáfu innsýn í þeirra daglegu störf. Þetta var mjög spennandi og vel heppnuð ferð og er stefnt á að halda svipaðan viðburð fyrir lok árs á norðurlandi.

Enn fleiri viðburðir eru framundan en iðjuþjálfinn og doktorsnemin Simon Elvnäs frá Svíþjóð kemur til landsins og heldur fyrirlestur fyrir félagsmenn í tilefni alþjóðadags iðjuþjálf þann 27. október. Einnig munum við fá fyrirlestra frá þremur nýjum heiðursmeðlimum iðjuþjálfafélagsins, þeim Elínu Ebbu Ásmundsdóttur, Guðrúnu Árnadóttur og Guðrúnu Pálmadóttur sem fengu nafnbótina við hátíðlega athöfn á afmælisráðstefnunni í mars síðastliðnum.

Innan vébanda BHM er heilmikið búið að gerast á árinu. Þar ber helst að nefna lífeyrismálin en viðræður BHM, BSRB og KÍ við fulltrúa ríkis og sveitarfélaga um framtíðarskipan lífeyrismála opinberra starfsmanna hafa staðið yfir varðandi nýtt samræmt lífeyriskerfi fyrir alla landsmenn. Markmið BHM í þessum viðræðum hafa frá upphafi verið skýr: Að tryggja að réttindi núverandi sjóðfélaga A-deildanna skerðist ekki við breytingu lífeyriskerfisins, að nýir félagsmenn BHM sem hefja störf eftir að

lífeyrisréttindi á almennum og opinberum markaði hafa verið jöfnuð fái þann mun að fullu bættan í launum. Með öðrum orðum - að standa vörð um réttindi meðlima aðildarfélaga BHM, líka þeirra sem á eftir koma.

Í lok september efndi BHM til opins upplýsingafundar um stöðu lífeyrismála fyrir meðlimi aðildarfélaga bandalagsins. Þórunn Sveinbjarnardóttir, formaður BHM og Páll Halldórsson, fulltrúi bandalagsins í viðræðunefnd um lífeyrismál, kynntu samkomulag um breytt fyrirkomulag lífeyrismála opinberra starfsmanna og svöruðu spurningum fundarmanna.

Árið heldur áfram að vera viðburðaríkt og vonumst við til þess að sjá sem flest ykkar á þeim viðburðum sem framundan eru. Einnig er mikilvægt að við hjálpumst að við að kynna fagið okkar og birtum pistla og greinar um okkar mikilvægu störf á sem flestum miðlum.

Ósk Sigurðardóttir
Formaður ÍPÍ

Sonja Stelly Gústafsdóttir, lektor
við heilbrigðisvísindasvið
Háskólans á Akureyri



PUBLIC BELIEFS ABOUT
CAUSE AND RISK OF DEPRESSION
IN ICELAND: A PILOT STUDY

ABSTRACT

The aim of this pilot study was to explore attitudes of the Icelandic public towards causes and risks of depression. A cross-sectional survey was conducted, employing a questionnaire and a vignette of a person with depression. A convenience sample of 100 people was used with a response rate of 85%. Data was analysed using descriptive statistics and nonparametric tests. Overall, the participants perceived both causes and risks to involve genetics, personality traits and lack of coping strategies. The belief in the importance of social stressors as a cause and risk factor of depression was predominant. Problems from childhood and day to day problems were considered to be the most likely causes of depression, but unemployment, being divorced and belonging to a low socioeconomic group the most likely risk. Factors that generally imply negative attitudes towards a person with depression were also seen as a likely cause. Public beliefs about mental health issues provide important information which can be used to promote mental health and

develop services, in order to tackle depression as a public health issue.

Keywords: Public beliefs, depression, causes, risks.

ÚTDRÁTTUR

Geðrænir sjúkdómar, líkt og þunglyndi, eru taldir ein stærsta lýðheilsuáskorun í Evrópu þar sem gera má ráð fyrir að einn af hverjum fjórum finni fyrir einkennum þunglyndis einhvern tíma á ævinni. Algengi örorku vegna geð- eða hegðunarröskunar fer vaxandi á Íslandi og að sama skapi notkun þunglyndislyfja. Rannsóknir á viðhorfum fólks til heilsu og sjúkdóma getur gefið mikilvægar upplýsingar um hvaða skilning almenningur leggur í ýmis heilsutengd málefni. Að sama skapi geta hugmyndir fólks um orsakir geðræns vanda gefið vísbendingar um hvort og þá einnig hvert fólk leitar eftir faglegri aðstoð og hvaða augum það lítur einstaklinga sem greinast með geðsjúkdóm. Í þessari grein er forrannsókn á viðhorfum Íslendinga til orsaka- og áhættuþátta þunglyndis lýst. Gögnum var safnað með spurningalista sem þátttakendur brugðust við eftir að hafa lesið stutta lýsingu á einstaklingi með þunglyndi.

Notað var 100 manna hentugleikaúrtak og svarhlutfallið var 85%. Lýsandi tölfræði var beitt við greiningu gagna og óstikuð próf notuð til að bera saman breytur. Almennt töldu þátttakendur orsaka- og áhættuþætti vera margþætta og tengjast erfðum, skorti á bjargráðum og persónueinkennum. Félagslegir streituvaldar voru þó álitnir eiga stærstan þátt í þunglyndi en á ólíkan máta. Þannig voru streituvaldar eins og erfiðleikar í barnæsku og vandi í daglegu lífi, taldir líklegustu orsakabættirnir, en það að vera atvinnulaus, hafa skilið eða slitið sambúð og tilheyra tekjulægsta samfélagshópnum líklegustu áhættuþættirnir. Atriði sem almennt fela í sér neikvæð viðhorf til þess sem er þunglyndur voru einnig metin sem líkleg orsök. Viðhorf almennings til orsaka- og áhættuþátta þunglyndis gefa mikilvægar vísbendingar sem geta nýst til að efla geðheilbrigði, þróa þjónustu við hæfi bregðast við þunglyndi sem lýðheilsuvanda.

Lykilorð: Viðhorf almennings, þunglyndi, orsök, áhætta.

INTRODUCTION

Mental health issues, including depression, have been identified to be one of the greatest public health challenges in Europe. These issues are the main cause of disability and early retirement and a great burden to economies (World Health Organization [WHO], 2013). Depression is a common disease, affecting about 121 million people worldwide, or about one in four persons at some point in life (WHO, 2005; 2006). Among the twenty global leading causes of burden of disease, unipolar depressive disorders list as third (WHO, 2008). The expenditures on disability pensions and services have been growing for European countries, with the average spending of 2.1% of gross domestic product (GDP) (Thorlacius, Stefansson, Olafsson, and Tomasson, 2010). This is in accordance with the report from the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) on significant increase in consumption of antidepressants since 2000 (OECD, 2013).

Depression is defined by the ICD-10 as Depressive Episode (WHO, 2004) and by the DSM-5 as Major Depression, specified according to severity (mild, moderate, severe) and course (single, recurrent) (American Psychiatric Association, 2013). The symptom criteria for depression are depressed mood, loss of interest or pleasure, feelings of guilt or low self-worth, disturbed sleep or appetite, low energy and poor concentration. Depression is considered to result from a complex interaction of social, psychological and biological factors (WHO, 2016). Some argue that depression shows a very strong social class profile (Gomm, 1996). Health care services, which are dominated by medical professionals (Tones and Green, 2004), have been criticized for focusing primarily on the effects and not the causes of health problems. Claims have been made that the construction of disease is made by corporations rather than best practise, reflecting the power that companies have in the health care service, with profit as a key goal (Moynihan, Heath and Henry, 2002; Pringle, 2006). Mechanic (2008) points out that due to lack of consensus on the concept, psychiatrists, mental health workers and the public in general, disagree about the appropriate criteria for mental diseases.

Investigating the health beliefs of the general public can give useful insights into how health and diseases are commonly perceived and understood (Tones and Green, 2004). Beliefs about causes of mental issues are important since these can be a determining factor of whether professional help is sought and acted on and how the general public views people who are dealing with mental issues (Angermeyer, Matschinger and Riedel-Heller, 1999; Haslam, 2007; Jorm, 2000). According to Tones and Green (2004) public knowledge is interwoven in day to day experience of individuals and communities and their cultural understandings of real lives. Public beliefs are shaped by observations, discussions and through the media. They are transmitted by family and friends and influence how individuals define and act upon symptoms and life crises. Stigma towards people with mental illness is well known (Goffman, 1963). Findings of a systematic review and a meta-analysis suggest that attitudes towards mentally ill people have even become increasingly negative and that this is related to an increase in the public understanding of illness within the genetic model (Schomerus et al., 2012).

There are many ways to investigate public perspectives on mental health matters. For the last 20 years, population studies on attitudes and beliefs about mental health, either general or specific diseases, have mostly been cross-sectional reports on single surveys. Several studies are based on a case vignette of a person. Study participants are e.g. asked about recognition of the disorder described in the vignette, possible outcome of various treatments, risk factors and causes, and beliefs associated with discrimination and stigma (Reavley and Jorm, 2012; Schomerus et al., 2012). According to Atzmüller and Steiner (2010) the use of vignette technique with a traditional survey, in quantitative research, can be a powerful tool for causal investigations of respondent judgment. In Australia three large national population surveys have been conducted to measure public beliefs on depression. All studies were based on a vignette describing a clinically depressed person, using a structured interview form (Jorm, Blewitt, Griffiths, Kitchner and Parslow, 2005; Jorm, Christensen and Griffiths, 2005; Jorm et al., 1997; Reavley and Jorm, 2012). In the last two studies effort was made to repeat the

methodology of the first one in order to measure changes over time (Reavley and Jorm, 2012).

Findings from various studies indicate that the general public in high income countries regards depression more often as caused by the social environment rather than biological factors (Jorm, Christensen and Griffiths, 2005; Lauber, Falcato, Nordt and Rössler, 2003a). Furthermore, people seem to be holding a negative view of medical care, not believing that health professionals are helpful in the treatment of depression (Angermeyer et al., 1999; Jorm, Christensen and Griffiths, 2005; Jorm et al., 1997). Results from a survey conducted in Switzerland show that stress, originating mostly from the situation within the family or partnership, was identified as a main cause for depression. Occupational stress was thought to be the second most likely determinant and unspecific future stress the third. Other possible factors such as traumatic events were also mentioned (Lauber, Falcato, Nordt and Rössler, 2003b). Even though the social environment has been identified as a common cause, two studies conducted in Australia in 1995 and 2003-2004, report a rise in beliefs in genetic causes. Increasingly the public seems to believe that both genetics and social factors play a role in depression (Jorm, Christensen and Griffiths, 2005).

A perspective that also has to be considered is the mental health literacy of the public. Jorm, Christensen and Griffiths (2005) stated that even though effort has been made to improve public literacy its focus has not been on cause but instead on disease recognition, treatment available and the advantage of help-seeking. Dumesnil and Veger (2009) claim that while public educational campaigns are recommended e.g. by WHO, findings on the effects, suggest only a small improvement in the knowledge of and attitudes towards depression. Schomerus et al. (2012) however, report increased mental health literacy among the general public particularly towards the genetic model of mental disease although this does not seem to result in better social acceptance of persons dealing with mental health issues. In Iceland depressive disorders top the Disability adjusted life years' list (WHO, 2006) and it is estimated that 15-20% of all Ice-

landers can expect to become depressed at some time in their life (Directorate of Health, 2013a). The government expenditure on disability for the year 2013 was 2.8% of GDP according to the Classification of the Functions of Government (Statistics Iceland, 2014). Mental health issues count as the main reasons for disability pension in the country in 2012, or by 37.1% (Ministry of Welfare, 2012; Social Insurance Administration, 2013). There are reports of rise in the numbers of mental and behavioural disorders as the primary diagnosis among new recipients of disability pension (Thorlacius et al., 2010). Among the OECD countries Iceland had the highest consumption of antidepressants in the year 2011 (OECD, 2013). An Icelandic biopharmaceutical company that develops diagnostics and drugs for common diseases with human genetic researches has asked for participation of the whole nation and published positive results (deCODE genetics, n.d.). The impact of this emphasis on genes and curing health matters with medication has on the public can only be assumed, but has yet to be acknowledged. On the other side, two national public campaigns have been launched over the years with the aim to educate the public, fight stigma, increase help seeking and encourage people to reinforce themselves. One targeted mental health promotion in general (Directorate of Health, 2013a) and the other targeted depression specifically (Directorate of Health, 2013b).

Limited knowledge is available on the public view of depression in Iceland. The study disseminated in this article investigated public beliefs concerning causes and risks of depression in Iceland in order to identify possible inhibitors to seeking professional help for a mental disorder. The study was carried out as a part of a larger health promotion and public health study (Sonja Stelly Gústafsdóttir and Angela Scriven, 2009).

METHOD
Participants

The survey was conducted in Reykjavík, Iceland in the year 2008. A convenience sample of 100 people was drawn from people using the capital's most attended public swimming pool, with more than 500.000 guests every year. Attending public swimming pools is a popular activity among Icelanders and plays a vast role in the culture.

It has been estimated that every person in Iceland visits a swimming pool on average 15 times each year. The swimming pools are used by all age groups. Various exercise programs are offered, for example swimming gymnastics for senior citizens and special programs for parents and infants (Orkus-párnefnd, 2005). Thus people who attend swimming pools can be considered to be relatively descriptive for the Icelandic public. Inclusion criteria for participation in this study was to be at least 18 years old, having lived in Iceland for five years or longer and be able to speak and read Icelandic.

Instrument

Data was collected using a questionnaire based on a case vignette describing a person, satisfying the diagnostic criteria for major depression (see Box 1). The vignette and the questionnaire were designed by the researcher and inspired by and based on an Australian research performed by Jorm, Christensen and Griffiths (2005). Their work was chosen as an exemplar as it met the aims of the current study. Following permission from the author the vignette and the questions used were translated to Icelandic. Some adaptations had to be made in order to fit Icelandic circumstances for example, in the question on traumatic events as a cause for depression "natural disasters" was used instead of "bushfire". The questionnaire was proof read by a specialist in the Icelandic language. It had an introductory statement that emphasised that many people in Iceland suffer from similar health matters as the person described in the vignette. All questions, except on demographics, were to be answered on a five option nominal scale.

The questionnaire consisted of three demographic questions (age, gender, and level of education), nine on causes of depression and seven on risk factors. Four categories of causes were investigated: biological, genetic, stress or social environment related and person related. All causal categories, except the genetic, included subgroups as illustrated in table 2. Risk factors categories were five: gender, age, social economic status, employment and relationship status. Two categories had subgroups (see table 3). Participants were asked to read the vignette and rate possible causes for the problems being described, and whether some people in the community were more likely to have

these problems than others. An example of a cause related question was: "Could day-to-day problems such as stress, family arguments, difficulties at work or financial difficulties be a reason for these sorts of problems?" An example of a risk related question was: "Do you think that women would be more or less likely than men to suffer these sorts of problems?"

Box 1. Vignette used in the questionnaire.

This is a fictitious description and not based on a real person:

A 30 year old person has been feeling unusually sad and miserable for the last few weeks. Even though the person is tired all the time, he/she has trouble sleeping nearly every night, doesn't feel like eating and has lost weight. The person can't keep his/her mind on his/her work and puts off making any decisions. Even day-to-day tasks seem too much for the person. This has come to the attention of his/her boss who is concerned about the persons lowered productivity.

Procedures and statistical analysis

Data was collected over four days at different hours. Every fifth swimming pool guest was approached by the researcher when entering the lobby and asked if he/she was interested in participating, given that they fulfilled the inclusion criteria. An introductory letter was attached to the questionnaire with information about the study and instruction on how to complete the survey. Participants were asked to fill out the questionnaire on their own and put it in an unmarked envelope, seal it and post in a secure box located in the lobby. An equal number of men and women were recruited. The survey was reported to the Data Protection Authority in Iceland and ethics approval was gained from Brunel University, London.

Descriptive statistics were used to provide an overview of the data and examine its distribution. To explore differences in frequencies based on gender, age and educational level chi-squares tests were carried out. During the process age and education level were merged into two groups each in order to make the analysis more purposeful.

RESULTS

Background information

Out of the 100 participants who approved participation 85 completed the survey resulting in a response rate of 85%. Those who did not complete the survey typically mentioned that the questionnaire had too many questions and took too long to fill out. Participants' gender, age and level of education are shown in table 1.

Beliefs about causes of depression

Ratings of perceived causes of depression are shown in table 2. Causes related to social stressors received the highest responses and were generally rated as likely or very likely. Thereof, problems from childhood were perceived to be the most likely cause, but 88% rated them as either likely or very likely. A correspondent number for day to day problems was 82%. A recent traumatic event received more mixed responses. Although considered a likely or a very likely cause by 59%, 13% perceived it as not likely and 21% that it depended on the circumstances or situation. Genetic cause was rated likely or very likely by 69%, but 17% reported that they did not know. Personal related factors were considered a likely or very likely cause by more than 40% of participants, but 27% did not know whether being a nervous personality could be a cause and 23% thought that the likelihood of depression caused by weakness of character depended on the situation. Both biological subgroups were rated as not likely by a vast majority of the participants. However, respectively 13% and 15% did not know if a virus/infection or an allergy reaction could be the cause.

Due to distribution of responses, Chi-square tests could be carried out for only three variables. Significant associations were found between age of participants and weakness of character, χ^2 (2, N=85) = 6,775, p = 0,034, and between participants' gender and weakness of character, χ^2 (2, N=85) = 7,203, p = 0,027. A great majority (88%) of the younger participants, aged 18-44 years, thought weakness of character was not a likely cause compared to 17% of those at the age of 45 years or older. Of men, 68% thought it was a very likely or a likely cause compared to 32% of women.

Beliefs about risks of depression

As illustrated in table 3, being unemployed was considered a very likely risk by 73% of the participants. The factors being divorced

Table 1. Background information						
Gender:	Female	Male				
	47%	53%				
Age group:	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
	11%	31%	18%	9%	21%	10%
Education:	Primary school	Secondary school	University	Certificates	Other	
	12%	21%	47%	15%	5%	

Table 2. Perceived causes of depression					
Cause	Very likely	Likely	Not likely	Depends	Do not know
Biological:					
• Virus/Infection	0%	1%	79%	7%	13%
• Allergy reaction	0%	1%	79%	5%	15%
Social stressors:					
• Day to day problems	34%	48%	5%	11%	2%
• Recent death of a close friend or relative	28%	47%	6%	12%	7%
• Recent traumatic event	19%	40%	13%	21%	7%
• Problems from childhood	43%	45%	1%	5%	6%
Genetic:					
• Inherited or genetic	22%	47%	6%	8%	17%
Person related:					
• Being a nervous person	5%	36%	17%	15%	27%
• Weakness of character	5%	40%	14%	23%	18%

Table 3. Perceived risks of depression					
Risk factor	Very likely	Likely	Not likely	Depends	Do not know
Gender:					
• Being a woman	15%	45%	17%	9%	14%
Age:					
• Aged under 25	14%	31%	17%	12%	26%
• Aged over 65	30%	19%	14%	15%	22%
Social economic status:					
• Belonging to a low socioeconomic group	38%	32%	2%	18%	10%
Employment:					
• Being unemployed	73%	6%	1%	13%	7%
Relationship status:					
• Being divorced or separated	48%	20%	0%	20%	12%
• Being single	19%	31%	6%	21%	23%

or separated, belonging to a low socioeconomic group or being older than 65 were all rated as a very likely risk by 30 – 48%. Factors considered by 30 - 45% as making no difference were being a woman, belonging to a low socioeconomic group, being under the age of 25 and being single. Due to distribution of responses, Chi-square tests could be carried out for only four variables. No significant associations were found.

DISCUSSION

In the light of the above findings it is important to reflect on how public beliefs on cause and risk for depression may affect or influence help seeking, awareness campaigns and mental health literacy. With a predominant belief in the importance of social stressors as a causal factor of depression and the view of e.g. 73% of the participants on unemployment as a likely risk, people may not seek help in the health care sector for their negative feelings. Why should they

seek medical help for their mental health issues if they believe the cause and risk for their problems mostly lie in the social environment? According to Thorlacius et al. (2010) there seems to be a strong connection between mental illnesses and disability determination. It is therefore quite interesting that the findings in this study indicate the belief that people are likely to become depressed because of unemployment. The question on cause and effect is raised. Perhaps a gap has been identified between the public beliefs and help seeking behaviour as Mechanic (2008) suggests. Although public educational or awareness programs have been recommended by the World Health Organization, limited effort has been made to measure their effectiveness (Dumesnil and Verger, 2009). Perhaps it needs to be examined whether these programs are in line with the beliefs of the general public. One might wonder whether public programs or campaigns are based

on what professionals think that the public ought to know or on information on what the public knows, doesn't know, and wants to know. The findings of this study indicate strong beliefs in social influence as cause for depression among the public. Instead of focusing on disease recognition, available treatments and the advantage of help-seeking as Jorm, Christensen and Griffiths (2005) have pointed out programs or campaigns may need to reflect more on social circumstances and everyday life experience of the public.

It is noteworthy that 40% of participants considered having a weakness of character as a likely cause of depression since the definition on weakness of character generally implies negative evaluation of a person. Even though stigma has been related to the biological beliefs in cause for depression (Schomerus et al., 2012) it has also been pointed out that such causal attribution may lead to shame in individuals who become depressed (Jorm, Christensen and Griffiths, 2005). There were however, mixed responses regarding weakness of character. Possibly people have trouble understanding what weakness of character explicitly refers to and therefore choose not to take a direct stand on the matter. The responses were partly age and gender related since younger people were more likely not to consider it as a likely cause. Perhaps this also connects to the meaning of weakness of character and reflects a generation gap on how the term is understood and used. Earlier on medical terms were not so much used but rather descriptions on the state the person was in e.g. a nervous, fragile or a weak person. Interestingly, no significant difference was detected on participant's educational background and their beliefs about weakness of character being a likely cause. Level of education did not affect the participants' views.

Limitations

A limitation of this pilot study is the small convenience sample which was limited to people using one public swimming pool. Even though use of swimming pools is widespread in Iceland it is likely that more active people go swimming and more communicative and co-operative people participate in surveys. No information is available about those who didn't complete the questionnaire. The high educational level of participants does not reflect the educational level of Icelanders as in the year 2011 when

around 34% of the population aged 25 to 64 years old had a university degree (Statistics Iceland, 2013). The questionnaire used was not tested for validity and reliability. Therefore, although the findings offer important pointers to public beliefs about depression they cannot be generalised and should preferably be followed-up upon using a larger sample.

CONCLUSION

The beliefs of the public give important information on how and what to focus on in order to tackle depression as a global public health problem and should therefore be monitored closely. The participants in this study held a holistic view on causes and risk for depression and believed these to be multi-dimensional and strongly connected with social, environmental and economic factors. These findings are consistent with those from other high income countries and suggest a gap that may explain and influence help seeking behaviour. The question remains whether and how the public should be educated about these issues. More emphases should be put into service in the community that is directly linked to social circumstances. Mental health beliefs and experience of the public should be taken into account in the design and implementation of educational campaigns, as the views of the general public cannot be neglected.

ACKNOWLEDGEMENTS

The author declares that she has no conflicts of interest. This work was not supported by any funding. The author would like to thank work colleagues for suggestions and invaluable help provided for improving the paper.

REFERENCES

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Angermeyer, M. C., Matschinger, H. and Riedel-Heller, S. G. (1999). Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preference of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(4), 202-210.

Atzmüller, C. and Steiner, P. M. (2010). Experimental vignette studies in survey research. *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 6(3), 128-138. doi 10.1027/1614-2241/a000014

deCODE genetics. (n.d.). *News and events*. Available at: <http://www.decode.com/news-events/>

Directorate of Health. (2013a). *Engin heilsa án geðheilsu* [No health without mental health]. Available at: <http://www.landlaeknir.is/heilsa-og-lidan/gedraekt/greinar/grein/item19641/Engin-heilsa-an-geðheilsu>

Directorate of Health. (2013b). *Þjóð gegn þunglyndi* [Alliance Against Depression (IAAD)]. Available at: http://www.landlaeknir.is/heilsa-og-lidan/verkefni/item16380/Thjod_gegn_thunglyndi

Dumesnil, H. and Verger, P. (2009). Public awareness campaigns about depression and suicide: A review. *Psychiatric Service*, 60(9), 1203-1213. doi: 10.1176/appi.ps.60.9.1203

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Gomm, R. (1996). Mental health and inequality. In T. Heller, J. Reynolds, R. Gomm, R. Muston and S. Pattison (editors), *Mental health matters: A reader* (pp. 110-120). Houndmills: Palgrave.

Haslam, N. (2007). Lay conceptions of mental disorder: Introduction to the special issue. *Australian Psychologist*, 42(2), 79-80. doi: 10.1080/00050060701280557

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. and Pollitt, P. (1997). Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(3), 143-148.

Jorm, A. F., Christensen, H. and Griffiths, K. M. (2005). Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: Changes in Australia over eight years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(1), 764-767. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01738.x

Jorm, A. F., Blewitt, K. A., Griffiths, K. M., Kitchener, B. A. and Parslow, R. A. (2005). Mental health first aid response of the public: Result from an Australian national survey. *BMC Psychiatry*, 5(1),

9-17. doi: 10.1186/1471-244X-5-9

Lauber, C., Falcato, L., Nordt, C. and Rössler, W. (2003a). Do people recognize mental illness? Factors influencing mental health literacy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(5), 248-251. doi: 10.1007/s00406-003-0439-0

Lauber, C., Falcato, L., Nordt, C. and Rössler, W. (2003b). Lay beliefs about causes of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(418), 96-99.

Mechanic, D. (2008). *Mental health and social policy: Beyond managed care*. Boston: Pearson.

Ministry of Welfare. (2012). *Velferðarstefna: Heilbrigðisáætlun til 2020* [National Health Plan 2020]. Reykjavík: Ministry of Welfare.

Moynihan, R., Heath, I. and Henry, D. (2002). Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, 324(7342), 886-891. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886>

Organization for Economic Cooperation and Development. (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing. Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

Orkusparnefnd. (2005). *Almennar forsendur orkuspáa 2005: Samantekt fyrir vinnuhópa Orkusparnefndar* [General considerations of energy use 2005: Summary for the National Energy Authority workgroups]. Reykjavík: National Energy Authority.

Pringle, E. (2006). *Big pharma research racket is killing people*. OpEdNews.com. Available at: http://www.opednews.com/articles/genera_evelyn_p_060623_big_pharma_research_.htm

Reavley, N. J. and Jorm, A. F. (2012). Belief in the harmfulness of antidepressants: Associated fac-



REYKJALUNDUR
endurhæfing

tors and change over 16 years. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 375-386. doi:10.1016/j.jad.2012.01.012

Schomerus, G., Schwan, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G. and Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440-452. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x

Social Insurance Administration. (2013). *Greining á orsök örorku eftir sjúkdómaflokkum fyrir árið 2012* [Disability analysis by disease in 2012]. Available at: <http://www.tr.is/tryggingastofnun/frettir/nr/1429>

Sonja Stelly Gústafsdóttir and Angela Scriven. (2009). Public beliefs about depression in Iceland. In Gunnar Þór Jóhannesson and Helga Björnsdóttir (editors). *Rannsóknir í félagsvísindum X, Félags og mannvísindadeild* [Research in Social Sciences X, Faculty of Social and Human Sciences] (pp. 399-406). Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands [The Social Science Research Institute University of Iceland].

Statistics Iceland. (2014). *General government expenditure on disability 1998-2014*. Available at: http://px.hagstofa.is/pxen/pxweb/en/Efnahagur/Efnahagur__fjaropinber__fjarmal_almtr_velferd__fjarmal_almannatr_velferd/THJ05714.px/table/tableViewLayout1?rx-id=30e5a4e1-b627-4659-b62c-177693a287df.

Statistics Iceland. (2013). *Educational attainment of the population 2003-2011, percentage distribution*. Available at: <http://www.statice.is/?PageID=1666&src=https://rannsokn.hagstofa.is/pxen/Dialog/>

varva.xdssffdsa=SKO00010%26ti=Educational+attainment+of+the+population+2003%2D2011%2C+percentage+distribution++++++%26path=../Database/skolamal/yfirlit/%26lang=1%26units=Percent

Thorlacius, S., Stefansson, S. B., Olafsson, S. and Tomasson, K. (2010). Increased incidence of disability due to mental and behavioural disorders in Iceland 1990-2007. *Journal of Mental Health*, 19(2), 176-183. doi: 10.3109/09638230902968316

Tones, K. and Green, J. (2004). *Health promotion: Planning and strategies*. London: Sage.

World Health Organization. (2004). *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems (ICD-10)*. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. (2005). *Mental health, facing the challenges, building solutions: Report from the WHO European ministerial conference*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2006). The European health report 2005: Public health action for healthier children and population. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *The European mental health action plan*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2016). *Depression. Fact sheet*. Available at: <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs369/en/>



Heilsudvöl í Hveragerði

Gisting – Baðhús – Matur – Leirböð – Nudd – Náttúruupplifun

Á Heilsustofnun NLFÍ bjóðast þér fjölbreyttar meðferðir í rólegu umhverfi og nálægð við náttúruna. Við aðstoðum þig við að finna jafnvægi milli álags og hvíldar. Með einstaklingsmiðaðri endurhæfingu, faglegri þjónustu, hreyfingu við hæfi, reglulegu og hollu mataræði, góðum svefnvenjum og andlegu jafnvægi stuðlar þú að bættri heilsu.



Kannaðu hvað við getum gert fyrir þig.

Nánari upplýsingar á heilsustofnun.is

– berum ábyrgð á eigin heilsu

FRÁSÖGN IÐJUPJÁLFA

Arndís Jóna Guðmundsdóttir,
iðjupjálfi á Landspítala.



IÐJUPJÁLFUN Í TANSANÍU

Í mars 2015 lagði ég af stað í ferð sem hafði verið í vinnslu í dagdraumum mínum frá því að ég man eftir mér – ferð til Afríku þar sem mig langaði að kynnast mannlífi, lifnaðarháttum og hugsanahætti og láta gott af mér leiða. Eftir að hafa vafrað í marga mánuði um internetið, átt samtöl við fólk sem hafði ferðareynslu og ýmsar vangaveltur lagði ég af stað til Tansaníu í austur Afríku. Þar var ég sjálfboðaliði í hálf ár, á Gabriella Centre, endurhæfingarstofnun fyrir börn og ungmenntu með einhverfu og þroskaskerðingar.

Tansanía er land í austur Afríku, rétt sunnan við miðbaug. Þar búa rúmlega 50 milljónir manna. Landið öðlaðist sjálfstæði upp úr 1960 og þar er töluð enska, swahili og fjöldi ættbálka og svæða tungumála. Landið er frægt fyrir þjóðgarða sína með fjölskrúðugu fugla- og dýralífi auk þess sem hæsti tindur Afríku, Kilimanjaro, trekkir marga þar að. Ef farið er í stutta göngu að næsta markaði er líklegt að hitta hænur vappandi um götur, bónda að reka geitur sínar í heimahaga, konu að bera bakka fullan af bönunum á höfðinu og 10 mótörhjólaleigubíla sem bjóða þér far á sanngjörnu verði. Helstu fæðutegundir Tansaníubúa eru maísgrautur, baunir, hrísgrjón og bananar. Aðra ávexti, kjöt, fisk og grænmeti er einnig hægt að fá

en lítið er um innfluttan mat. Tansanía er eitt fátækasta ríki heims en 68% þjóðarinnar lifir fyrir neðan fátæktarmörk og fimmta hvert barn er vannært. Rúmlega 5% barna deyja fyrir fimm ára aldur og eru helstu orsakir malaría, niðurgangur og HIV. Meðal lífslíkur fólks árið 2012 var 61 ár. Í bænum Moshi, sem ég bjó í, var sjúkrahúsið í norðurhluta landsins, 630 rúm voru á sjúkrahúsinu sem þjónaði svæði sem á bjuggu 15 milljónir manna. Trú fólks á óhefðbundnar lækninga aðferðir, bænir, bölvánir, jurtaseyði og meira að segja lækningameðul gerð úr útlímum albínóabarna hafði sín áhrif á heilbrigðiskerfið og heilbrigðishegðun landsmanna.

Í Tansaníu eru nú rétt rúmlega 100 iðjupjálfar. Byrjað var að kenna iðjupjálfun í landinu árið 1998, þrígga ára diplómanám sem fer fram í háskólanum í Moshi. Iðjupjálfanamið er í boði í fjórum eða fimm löndum Afríku sunnan Sahara og því eru yfirleitt einnig nemendur í skólunum frá nálægum löndum. Kennt er á ensku og mér skildist að námskráin legði mikla áherslu á iðjupjálfun barna og að það væri forgangsmál. Sú iðjupjálfun sem ég kynntist í Tansaníu var að mörgu leyti frábrugðin reynslu minni á Íslandi en innihélt sömu grunnhugsunina. Hér verður sagt frá verkefnum iðjupjálfa í

Tansaníu og helsta baráttumáli þeirra, að breyta viðhorfum almennings til fatlana. Einnig verður sagt frá stofnuninni, Gabriella Centre, þar sem ég var sjálfboðaliði og starfi mínu þar.

AÐ BREYTA VIÐHORFUM ALMENNINGS

Stór hluti starfssviðs tansanískra iðjupjálfa var samfélagsfræðsla, að vekja athygli á fötlunum í samfélaginu og hvetja almenn-ing til að samþykkja fatlaða einstaklinga inn í samfélagið. Læknisfræðilegar útskýringar á fötlunum og sjúkdómum eru ekki jafn sjálf-söggð þekking og á Vesturlöndum. Oft trúði fólk því að ástæða fötlunar væri bölvun sem hafði verið lögð á manneskjuna. Fjölskyldur áttu þá til að flýja fatlaða einstaklinga því þær vildu ekki að bölvunin bærist yfir á sig og skömmuðust sín fyrir þá fötluðu. Margir trúðu því einnig að fatlanir væru smitandi eins og kvæf eða flensa.

Ýmsum aðferðum var beitt til að vinna gegn þessum fordómum. Hátíðir voru haldnar þar sem stofnanir og félagasamtök, sem unnu með fötluðu fólki, söfnuðust saman og fóru í skróðgöngur um fjölfarnar götur í bæjum. Að skróðgöngunum loknum voru yfirleitt dansatríði, söngur, skemmtiatriði og ræður. Skróðgöngurnar höfðu það að markmiði að

vekja athygli almennings á þeim mannauði sem bjó í börnum með fatlanir. Þarna komu börn og voru sýnileg í samfélaginu, báru höfuðið hátt og sýndu hvað í þeim bjó. Þar var einnig saman kominn fjöldi starfsfólks sem styrkti málstaðinn og bauð gestum og gangandi að taka þátt.

Myndin sem skapaðist af fötluðu fólki meðal almennings var oft frekar sérstök. Fatlað fólk sást sárasjaldan í almennum erindagjörðum á markaðnum eða á rútustöðinni. Einstaklingur í hjólastól úti á götu var með bauk í hendi að betla. Þessa sex mánuði sem ég var í Tansaníu man ég ekki eftir að hafa séð einhvern í hjólastól á förnum vegi nema í þeim erindum að betla. Fólk var meira að segja þeirrar skoðunar að þeir sem væru í hjólastól hefðu það hlutverk að betla á götum úti. Mér er sérstaklega minnisstætt samtal sem ég átti við strák um tvítugt. Hann var leiðsögumaður og talaði góða ensku. Eftir þó nokkurt spjall barst talið að starfi mínu í Tansaníu og spurningum mínum um hjólastólaaðgengi að sögufrægum stöðum. Hann svaraði því til að það þyrfti ekki því fólk í hjólastólum langaði að verja tíma sínum í að betla. Þessi setning kom mjög flatt upp á mig og ég spurði manninn aftur og aftur til að ganga úr skugga um að ég hefði skilið hann rétt. Hvort hann meinti langaði eða neyddist til. Ég spurði á ensku og ég spurði á swahili til að vera alveg viss. Hann hélt því statt og stöðugt fram að þegar fólk færi í hjólastól langaði því að betla. Þetta er ekki einsdæmi um skrítna upplifun af samtölum mínum við margt fólk. Ég upplifði stundum að fólk væri einfaldlega vant því að hlutirnir væru svona og þess vegna ættu þeir bara að vera þannig.

Eitt sinn fór ég í heimsókn á KCMC, aðalspítala norður Tansaníu, og fékk kynningu á endurhæfingunni þar. Flestir sem voru í endurhæfingu var ungt fólk sem hafði lent í slysum eða heilaáföllum. Fyrir útskrift þeirra voru gerðar heimilisathuganir og var markmiðið að skoða og bæta aðgengi fyrir fatlaða einstaklinginn en einnig að kortleggja heimilisaðstæður. Minnisstætt var þegar iðjubjálfinn, sem kynnti starfsemina, lýsti því að oft væri þrautin þyngri að finna ættingja ef í ljós kom að viðkomandi yrði líklegast fatlaður ævilangt. Ef ættingjarnir fundust voru þeir oftast nær ósamvinnuþýðir. Spítalinn brást þá við með því að hafa samband við kirkjuna sem viðkomandi fjölskylda sótti og biðja um að talað yrði við hana. Það hafði oftast jákvæð áhrif



Kennarar og starfsfólk stilla upp trommum í skugga.

á viðhorf fjölskyldunnar þegar kirkjunnarmenn létu sig málið varða. Þó nokkur hluti íbúanna eru múslimar eða annarrar trúar. Ef til vill var líka talað við moskur í bæjarfélögunum en í sumum tilfellum var hringt í bæjarstjórnina í þorpinu og hún beðin um að tala við fjölskyldu fatlaða einstaklingsins. Í heimilisathugunum var síðan reynt að fá fulltrúa frá kirkjunni í nágrenninu eða bæjarstjórninni til að vera viðstaddur. Það var gert til að auka samfélagsvitund gagnvart fötluninni og til að fá þorpið í lið með sér. Einnig til að efla samfélagið (sveitarfélagið eða kirkjuna) til að safna pening fyrir hjólastól, hjólastólarömpum eða öðru sem gæti vantað.

GABRIELLA CENTRE

Gabriella Centre var endurhæfingarstofnun fyrir börn með mismunandi skerðingar og sérstök áhersla var lögð á börn með einhverfu. Starfsemi stofnunarinnar var tvískipt; annars vegar var þar skóli sem börnin sóttu níu mánuði ársins í nokkur ár og hins vegar voru haldnar þjálfunarvikur (Therapy weeks) þar sem börn komu ásamt foreldrum sínum eina viku í senn með vissu millibili, u.þ.b. fjórum sinnum á ári.

Í skólanum voru um 70 börn og ungmennti, ýmist í heimavist eða dagskóla. Nemendunum var skipt upp í fjóra bekk: leikskólabeck, skólabeck, ungmennabeck og einhverfubeck. Markmið skólans voru mismunandi eftir bekkjum og einstaklingum en megin markmið stofnunarinnar var að veita nemendunum menntun, þjálfun og þekkingu sem gerði þau sjálfstæð í samfélaginu. Börnin voru tvær klukkustundir á dag í bóklegum fögum og síðan tóku við verkleg fög þar sem áhersla var lögð á sjálfstæði í daglegu lífi. Meðal annars var þeim kennt að skipuleggja fataskápinn, þvo þvott í höndunum og burstu tennurnar. Eldri börnin



Malsgrautur, baunir og kál. Hádegisverður flesta daga.



Therapy room. Myndir úr æfingarherbergi.

lærðu einnig atvinnutengdar greinar, s.s. húsdýrahald, handverk og matjurtaræktun.

Þjálfunarvikur voru settar upp á þann hátt að börn mættu ásamt foreldri/forráðarmanni á mánudegi og voru fram á föstudag. Þau komu nokkrum sinnum yfir árið, mismunandi eftir hverjum og einum, en oft um fjórum sinnum á ári. Á fimm dögum var barnið metið og gerðar með því æfingar til að auka færni. Foreldrar fylgdu barninu mest allan tímann og áhersla var lögð á að kenna þeim æfingarnar svo þeir gætu síðan haldið

áfram að þjálfva barnið heima fyrir. Foreldrar hittu einnig aðra foreldra og því myndaðist grundvöllur til að tala við aðra í sömu stöðu. Haldnir voru skipulagðir umræðuhópar fyrir foreldrana og þeir fengu fræðslu um fatlanir og endurhæfingu. Á föstudegi var farið yfir starfsemi vikunnar og skipulagt með barni og foreldri hvaða æfingar þau myndu vinna með heima fyrir og hvernig hægt væri að nýta umhverfið til að útbúa æfingataeki og koma æfingum inn í dagskipulagið. Bæði meðferðarformin, skóli og þjálfunarvikur, nutu síaukinna vinsælda og voru langir biðlistar.



Therapy room. Myndir úr æfingarherbergi.



Verslun Gabriella Centre



Alþjóðlegur dagur einhverfu þann 2. apríl 2015.

Að sumu leyti fannst mér stofnunin vinna með svipuð markmið og hér heima. Iðjubjálfunin hafði sömu grunnhugsun um iðju, heilsu og velliðan. Umhverfið var hins vegar ólíkt og menningin önnur sem gerði aðferðirnar frábrugðnar. Reynt var að ná til fleira fólks með minni mannafla en það hafði galla í för með sér. Að mínu mati voru framfarir oft hægari en þegar ég miðaði við þær starfsaðferðir sem ég þekkti frá Íslandi og of mikil ringulreið myndaðist til að lærdómsumhverfið gæti talist æskilegt. Líklega voru meiri líkur á peningastyrkjum þegar stofnunin gat sinnt fleiri börnum og skólafestfarn í Tansaníu var þannig að einn kennari kenndi fjölmönnum bekkjum. Þessar starfsaðferðir höfðu þó einnig kosti því fleiri börn sem annars fengu ekki skólagöngu komust að.

Það var sérstaklega skemmtilegt að sjá hversu hugmyndaríkt starfsfólkið var við að finna sjálft lausnir fyrir þjálfun. Standrammar, jafnvægisæfingataeki og rólur voru smíðaðar af smíðakennaranum og nemendum hans. Einn iðjubjálfinn saumaði kúlusæng (weighted blanket) eftir að hafa séð eitt slíkt í námsferð erlendis. Hann útvegaði sér efni úr nærumhverfinu, s.s. keðjur og steina sem auðvelt var að nálgast og setti inn í teppið. Á mánudögum sóttum við vatn úr vatnskrananum og bárum mold frá næsta akri í hjólbörum til að blanda saman drullu fyrir leirtíma. Einum degi varði ég í að moka sand úr jörðinni, sigta hann og sótthreinsa til að nota í snerti/skynörvun. Starfsfólkið á stofnuninni hafði alla anga úti við að safna aðföngum úr náttúrunni til að vinna með börnunum.

MITT FRAMLAG

Sjálfböðastarf í fjarlægum löndum hefur verið gagnrýnt en oft er talið að sjálfböðaliðarnir valdi meiri fyrirhöfn en gagnsemi. Ég þurfti oft að spyrja sjálfa mig að því hvar starfskraftar mínir nýttust best og hvort ég

væri til gagns yfir höfuð. Ég var lengi að ná áttum á stofnun sem var svo gjörólik því sem ég hafði vanist. Þarna var minna skipulag á hlutunum en ég var vön og mér þótti erfitt að vinna við þær aðstæður, ég skildi ekkert í tungumálinu til að byrja með og menning og viðhorf íbúa voru að mörgu leyti svo ólík að ég átti erfitt með að setja mig í spor fólksins eða átta mig á því hvað það var að hugsa.

Til að byrja með lagði ég mig fram við að kynnast vinnustaðnum, samstarfsfólkinu og börnunum. Með tímanum lagði ég mig meira fram við að kynna mér einhvern anga endurhæfingarinnar betur, taka meiri þátt þar og koma með nýjar hugmyndir. Iðjubjálfnir tveir sem unnu á stofnuninni sögðust finna styrk í því að fá hugmyndir frá fleiri fagaðilum, þar á meðal sjálfböðaliðum, og það gæfi þeim meiri víðsýni og aðhald í starfinu. Ég fann hversu sterk ég var að geta aflað mér upplýsinga. Þó iðjubjálfnir tveir gætu það líklega þá voru aðrir starfsmenn ekki í þeirri stöðu. Til þess vantaði tölvu, internet, enskukunnáttu, tölvukunnáttu, kunnáttu að leita gagna og grunnþekkingu á fötlunum. Verkefni sem ég vann um sjónrænar, einstaklingsmiðaðar stundatöflur í einhverfubecknum er mér sérstaklega minnisstætt. Skynörvun og málörvunaræfingar eru önnur dæmi um verkefni sem ég tók að mér.

AÐ LOKUM

Þó svo að iðjubjálfun í þessu framandi landi, Tansaníu, innihéldi sömu grunnhugsunina og við þekkjum fóru iðjubjálfnir oft frábrugðnar leiðir sem byggðu á ólíku umhverfi, viðhorfum, fjárhag og mörgu öðru. Þessir sex mánuðir gáfu mér virkilega margt að hugsa um og velta fyrir mér. Það var gleðilegt að sjá hversu blómstrandi iðjubjálfafagið var í norður Tansaníu en þó voru áhyggjuraddir þess efnis að námsbrautin myndi leggjast niður í núverandi mynd vegna lítillar aðsóknar. Þó var mikill áhugi á faginu og fólk vonaði að hægt væri að leita leiða til að iðjubjálfamenntunin legðist ekki af. Ég fékk þá tilfinningu að fagið væri í vexti og endurhæfing og samfélagsfræðsla væri í mikilli sókn.

Greinin var unnin með aðstoð Guðbjargar Láru Guðjónsdóttur, sem einnig var iðjubjálfi og sjálfböðaliði á sömu stofnun. Hægt er að kynna sér starfsemi Gabriella Centre á heimasíðu stofnunarinnar, <http://www.gabriellarehab.org/> og `Facebook like` síðunni Gabriella Children's Rehabilitation Centre.

Guðrún Árnadóttir, PhD, MA,
BMROT hefur umsjón með þróunar
og rannsóknarvinnu iðjuþjálfra
á Landspítala. Hún er einnig
klínískur dósent við læknadeild
Háskóla Íslands.

IÐJUÞJÁLFUN LANDSPÍTALA: EÐLI OG EIGINLEIKAR MATSTÆKJA Í NOTKUN

Líkt og fram kom í greinaflokki frá Landspítala háskólasjúkrahúsi (LSH) sem birtist í Iðjuþjálfanum á síðasta ári (Guðrún Árnadóttir, 2015; Guðrún Árnadóttir og Sigrún Garðarsdóttir, 2015; Sigrún Garðarsdóttir, 2015) hafa verið haldnar fjölmargar vinnusmiðjur á vegum fagráðs iðjuþjálfra LSH sem miða að því að gera vinnu iðjuþjálfra spítalans sýnilegri hvað varðar þjónustuferli að meðtöldum mats- og íhlutunar aðferðum. Fagráðið lét taka saman lista yfir öll matstæki í notkun á starfsstöðvum iðjuþjálfra árið 2012. Í framhaldinu var ákveðið að fara nánar yfir matstækin og kanna eiginleika þeirra með kerfisbundinni endurskoðun í sérstökum vinnusmiðjum um matstæki. Slík endurskoðun býður upp á möguleika til að auka gæði þjónustunnar. Í framhaldi verður síðan hægt að benda á það sem betur mætti fara og leita leiða til lagfæringa, ef með þarf. Tilgangur greinarinnar er tvíþættur, þ.e. annarsvegar að taka saman upplýsingar um matstæki sem notuð eru á starfsstöðvum iðjuþjálfra LSH. Hinsvegar að taka saman upplýsingar sem byggðar eru á greinargerðum unnum út frá vinnusmiðjum iðjuþjálfra LSH um eiginleika nokkurra matstækja sem þeir nota í starfi. Ég mun byrja á að tengja efnið við starf iðjuþjálfra og umhugsunarefni sem tengjast



vali á matstækjum almennt, eins og gert var við upphaf vinnusmiðjanna. Þess má geta að sambærilegir fyrirlestrar voru haldnir af höfundi á þverfaglegum fundi endurhæfingardeildar Grensáss og í vinnusmiðju sjúkrahjúfara LSH.

Þó mismunandi þjónustuferli séu notuð af stéttinni geta flestir iðjuþjálfar sammælt um að það endurhæfingarferli sem iðjuþjálfun snýst um samanstandi af þremur grundvallarþáttum, þ.e. mati, íhlutun og endurmati. Þessa þætti kalla ég lotur. Auðvitað má sundurliða hverja lotu á mismunandi hátt (sjá nánar fyrri umfjallanir Guðrúnar Árnadóttur, 2015 og Guðrúnar Árnadóttur og Sigrúnar Garðarsdóttur, 2015) en hér mun ég halda mig við aðalatriðin. Í lok upphaflegu matslotunnar eru upplýsingarnar notaðar til að ákvarða framvindu. Ef hugað er að frekari þjónustu þarf að setja markmið og síðan velja íhlutunarleið sem kemur til framkvæmda í íhlutunarlotu. Síðasta lotan snýst svo gjarnan um endurmat. Í þessari umfjöllun minni um matstæki mun ég dvelja við fyrstu og síðustu lotur ferlisins.

En hvað eiga iðjuþjálfar LSH að meta í þessu þjónustuferli? Ef við lítum á flokkunarkerfi Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar

(*Alþjóðlegt flokkunarkerfi um færni, fötlun og heilsu (ICF)*) (World Health Organization, 2001) þá má nota það til að skoða það sem við teljum að þurfi að meta samkvæmt þremur flokkum kerfisins, þ.e.a.s. líkamsstarfsemi og byggingu, athöfnum og þátttöku og svo aðstæðum sem skiptast í umhverfisþætti og einstaklingsbundna þætti. Til að meta þætti líkamsstarfsemi og byggingu í iðjuþjálfun eru gjarnan notaðir liðmælar og kraftmælar, eða kvarðar til að meta vitræna starfsemi. ADL kvarðar eru notaðir til að meta færni við framkvæmd athafna og ýmiskonar spurningalistar til að kanna þátttöku. Svo eru notaðir gátlistar til að athuga umhverfi í heimilisathugunum og fleira (Guðrún Árnadóttir, 2003).

Til hvers nota iðjuþjálfar matstæki? Við getum notað þau klínískt í fyrstu lotu endurhæfingarferlisins til að meta þörf fyrir íhlutun, aðstoð og framtíðar dvalarstað. Á endurmatssitiginu þurfum við svo að styðjast við matstæki til að meta breytingar á ástandi skjólstaðinga. Við gætum þurft að útskýra gagnsemi þjónustu og fjármagn eða haft áhuga á að bera saman frammistöðu skjólstaðinga. Ef við ætlum að mæla breytingar þá þurfum við ekki aðeins matstæki heldur einnig mælitæki. Svo má líka nota matstæki

í rannsóknartilgangi til ýmissa annarra verka eins og til að styðja við kennisetningar, setja fram kenningar og spá fyrir um ástand (sjá Guðrúnu Árnadóttur, 2003) en ég ætla ekki að dvelja við þá möguleika í þessari umfjöllun. Hinsvegar er rétt að skoða nánar hvaða matsaðferðir og matstæki iðjuþjálfar á LSH nota við vinnu sína og til hvers. Við val á matstækjum er einnig gott að hafa í huga að þó ekki sé verið að safna gögnum fyrir rannsóknir þá er hægt að nota klínísk gögn síðar til afturvirkra rannsókna ef þeim er safnað í ásætlanlegu formi (sjá t.d. Árnadóttir, Löfgren og Fisher, 2010).

Rétt er að athuga nánar nokkra þætti sem nota má við greiningu matstækja, s.s. uppbyggingu þeirra, form upplýsingaöflunar, tegund kvarða og próffræðigrunn, áður en lengra er haldið. Form upplýsingaöflunar byggir á því hvernig matið er lagt fyrir þann sem meta á og aðferðum við að vinna úr upplýsingunum. Í því sambandi má nefna að viðtöl geta bæði verið óformleg eða studd viðtalsramma (e. semi-structured interview), án þess að um sé að ræða stöðluð atriði (Classen og Velozo, 2014), þó leiðbeiningar geti verið staðlaðar. Gátlistar (e. checklists) og spurningalistar (e. questionnaire) byggja ýmist á sjálfsmati eða áhorfi. Þar má t.d. nefna *ADL Taxonomi* (Törnquist og Sonn, 1994; Sonn, Törnquist og Svensson, 1999; Wæhrens og Fisher, 2009) sem ýmist er lagður fyrir sem spurningalisti eða fylltur út með iðjuþjálfra.

Áður en við skiljum við viðfangsefnið „form upplýsingaöflunar“ er rétt að líta aðeins á rannsóknir sem kannað hafa mun á upplýsingum sem fengnar eru með áhorfi og upplýsingum fengnum með skjólstaðingsmiðuðum spurningalistum eða viðtölum. Slíkar rannsóknir hafa m.a. gefið til kynna að sjálfsmatssupplýsingar, fengnar með spurningalista annars vegar og viðtali hinsvegar, hafi einungis miðlungs fylgni hjá sjúklingum með mismunandi gigtargreiningar. Lág fylgni kom hinsvegar fram milli upplýsinga sem fengust með áhorfi iðjuþjálfra samanborið við sjálfsmats spurningalista og ennþá lægri ef um viðtal var að ræða (Poole, Atanasoff, Pelsor og Sibbit, 2006; Wæhrens, 2010; Wæhrens, Bliddal, Danneskiöld-Samsoe, Lund og Fisher, 2012). Hewlett (2003) benti á að lága fylgni milli mismunandi forma upplýsinga (spurningalistar, viðtöl og áhorf) hjá gigtarsjúklingum mætti rekja til þess að sjúklingarnir einblíndu á aðra þætti en fagfólk þegar þeir gæfu fyrir. Mörg

dæmi eru til sem endurspegla þetta misræmi. Gigtveik kona tilgreindi t.d. í viðtali að það væri auðvelt að strauja, en þegar iðjuþjálfri horfði á hana framkvæma verkið var gæðum þess ábótavant og konan þurfti bæði að stöðva verkið ítrekað og einnig að setjast niður til að hvíla sig (Wæhrens, 2010). Spurningalistar eru algengt form upplýsingaöflunar hjá gigtarsjúklingum, en áhorf er algengara hjá sjúklingum með miðlungs og alvarleg taugaeinkenni (Wæhrens, 2010). Ef um taugaeinkenni væri að ræða sem gætu haft áhrif á vitræna þætti og innsæi mættum við því væntanlega reikna með enn meiri mun í samanburði við upplýsingar fengnar með sjálfsmati og áhorfi.

Matstæki byggja ýmist á upplýsingum fengnum með sjálfsmati eða áhorfi og er fyrirgjöf framkvæmd með notkun kvarða. Svonefndir flokkunarkvarðar (sem eru reyndar ekki kvarðar þegar öllu er á botninn hvolft) eru oft notaðir til að flokka upplýsingar á spurninga- eða gátlistum t.d. varðandi kyn eða menntunarstig. Kvarðar matstækja geta ýmist haft raðkvarða eða mælikvarða eiginleika. Ég flokka matstæki með mælikvarða eiginleika hinsvegar sem mælikvarða. Sjá töflu 1 fyrir mismunandi tegundir kvarða.

Þegar matstæki eru valin er mikilvægt að huga að upphaflegum tilgangi matsaðferðarinnar. Þann tilgang þarf að hafa í huga við val og notkun hentugra matstækja. Er matstækið t.d. ætlað til markmiðssetningar eða er einnig hægt að endurmeta með því? Það eru ekki öll matstæki sem eru ætluð til að gera hvort tveggja. Hver er upphaflegur markhópur matstækisins og höfum við hugsað okkur að nota matstækið fyrir sama hóp? Eru atriði stöðluð og leiðbeiningar um

fyrirlögn, fyrirgjöf og úrvinnslu matstækisins til staðar? Þarf sérstaka þjálfun eða réttindi til að leggja matstækið fyrir? Hvers konar kvarða er um að ræða?

Við val á matstæki þurfum við einnig að velta fyrir okkur hvort upplýsingar um grundvallarrannsóknir á réttmæti og áreiðanleika liggi fyrir. Það er ekki nóg að einhver tilkynni okkur að matið sé áreiðanlegt. Hvað býr að baki slíkri yfirlýsingu? Við þurfum sjálf að velta fyrir okkur hvaða niðurstöður hafa fengist úr rannsóknunum. Við þurfum líka að vera fær um að átta okkur á því hvort gildi þeirra stuðla sem eru uppgefnir séu ásætlanleg, hvort réttar tölfræðiaðferðir hafi verið notaðar til útreikninga og rétt rannsóknarsnið. Ef þetta bregst segja stuðlarnir okkur ekki neitt af viti. Yuen og Austin (2014) gerðu kerfisbundna endurskoðun (e. systemic review) á próffræðilegum eiginleikum greina um matstæki sem birtust í bandaríska iðjuþjálfra tímaritinu (*American Journal of Occupational Therapy*) 2009–2013. Þar kemur m.a. fram að framfarir hafi orðið á próffræðilegum eiginleikum matstækja sem notuð voru í greiningum á þessu árabili, þó enn skorti oft á tengsl innri áreiðanleika við hugtakavídd (e. construct). Framfarirnar áttu sér stað í kjölfar sérstaks átaks í tilefni aldarafmælis fagsins. Einnig kom fram að úrtaksstærðir á áreiðanleika og réttmætisrannsóknnum séu oft of litlar. Auk þess að sýna eðli fjögurra tegunda af svonefndum „kvörðum“ sýnir tafla 1 dæmi um notkun þeirra og upplýsingar um hvaða tölfræðiaðgerðir henta eiginleikum hvers kvarða.

Hvaða tegund kvarða skyldi vera algengust í endurhæfingu? Það eru raðkvarðar (Fänge, Lanke og Iwarsson, 2004; Tesio, Simone og

Tafla 1. Eðli kvarða og eiginleikar*		
Kvarði	Dæmi	Tölfræði próf
Flokkunarkvarði (e. nominal)	Spurningalistar: Já/nei, Kyn: Maður/Kona, Sjúkdómsgreining Aldrei/stundum/alltaf	Úrtaksbundin (e. non-parametric): Kí-kvaðrat, Fishers exact, Kendall's tau
Raðkvarði (e. ordinal)	- Likert kvarði: (sammála/ósammála) - ADL kvarðar - Vöðvastyrkur: 0-5 - Sársauki: 0-10 - Meðvitundarstig 3-15	Úrtaksbundin: Kí-kvaðrat, raðfylgnisstuðull Spearmans, Mann-Whitney, Kruskal Wallis
Jafnbilakvarði (e. interval) = sama mælieining	- Hitamælar C° - Dynamometer: Griptstyrkur - AMPS logits - Greindarvísitala	Þýðisbundin (e. parametric): t-próf ANOVA: dreifigreining ANCOVA: samdreifigreining
Hlutfallskvarði (e. ratio) = sama mælieining og sami núllpunktur	- Blóðþrýstingur - Líkamsþyngd (kg) - Tímalengd eða aldur (min/ár) - Ummál útlíma (cm) - Gráður hreyfiferla	Þýðisbundin: t-próf, dreifigreining: ANOVA, samdreifigreining: ANCOVA Pearson fylgnistuðull

*Aðlagð frá Guðrúnu Árnadóttur (2003): Þróun matstækja: Stöðlun, réttmæti og áreiðanleiki í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum. Reykjavík: Háskólinn á Akureyri.

Tafla 6. Próffræðilegir eiginleikar matstækja LSH												
	MATSTÆKI											
	ACIS	A-ONE ADL/NB kvarði	AMPS	Barthel-Modified	Box and Block	COPM	LOTCA	MMSE	OCAIRS	OSA	Sensory Profile	SP School Companion
PRÓFFRÆÐI EIGINLEIKAR												
TÖLFRÆÐI EIGINLEIKAR												
Þróunaraðferð: Hefðbundin	X	X	-	X	X	X	X	X	X	-	X	X
Þróunaraðferð: NTT: Rasch	X	X	X	(X)	-	-	-	-	X	X	-	-
Stöðlun atriða: Úrtaksbundin	-	X	X	X	X	-	X	X	-	-	X	X
Stölnun atriða: Viðmiðsbundin	X	X	X	X	X	-	-	X	X	-	-	-
ÁREIÐANLEIKI												
Endurtekin prófun	-	X	X	X	X	X	-	X	-	X	-	X
Innri áreiðanleiki	X	X	X	X	-	-	X	X	X	X	X	X
Jafngildra útgáfa	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Atriðagreining	-	X	X	X	-	-	X	-	-	X	X	X
Áreiðanleiki matsmanna	X	X	X	X	X	-	X	X	X	-	-	-
Aðgreiningaskrá	X	X	X	-	-	-	-	-	X	?	?	-
Aðgreininga-áreiðanleiki	X	X	X	-	-	-	-	-	X	?	?	-
Mælivilla atriða/einstaklinga (SE)	X	X	X	-	-	-	-	-	X	X	?	-
RÉTTMÆTI												
Innihalds	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	X	(X)
Viðmiðsbundið	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X
Hugsmiða réttmæti*	X	X	X	X	-	(X)	X	-	X	X	X	X
Rasch greining	X	XXX	XXX	-	-	-	-	-	X	X	-	-
Vistfræðigildi	-	V1	V1	-	-	-	V1	-	-	-	-	-
RANNSÓKNARSNÍÐ												
Stuðlar/Gildi	-	X	X	-	X	-	1/2	1/2	-	1/2	1/2	-
HEIMILDIR / UMSÖGN ÓHÁÐRA	B**	B,G	B,G	B,G	B	B,G	B,G	B,G	B,G	B,G	B,G	-

Ath: Hér er merkt við þær rannsóknir sem fundust skráðar, en oft fylgdu ekki nákvæmar upplýsingar um stuðla og rannsóknarsnið þeirra. Því er ekki tekin ábyrgð á túlkun niðurstaðna í heimildum

* Hugsmiðaréttmæti byggir á mörgum rannsóknum sem fela í sér mismunandi aðferðir, og því ber að taka merkingar í töflunni með fyrirvara því þær byggjast í sumum tilfellum einungis á einni athugun

***Umsagnir „óháðra“ byggja ekki alltaf á óháðum upplýsingum. Í yfirlitsköflum og netumfjöllunum um matstæki er oft byggt á upplýsingum beint úr handbókum eða greinum höfunda

(X) = Vafi leikur á niðurstöðu, eða upplýsingar eru ekki nægilegar

XXX = Fleiri en ein tegund tölfraði athugana með Rasch greiningu hafa verið framkvæmdar

½ = Veikleiki t.d. í rannsóknarstuðlum, en bent á veikleika í heimild

matstæki sem ekki fylgja handbækur. Forrit voru notuð með tveimur matstækjum til úrvinnslu upplýsinga. Erfitt var í sumum tilfellum að fá umsögn óháðra og jafnvel til að afla heimilda um réttmætis og áreiðanleika rannsóknir. Staðhæft var í sumum handbókum að áreiðanleiki væri fyrir hendi, án þess að gefa upp nánari upplýsingar til að styðja staðhæfingarnar. Það tekur fjölda rannsókna að ákvarða áreiðanleika og réttmæti matstækja. Mikilvægt er að niðurstöður slíkra rannsókna séu aðgengilegar í ritrýndum fagtímaritum ef þær eiga að gagnast notendum.

Eins og sjá má á matstækjunum okkar á LSH eru raðkvarðarnir, eins og við var að búast, algengustu kvarðarnir. Í *Box and Block* matstækinu er tími notaður sem viðmið auk fjölda kubba. Eitt matstæki, *AMPS* byggir á mæligildum og annað byggir á mælieiningu (tíma) þó einingin sé ekki iðja. *A-ONE* og *OSA* hafa gengist undir rannsóknir sem sýna að þau eru tölfraðilega tilbúin til mælinga, en til þess að svo megi verða þarf viðbótarupp-

lýsingar annað hvort í formi umbreytitaflna eða tölvuforrita.

Flest matstækin voru þróuð með hefðbundnum próffræði aðferðum, en Rasch greining hefur þó bæði komið við sögu þróunar (sbr. *AMPS*) og umbreytingar kvarða. Frammistaða stöðlunarúrtaks hefur verið könnuð á flestum matsaðferðunum þrátt fyrir að slíkar upplýsingar séu ekki nauðsynlegar til mælinga nema fyrir ákvörðun þroskastaðla (Classen og Velozo, 2014).

Upplýsingar um áreiðanleika og réttmæti matstækjanna eru af mjög mismunandi gæðum. Stundum byggðu upplýsingar eingöngu á staðhæfingum sem hvorki voru studdar með stuðlum né gildum fyrir viðmið. Hafa ber í huga að merkingarnar í töflum 5 og 6 gefa einungis til kynna upplýsingar byggðar á handbókum eða tímaritsgreinum en það var alls ekki alltaf hægt að sannreyna hvort fullyrðingarnar í upplýsingunum stæðu undir merkjum. Einnig þarf að vara sig á orðaforða. Þó talað sé um

í handbók, eða jafnvel titlar matstækja gefi í skyn að um mælingu sé að ræða eins og t.d. *COPM*, þá þýðir það ekki endilega að verið sé að mæla neitt. Við þurfum að leiðrétta slíkan misskilning í okkar eigin rökleiðslu þegar við gagnrýnum aðferðir.

Hnókrar komu stundum fram á rannsóknarsniðum þegar grannt var skoðað. Í einni tímaritsgrein voru t.d. fjórir iðjubjálfar sagðir hafa metið níu sjúklinga á myndbandsupp-tökum með því að nota raðkvarða fyrir 14 þætti. Hér hefði þurft miklu fleiri sjúklinga til að rannsóknarsniðið gengi upp. Í rannsókninni var talað um „verulegan áreiðanleika“ þar sem áreiðanleikastuðlar fyrir 10 atriði af 14 hefðu spannað frá 0,318-0,812, en hinir fjórir (undir 0,318) verið í meðallagi (Kaplan, 1984; Lai, Haglund og Kielhofner, 1999). Þessi gildi gefa þó ekki til kynna „verulegan“ áreiðanleika. Annars staðar kom fram í grein um matstæki að fylgnistuðull Pearson (r), ætlaður fyrir þýðisbundnar tölfraðiaðgerðir tengdar mæligildum, hefði verið notaður til að meta áreiðanleika matsmanna sem gáfu fyrir á raðkvarða. Þá dettur manni fyrst í hug að þarna hefði frekar átt að nota úrtaksbundnar útgáfur fylgnistuðla t.d. fylgnistuðul Spearmans. En þegar um áreiðanleika matsmanna er að ræða er ekki einu sinni nóg að notast við fylgnistuðul Spearmans fyrir raðkvarða gildi, því ef matsmenn fylgjast að varðandi ósamræmi í fyrirgjöf (eru sammála um að þegar A gefur 1 þá gefur B 2) þá fæst fullkomin fylgni með þessari aðferð. Kappastuðull var hannaður til að taka á þessu útreikninga vandamáli varðandi það hversu sammála matsmenn eru í raðkvarðafyrirgjöf. Einnig kom fram notkun á prósentusamþykki sem tölfraði-aðferð til að reikna út áreiðanleika matsmanna í þeim upplýsingum sem farið var yfir í vinnusmiðjunum. En langt er síðan mælt var gegn notkun þess í bæði endurhæfingar rannsóknum á áreiðanleika matsmanna og endurmatsáreiðanleika (Ottenbacher og Tomchek, 1993).

Fyrir kom að tölur gefnar upp fyrir innri áreiðanleika matsþátta væru allt of lágar bæði á íslenskum og enskum stöðlum. Við þurfum að gera okkur grein fyrir mismunandi kröfum fyrir gildi áreiðanleikastuðla eftir tegund áreiðanleika. Þó fylgnistuðuls gildið 0.7 sé ásættanlegt fyrir „áreiðanleika matsmanna“ á einstaka atriðum kvarða, þá þýðir það ekki að þetta gildi sé ásættanlegt gildi fyrir „innri áreiðanleika“ kvarða. Því fer fjarri. Fram kom í umræðum að rangir

stuðlar höfðu verið notaðir við sumar áreiðanleika athuganir þegar eðli kvarðanna og val aðferða var borið saman. Stundum var t.d. innanflokksfylgnistuðullinn (e. intra class correlation) ætlaður fyrir mælingar notaður á raðkvarðagögn. Slíkt veldur röngum gildum, mjög háum stuðlum en enginn áreiðanleiki í hendi.

Einnig voru iðulega notuð lítil úrtök. Í Rasch greiningu þarf minnst 200 manns til að fá ásættanlegar niðurstöður þó hægt sé að nota lægri tölur í forathugun. Í einni handbók kom fram að Rasch greining hefði talist góð við 95% öryggismörk. Hvað varðar þá tegund innra réttmætis sem snýr að sniðgildi kvarða þá leyfa sumir fræðimenn sér tilviljanabundna villu upp á 5%, en ekki allir. Þetta þýðir að það sé möguleiki á að ásættanlegt sé að eitt atriði af 20 geti verið með hærra gildi en viðmiðið. Hins vegar kom fram t.d. á einum kvarða að þrjú atriði pössuðu ekki á 14 atriða kvarða (Haglund og Forsyth, 2013) og villan því orðin 21%. Slíkt er alls ekki í lagi, hvað sem handbókin segir. Rasch greining tekur til margra mismunandi greiningaraðferða eins og fram kom í inngangi þessarar greinar. Greining á innra réttmæti kvarða með einni einangraðri tölfraðiaðferð er ekki nægileg og slík grein myndi ekki fást birt í ritrýndum tímaritum, með ritrýnum sem hafa gott vald á tölfraði. Að greina innra réttmæti með einni tölfraði-aðferð er aðeins byrjun leitar að réttmæti en ekki fullnægjandi upplýsingar fyrir að réttmæti sé fyrir hendi. Umræður í vinnusmiðjunum um rannsóknarsnið, tölfraðiaðferðir og hvort fengin gildi standist viðurkennda staðla sýndu að full ástæða er til að skoða nánar matstæki þar sem vantaði á upplýsingar og leita frekari heimilda.

Fram kom í umræðum að frekari fræðsla um viðurkenndar tölfraðiaðferðir og gildi myndi vera gagnleg og full þörf væri á að bæta „læsi“ þjálfara á rannsóknarniðurstöðum. Sama þörf hefur komið fram hjá fleiri heilbrigðisstéttum. Af siðfræðilegum ástæðum ber iðjubjálfum að fylgjast með í faginu, auka við þekkingu og nýta nýfengna þekkingu jafnóðum í starfi (Iðjubjálfafélag Íslands [Siðareglur iðjubjálfa gr. 2.3], 2011). Þeim ber einnig að nýta rannsóknir og kenningar í starfi og axla ábyrgð á þróun iðjubjálfunar sem fræðigreinar (Iðjubjálfafélag Íslands [Siðareglur iðjubjálfa gr. 2.4], 2011). Þó iðjubjálfar spítalans séu langflestir með háskólagráður og yfirleitt annað hvort úr BS grunnnáminu frá Háskólanum á Akur-

eyri eða sérskipulagða BS náminu þaðan (tæplega ¾ hluti iðjubjálfanna), þá virðist vanta á að margir þeirra hafi nauðsynlegar upplýsingar á takteinum til að taka ákvarðanir um réttmæti og áreiðanleika rannsóknarniðurstaðna. Ég hef oft staðhæft að ekki þurfi allir þjálfarar að sinna rannsóknum, en við þurfum öll að hafa næga þekkingu til að meta klíniskar upplýsingar úr tímaritum eða bókum á gagnrýninn hátt, svo ekki sé hægt að matreiða þær fyrir okkur á rangan hátt.

Varðandi matstæki iðjubjálfa á LSH þá þarf að halda áfram að meta þau matstæki sem ekki voru hluti af þeim 12 sem gengust undir nánari greiningu í þessari umfjöllun. Upplýsingarnar þyrfti í framhaldinu að tengja við þjónustutöflur starfsstöðvanna þannig að við getum betur áttað okkur á hvað við höfum og hvað má bæta. Þannig fáum við hugmyndir sem nýta má við leit að viðbótar matstækjum ef með þarf. Vonandi gagnast þessi umfjöllun við frekari gagnrýni á matstækjum, bæði á starfsstöðvum iðjubjálfa á LSH og klíniskum iðjubjálfum í starfi utan LSH.

ÞAKKIR

Ég þakka iðjubjálfum LSH fyrir þátttöku í vinnusmiðjum og öflun upplýsinga. Einnig vil ég þakka Lillý H. Sverrisdóttur og Sigrúnu Garðarsdóttur fyrir veittan stuðning.

HEIMILDIR

American Educational Research Association (AERA); American Psychological Association (APA), National Council on Measurement in Education (NCME). (1999). *Standards for education and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.

Árnadóttir, G. (1990). *The Brain and behavior: Assessing cortical dysfunction through activities of daily living*. St. Louis: Mosby.

Árnadóttir, G. og Fisher, A.G. (2008). Rasch analysis of the ADL scale of the A-ONE. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(1), 51–60.

Árnadóttir, G., Löfgren, B. og Fisher, A.G. (2010). Difference in impact of neurobehavioural dysfunction on activities of daily living performance between right and left hemispheric stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine* 42, 903–907.

Classen, S. og Velozo, C. A. (2014). Critiquing assessments. Í Schell, B.A.B., Gillen, G. og Scaffa, M.E. (ritstjórar), *Willard & Spackman's occupational therapy* (12. útgáfa) (bls. 302–321). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Dunn, W. (2002). *Infant/Toddler Sensory Profile: User's Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Fänge, A., Lanke, J. og Iwarsson, S. (2004). Statistical assessment of changes in ADL dependence: Three-graded versus dichotomised scaling. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27, 305–309.

Fisher, A.G. og Jones, K.B. (2012). *Assessment of Motor and Process Skills vol.2: User Manual* (7. útgáfa). Fort Collins, CO: Three Star Press.

Granger, C. V. (1998). The emerging science of functional assessment: Our tool for outcomes analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 235–240.

Guðrún Árnadóttir. (2003). Þróun mælitækja: Stöðlun, réttmæti og áreiðanleiki. Í S. Halldórsdóttir og K. Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 411–444). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Guðrún Árnadóttir. (2008). Árangur af iðjubjálfun einstaklinga með taugaeinkenni: Hentug ADL matstæki. *Iðjubjálfinn*, 29(1), 28–39.

Guðrún Árnadóttir. (2010). *Measuring the impact of body functions on occupational performance: Validation of the ADL-focused Occupation-based Neurobehavioral Evaluation (A-ONE)*. (Doktorsritgerð, Háskólinn í Umeå, Svíþjóð, 2010). Medical Dissertations, New Series No. 1322.

Guðrún Árnadóttir. (2015). Vinnusmiðjur iðjubjálfa LSH: Umfjöllun um þjónustuferli og yfirliststöflur. *Iðjubjálfinn*, 36(1), 37–41.

Guðrún Árnadóttir og Sigrún Garðarsdóttir. (2015). Þjónustuyfirlit sem grundvöllur gæðaþróunar innan iðjubjálfunar. *Iðjubjálfinn*, 36(1), 26–32.

Guðrún Árnadóttir og Þorlákur Karlsson. (2013). Einliðasnið: Öflug leið til samhæfingar hagnýtrar vinnu og rannsóknna. Í S. Halldórsdóttir (ritstjórn), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 421–452). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Haglund, L. og Forsyth, K. (2013). The measurement properties of the Occupational Circumstances Interview and Rating Scale – Sweden (OCAIRS-S V2). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, 412–419.

Hewlett, S. (2003). Patients and clinicians have different perspective on outcome in arthritis. *Journal of Rheumatology*, 30, 877–879.

Iðjubjálfafélag Íslands. (2011). Siðareglur Iðjubjálfafélags Íslands. Sótt af: <http://www.ii.is/felagid/sidareglur-ithi/>

Itzkovich, M., Elazar, B., Averbuch, S., Katz, N. og Rahmani, L. (2000). *Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment LOTCA™ Manual second edition*. Pequannock NJ: Maddak.

Kaplan, K., (1984). Short-term assessment: The need and a response. *Occupational Therapy in Mental Health*, 4, 29–45.

Lai, J-S, Haglund, L. og Kielhofner, G. (1999). Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale: An examination of construct validity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13, 267–273.

Mathiowetz, V., Volland, G., Kashman, N. og Weber, K. (1985). Adult norms for the Box and Block Test of manual dexterity. *American Journal of Occupational Therapy*, 39, 386–391.

Merbitz, C., Morris J. og Grip, J.C. (1989). Ordinal

scales and foundation of misinference. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 70, 308–312.

Ottenbacher, K. J. og Tomchek, S. D. (1993). Reliability analysis in therapeutic research: Practice and procedures. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(1), 10–16.

Poole, J.L., Atanasoff, G., Pelsor, J.C. og Sibbit, W.L. (2006). Comparison of self-report and performance-based test of disability in people with systemic lupus erythematosus. *Disability and Rehabilitation*, 28, 653–658.

Powell, L. E. og Myers, A. M. (1995). The Activities-specific Balance Confidence (ABC) scale. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 50A, M28–34.

Sigrún Garðarsdóttir. (2015). Fagræð iðjubjálfunar á Landspítala: Þróunar og gæðastarf. *Iðjubjálfinn*, 36(1), 24–25.

Sonn, U., Törnquist, K. og Svensson, E. (1999). The ADL Taxonomi—from individual categorical data to ordinal categorical data. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6, 11–20.

Tesio, L., Simone, A. og Bernardinello, M. (2007). Rehabilitation and outcome measurement: Where is Rasch-analysis going? *Europa Medico-physics*, 43, 417–426.

Törnquist, K. og Sonn, U. (1994). Towards an ADL Taxonomi for occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1, 69–76.

World Health Organization. (2001). *The international classification of functioning disability and health*

– ICF. Geneva: World Health Organization.

Wright, B.D. og Linacre, J.M. (1989). Observations are always ordinal; Measurements, however, must be interval. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 70, 857–860.

Wæhrens, E. E. (2010). *Measuring quality of occupational performance based on self-report and observation: Development and validation of instruments to evaluate ADL task performance*. (Doktorsritgerð, Háskólinn í Umeå, Svíþjóð 2010). Medical Dissertations, New Series No.1349.

Wæhrens, E.E., Bliddal, H., Danneskiold-Samsøe, B., Lund, H. og Fisher, A.G. (2012). Differences between questionnaire- and interview-based measures of activities of daily living (ADL) ability and their association with observed ADL ability in women with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis, and fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 41(2), 95–102.

Wæhrens, E. E. og Fisher, A. G. (2009). Developing ADL ability measures based on the ADL Taxonomy: A Rasch analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16, 159–171.

Yuen, H. K. og Austin, S. (2014). Systematic review of studies on measurement properties of instruments for adults published in the American Journal of Occupational Therapy, 2009–2013. *The American Journal of Occupational Therapy*, 68(3), e97–106.

RANNSÓKNARGREIN

Guðrún Árnadóttir, PhD, MA, BMROT hefur umsjón með þróunar og rannsóknarvinnu iðjubjálfa á Landspítala. Hún er einnig klínískur dósent við læknadeild Háskóla Íslands.

Lilly H. Sverrisdóttir, er iðjubjálfi á Landspítala Grensási.



ÞJÓNUSTUYFIRLIT OG KLÍNÍSK VINNA IÐJUBJÁLFA

Í framhaldi athugunar á klínisku starfi iðjubjálfa benti Fisher (1998) á að iðjusýnin væri ekki alltaf augljós. Út frá athugininni lýsti hún sex mismunandi flokkum birtingamyndar íhlutunar í hinu klíniska starfi og styrkti athuginin hugmynd hennar um að þörf væri á nýju þjónustuferli þar sem ríkari áhersla væri lögð á iðjumiðaða nálgun. Hún þróaði því þjónustuferli nefnt *Occupational Therapy Intervention and Process Model* (OTIPM). Sjá nánar um þjónustuferli í greinaflokki iðjubjálfans frá Landspítala (LSH) síðastliðið ár (Guðrún Árnadóttir, 2015; Guðrún Árnadóttir og Sigrún Garðarsdóttir, 2015). Í matslotu þjónustuferlisins endurspeglast áhersla á iðjusýn sem felur m.a. í sér áhorf, framkvæmdagreiningu (e. performance analysis) og athafnagreiningu (e. task analysis). Í Eleanor Clarke Slagle fyrirlestri sínum (1998) fjallaði Fisher um þjónustuferlið og einnig um hugmynd sína að samfellum (e. continuum) sem væru einkennandi fyrir athafnir notaðar við íhlutun sem iðjubjálfar nota. Hún mælti með að iðjubjálfar skoðuðu athafnir sem þeir notuðu í íhlutun sinni og staðsettu þær út frá samfellunum. Tvær samfellanna sem hún þróaði tengja uppruna tilgangs og merkingar við þjálfara og skjólstæðing. Þriðja samfellan er notuð til að kanna hversu iðjumiðuð (e. occupation

focused) íhlutunin er, þ.e. hvort miðað er út frá framkvæmd iðju eða lækningu einkenna (e. remediation). Fjórða samfellan byggir síðan á vistfræðilegum sérkennum athafnanna sem notaðar eru við íhlutunina, þ.e. hvort um er að ræða tilbúnar æfingar, tæki eða töl sem eru úr tengslum við iðju eða eðlilegar athafnir framkvæmdar við náttúrulegar aðstæður. Fyrsti höfundur þessarar greinar hefur á námskeiðum sínum á undanförunum árum útfært hugmynd Fisher að samfellum fyrir íhlutunar athafnir til að athuga matsaðferðir notaðar í iðjubjálfun. Í þeim tilgangi voru útbúnaðar samfellur til að lýsa matstækjum iðjubjálfa. Einnig notaði höfundurinn OTIPM þjónustuferlið (Fisher, 1998; 2009) til að byggja upp þjónustuyfirlitstöflu fyrir starfsemi iðjubjálfa á Grensási. Þjónustuyfirlit má nýta í ýmsum tilgangi. Vandlega uppbyggð, geta þjónustuyfirlit:

- Gefið mynd af eðli og gæðum hinna mismunandi þátta þjónustu.
- Veitt upplýsingar um þætti sem betur mættu fara.
- Auðveldað samanburð við þjónustu annarra iðjubjálfadeilda.
- Knúið fram hugmyndir um æskilega framþróun þjónustu og fagmennsku iðjubjálfa.
- Auðveldað útskýringar á þjónustu iðju-

þjálfa viðkomandi starfsstöðvar fyrir iðjubjálfanema, nýja iðjubjálfa, starfsfólk, almenning, annað fagfólk og nema annarra starfsstétta sem koma til að fræðast um iðjubjálfun.

Upplýsingagrunnur, útbúinn til að meta gæði og auðvelda yfirsýn yfir helstu þjónustubætti iðjubjálfa á Grensási, nær yfir matsaðferðir og íhlutunarleiðir. Yfirlitstaflan sem byggð var á upplýsingagrunninum samþættir:

- Þrep OTIPM þjónustuferlisins.
- Matsaðferðir sem notaðar eru við greiningu.
- Mismunandi leiðir, nálganir og aðferðir til íhlutunar.

Upplýsingar voru skráðar í töfluna samkvæmt vinnuvenjum iðjubjálfa (Guðrún Árnadóttir og Sigrún Garðarsdóttir, 2015). Yfirlitstaflan hefur þegar verið notuð við fræðslu iðjubjálfanema og nýrra iðjubjálfa og sem líkan fyrir þjónustuyfirlit annarra starfsstöðva.

Tilgangur þessarar umfjöllunar er þrenns konar. Í fyrsta lagi að útfæra matslotu yfirlitstöflunnar frekar og tengja hana við sérútbúnaðar samfellur til að lýsa matstækjum. Í

FRÁ SIÐANEFND

Umfjöllun um siðareglu 2.1

2.1. Iðjubjálfi vinnur samkvæmt hugmyndafræði og sjónarmiðum iðjubjálfunar, axlar þá ábyrgð og virðir þau takmörk sem fylgja menntun hans og starfi.

Það er ekki tilviljun að heilbrigðisstéttir sem og ýmsar aðrar fagstéttir hafa búið sér til siðareglur. Fagleg störf eru oft flókin en um leið viðkvæm og krefjast nákvæmni. Það er mikilvægt að hafa viðmið í kringum starfshlutverkið sem allir eiga að sameinast um. Hver einstaklingur sinnir mörgum hlutverkum í daglegu lífi og því gott að starfshlutverkið sé vel skilgreint. Siðareglur starfsstéttar eru til að minna á hvað felst í því að vera fagmanneskja. Í 2.1 grein siðareglna iðjubjálfafélags Íslands er talað um mikilvægi þess að unnið sé samkvæmt sjónarmiðum og hugmyndafræði iðjubjálfunar og ábyrgð tekin á því sem það hefur í för með sér og takmörk virt.

Sem iðjubjálfar, fagmanneskjur, má segja að við séum komin með ákveðinn hatt sem við setjum á okkur þegar við sinnum starfshlutverkinu. Námið, prófskírteinið, samþykkt heilbrigðisráðuneytis og ráðningarsamningur fyrirtækis leggur okkur skyldur á herðar og opnar um leið tækifæri. Það eru gerðar kröfur til fagmanna og væntingar um ákveðna þjónustu. Við þurfum að skýra út í hverju hún felst og vera meðvituð um hvar mörkin liggja.

Við þurfum að vita hvar takmörk okkar sem iðjubjálfar liggja því oft geta þau verið óljós og skarast jafnvel við aðrar starfsstéttir. Það er því hluti af starfsþróun að þróast sem fagmanneskja sem veit fyrir hvað hún stendur og hvar ábyrgð hennar liggur. Hlutverkin eru mörg í lífinu og faghlutverkið er eitt af því. Það er gott að rifja upp reglulega hvað í því felst. Endurmenntunin skiptir þar máli og siðareglurnar eru einnig góður leiðarvísir.

F.h. siðanefndar IPÍ
Guðrún Áslaug Einarsdóttir, iðjubjálfi og guðfræðingur

öðru lagi að útfæra íhlutunarlotu yfirlitstöfl-unnar með því að bæta við sex mismunandi athafnaflokkum notuðum við íhlutun. Í þriðja lagi að gera forkönnun á því hvernig iðjuþjálfar á Grensási flokka athafnir sem þeir nota við íhlutunarvinnu sína í skrán-ingu.

AÐFERÐ

Upplýsingar úr matslotu þjónustuyfir-litstöflu iðjuþjálfá á Grensási voru tengdar samfellum útbúnum af fyrsta höfundi þess-arar greinar til að skoða og flokka matstæki. Um er að ræða fjórar samfellur sem ná yfir atriðagrunn (e. item base), atriðamið (e. item focus), upplýsingaform (álestur, við-tal, gátlisti, spurningalisti, áhorf iðju) og upplýsingaaðila (skjólstæðingur, aðstand-endur, kennarar, annað heilbrigðisstarfs-fólk, iðjuþjálfí). Notaðar voru upplýsingar úr matslotu upphaflegu yfirlitstöflunnar (Guðrún Árnadóttir, Sigrún Garðarsdóttir, 2015) sem sést á mynd 1. Einnig var stuðst við samantekt úr vinnusmiðjum iðjuþjálfá á LSH um matstæki þeirra sem birtist annars staðar í þessu blaði. Í töflu 1 má sjá stutta lýsingu á hverju matstæki fyrir sig.

Upplýsingum um flokkun bandaríska iðju-þjálfafélagsins (American Occupational Therapy Association, 2014) á tegundum iðju (ADL, IADL, nám, atvinna, leikir, tómstundir, félagsleg þátttaka, hvíld og svefn) og flokkun Fisher á íhlutun iðjuþjálfá (undirbúningur, beinar æfingar, eftirlíking iðju, lagfærandi iðja, áunnin iðja, aðlöguð iðja) var bætt við íhlutunarþátt yfirlitstöflunnar. Sjá mynd 2 fyrir endurnýjun íhlutunarlotu töflunnar. Flokkun íhlutunar út frá iðjusýn var síðan notuð til að taka saman tölfraðilegar upp-lýsingar um hversu mikil iðjusýn kemur fram í starfseminni. Leiðbeiningar voru útbúnar um hvernig nota mætti skilgrein-ingar á flokkunum sex til að flokka íhlutun þjálfara, og skráningarform til gagnaöflunar (sjá töflu 2 fyrir flokkana og tengd dæmi). Fimm iðjuþjálfar á Grensási, þar af þrír í fullu starfi, skráðu vinnu sína með sjúklingum¹ á eyðublöðin út frá athafnaflokkum töfl-unnar á einnar viku tímabili. Sjá dæmi úr hluta skráningarforms upplýsinga á mynd 3. Samráð var haft um hvernig flokka skyldi þær athafnir sem notaðar eru til íhlutunar á deildinni. Í framhaldinu voru reiknuð út prósentustig fyrir hvern íhlutunarflokk.

ÞJÓNUSTUYFIRLIT FYRIR IÐJUÞJÁLFUN Á GRENSÁSI			
ÞÆTTIR OTIPM Þjónustuferlis Fisher	AÐGERÐALÝSING		
	ÓFORMLEG	MATSTÆKI	MÆLITÆKI
MATSLOTA 1. Iðja – aðstæður Skjólstæðingssýn Styrkleikar/erfiðleikar	Heimatilbúinn viðtals gátlisti	- COPM* - OSA*	
MATSLOTA 2. FRAMKVÆMDAGREIN-ING (e. PERFORMANCE ANALYSIS)	- Framkvæmda-greining skv. AMPS* - A-TWO* smíða-verkefni - A-TWO* súpuþróf - Ökumat - Áhorf	A-ONE-ADL* kvarði	- AMPS* - A-ONE-ADL* kvarði
MATSLOTA 3. ATHAFNAGREINING (e. TASK ANALYSIS)	- Heimilisathugun - Lumosity - Setstöðugreining - Skynþróf	- A-ONE-NB* kvarði - Sollerman	- A-ONE-NBI* kvarði - Dynamomælir - Box and Block - Purdue Pegboard - Pinchmælir - Liðmælar - Þrýstingsmotta
<i>*AMPS = Assessment of Motor and Process skills; A-ONE = Activity-focused Occupation-based Neurobehavioral Evaluation; ADL = Activities of Daily Living; A-TWO = Tilgátuprófun byggð á A-ONE; COPM = Canadian Occupational Performance Measure; NB = Neurobehavioral; NBI = Neurobehavioral Impact; OSA = Occupational Self Assessment.</i>			

Mynd 1. Matslota þjónustuyfirlits Grensáss. Birt með leyfi höfundar, Guðrúnar Árnadóttur, 2016.

ÍHLUTUNARLOTA 4. VELJA LÍKAN	NÁLGUN/ SÉRTÆKT LÍKAN	IÐJU/ÍHLUTUNAR FLOKKUR	DÆMI UM AÐFERÐ
A. JÖFNUNARLÍKAN LEIÐ: Koma til móts við skerta getu	Endurhæfingar-líkan	AÐLÖGUÐ IÐJA Tilsögn í breyttum framkvæmda aðferðum við mismunandi iðju UNDIRBÚNINGUR LÍKAMSHLUTA FYRIR ÆFINGAR	- ADL/IADL - Hjálpartæki/spelkur - Aðlögun aðferða/umhverfis - Ráðleggingar varðandi heimilis-breytingar/réttindi - Vinnuhagræðing/ vinnustellingar/ jafnvægi í daglegu lífi - Leiðbeina/fræða stuðningsaðila
B. LEIKNILÍKAN LEIÐ: Endurheimta/ þróa framkvæmda-þætti: - Hreyfiþættir - Verkferliþættir - Boð- og samskipta þættir	- Lífaflfræði líkan - Atferlismótun - Líkan Giles um taugastarfsemi	ÁUNNIN IÐJA - ADL - IADL - Starfsþjálfun - Námsþjálfun - Tómstunda-starfsemi - Félagsleg þátttaka - Hvíld	- Að klæðast/ snyrta/borða/ fara um - Eldhúsþjálfun/ þrif/pvottur - Æfingaíbúð, íhlutun utan starfs-stöðvar - Handverk - Líkamsbeiting/vinnustellingar - Handleggs/ handarþjálfun - Hugfimi - Slökun/jafnvægi í daglegu lífi - Ráðgjöf/ tilsögn/fræðsla - Andlegur stuðningur/ sálfélagsleg þjálfun
C. LAGFÆRINGALÍKAN LEIÐ: Endurheimta/ þróa einstaklings-þætti eða líkamsstarfsemi	- Hugræn hreyfistjórnun Kvarttettalíkan - Lífaflfræði líkan - Samspil skynsviða - Skynhreyfi-nálganir - Verkmiðuð nálgun - Víxlverkunar-líkan	LAGFÆRANDI IÐJA - ADL - IADL - Starfsþjálfun - Námsþjálfun - Tómstunda-starfsemi - Félagsleg þátttaka EFTIRLÍKING IÐJU UNDIRBÚNINGS-ÆFINGAR - Beinar æfingar fyrir líkams-starfsemi	- Að klæðast/ snyrta/borða/fara um - Eldhúsþjálfun/þrif/pvottur - Handverk - Handarþjálfun - Líkamsbeiting/vinnustellingar - Hugfimi - Andlegur stuðningur/ sálfélagsleg þjálfun - Spelkur
D. FRÆDSLULÍKAN LEIÐ: skipuleggja/ veita fræðslu	Kennslufræði	Hópfræðsla	- Aðstandendafræðsla - Sjúklingafræðsla - Fræðsla fagfólks (innan/utanhúss).

Mynd 2. Endurbætt íhlutunarlota þjónustuyfirlitstöflu iðjuþjálfunar á Grensási.

Birt með leyfi höfundar, Guðrúnar Árnadóttur, 2016.

NIÐURSTÖÐUR

Niðurstöðum þessarar umfjöllunar má skipta í tvennt. Annars vegar upplýsingar tengdum matstækjum í matslotu og hins-vegar upplýsingar um sjúkdómsgreiningar sjúklinga og flokkun íhlutunarupplýsinga frá þjálfurum í forþrófuninni.

Matslota

Fjórar samfellur voru útbúnar til að hægt væri að skoða þær matsaðferðir sem not-aðar eru í matslotu þjónustuyfirlitstöflu iðjuþjálfá á Grensási út frá atriðagrunni, atriðamiði, upplýsingaformi og aðila sem aflaði upplýsinganna. Myndir 4-6 sýna stað-

Tafla 1. Yfirlit matsaðferða.	
MATSADFERÐ	LÝSING
Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (Fisher og Jones, 2012)	Áhorfsmatstæki með mælieiginleika notað til að meta framkvæmdaþætti út frá framkvæmdagreiningu ADL og IADL athafna. Tveir kvarðar yfir hreyfiþætti (16 atriði) og þætti verkferlis (20 atriði). Iðjuþjálfar meta og skrá upplýsingar á raðkvarða. Raðkvarða upplýsingum er umbreytt í logit mælieiningar með notkun tölfraði forrits byggðu á Rasch greiningu.
ADL-focused Occupation-based Neurobehavioral Evaluation (A-ONE) (Árnadóttir, 1990; 2016)	Staðlað áhorfsmatstæki þar sem áhrif taugaeinkenna á framkvæmd iðju eru metin út frá framkvæmdavillum og klín-ískri rökleiðslu með tveimur raðkvörðum. Annar kvarðinn er notaður til að meta ADL færni (22 atriði) og hinn tauga-einkenni sem takmarka framkvæmd (77 atriði). Kvarðarnir hafa verið Rasch greindir og eru nothæfir til mælinga en umbreytingatöflur eru enn eingöngu notaðar til rannsókna.
Tilgátuprófun byggð á A-ONE (A-TWO): Smíðaverkefni (A-TWO verkgreining I)	Staðlaðar leiðbeiningar fyrir smíðaverkefni, þar sem áhorf er notað við óstaðlaða athafnagreiningu til að meta færni og einkenni sem takmarka færni. Iðjuþjálfí notar áhorf og skráir upplýsingar út frá A-ONE fræðum með því að setja fram tilgátur án staðlaðra atriða. Niðurstöður eru lýsandi.
Tilgátuprófun byggð á A-ONE (A-TWO): Súpuþróf (A-TWO verkgreining II)	Staðlaðar leiðbeiningar fyrir eldhúswerkefni, þar sem áhorf er notað við athafnagreiningu til að meta færni og einkenni sem takmarka framkvæmd við að laga súpu. Iðjuþjálfí notar áhorf og skráir upplýsingar út frá A-ONE fræðum með því að setja fram tilgátur. Atriði hafa verið stöðluð, en engar rannsóknir gerðar til að tryggja réttmæti og áreiðanleika. Niðurstöður eru lýsandi.
Box and Block (Mathiowetz, Volland, Kashman og Weber, 1985)	Matstæki þar sem iðjuþjálfí horfir á skjólstæðing framkvæma verkefni til að meta handlagni við handar- og hand-leggshreyfingar. Kubbar eru færðir, með annarri hendi í einu, milli hólfa eins hratt og hægt er. Fjöldi kubba sem kastað er yfir hólfaskil á einni mínútu er skráður og hægt að bera niðurstöður við staðla frá bandarísku stöðlunarúr-taki.
Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko og Pollok, 1995)	Iðju- og skjólstæðingsmiðaður hálfstaðlaður viðtalsrammi þar sem sjúklingur (eða einhver fyrir hans hönd) tekur fram hvaða athafnir (max fimm) hann vill auka færni sína við í þjálfun. Tveir tíu þrepa raðkvarðar eru síðan notaðir til að skrá frammistöðu og ánægju með framkvæmdina á lýsandi hátt.
Dynamometer	Mælitæki til að meta gripkraft þar sem iðjuþjálfí leiðbeinir um notkun og skráir mælieiningar í pundum eftir álestur og samanburð við staðla.
Heimilisathugun	Óstaðlaður heimatilbúinn umhverfismiðaður gátlisti með 32 atriðum sem iðjuþjálfí merkir við eftir að hafa skoðað aðstæður á heimili með eða án sjúklings. Skráðar eru lýsandi upplýsingar þar sem þörf er á.
Liðmælir	Mælitæki þar sem iðjuþjálfí staðsetur liðmæli og skráir mælieiningar í gráðum eftir álestur.
Lumosity	Vefsíða með fjölda leikja sem eru sérstaklega hannaðir til að reyna á vitræna þætti, s.s. athygli, minni, rökhugsun, hraða og sveigjanleika í hugsun. Einstaklings aðgangur tryggir að leikirnir séu á því erfiðleikastigi sem viðkomandi ræður við. Geta er metin jafnóðum og fólk spilar (t.d. tvískipt athygli á skjá, eða minni) og hækkar erfiðleikastig ver-kefna sjálfkrafa eftir frammistöðu (t.d. stækkar sjónsviðsflötur og hlutir hverfa hraðar af skjá eða fleiri hlutir birtast í einu allt frá fjórum upp í 35. Veitir upplýsingar sem hægt er að nýta sem matsaðferð á lýsandi en óstaðlaðan hátt, eða til að þjálfá líkamsstarfsemi.
Mat á eigin iðju (Occupational Self Assessment (OSA)) (Baron, Kielhofner, Lyenger, Goldhammer og Wolenski, 2006)	Staðlaður iðju- og skjólstæðingsmiðaður spurningalisti fylltur út af skjólstæðingi. Spurningum er svarað á fjögurra þrepa raðkvarða. Niðurstöður eru skráðar á færni- og gildiskvarða. Upplýsingar á raðkvörðunum eru lýsandi. Kvarðarnir eru Rasch greindir.
Óstaðlað viðtal	Óstaðlaður heimatilbúinn gátlisti fyrir skjólstæðingsmiðaða upplýsingaöflun. Samanstendur af 18 umræðupunktum.
Óstöðluð framkvæmdagreining byggð á AMPS	Framkvæmdagreining á óstöðluðum athöfnum út frá skilgreiningum á AMPS framkvæmdaþáttum. Byggir á áhorfi iðjuþjálfá við framkvæmd verkefna. Niðurstöður eru lýsandi.
Pinchmælir (Mathiowetz, Kashman, Volland, Weber, 1985)	Mælitæki notað til að meta gripkraft við mismunandi fingragrip. Iðjuþjálfí leiðbeinir um notkun og skráir mæliein-ingar í pundum eftir álestur og samanburð við staðla.
Purdue Pegboard (Lafayette instrument), <i>http://www.lafayettepolygraph.com/</i>	Áhorfsmatstæki (bretti með stöðluðum fylgihlutum) til að mæla samhæfingu hreyfinga og hraða við handfjötlan fingerðra hluta (rær, skráfur, skinnur). Fyrimæli og skráning eru stöðluð. Niðurstaða byggir á fjölda pinna á 30 sek og samanburð við staðla í handbók.
Setstöðugreining (Setstöðuráðgjöf hjálpartækjamið-stöðvar SL, 2011)	Gátlisti til að meta þætti sem hafa áhrif á setstöðu í hjólastól, svo sem liðleika og hryggскеkkjur.
Skynþróf	Óstöðluð skoðun snertiform- og snertiskynþátta. Sjúklingur lýsir hlutum í hendi og nefnir þá án þess að beita sjón-inni. Segir einnig til varðandi snertingu. Niðurstaða veitir lýsandi upplýsingar skráðar af iðjuþjálfá.
Sollerman (Sollerman og Ejeskär, 1995)	Einkennamiðað áhorfs matstæki til að meta handarfærni (gæði mismunandi gripa og hraða við handfjötlan hluta á afmörkuðum tíma). Gefið er fyrir á fimm þrepa raðkvarða og upplýsingar því lýsandi.
Þrýstingsmotta (Vermeer, 2008)	Tölvutengt einkennamiðað áhorfs mælitæki sem gefur upp áhrif þrýstings á setflöt í mmHg. Niðurstöður birtast einnig myndrænt svo auðvelt er að koma auga á áhættusvæði.
Ökumat: Mat á færni við akstur – Gátlisti (Lilja Ingvars-son og Sigrún Garðarsdóttir, 2006)	Gátlisti með 26 atriðum sem iðjuþjálfí metur á þriggja þrepa raðkvarða út frá áhorfi í akstursmati með ökukennara. Atriði skiptast í fjóra flokka, en vægi þátta á listanum er mismunandi (almenn aðgát, akstur, lög og reglur, samhæfing framkvæmdaþátta og verkefnis). Nauðsynlegt er að ná lágmarks frammistöðu á lykilatriðum listans.

Íhlutunarflokkar í klínískri vinnu iðjuþjálfá: Tímaskrá*						
	I Undirbúningur fyrir iðju	II Æfingar líkamsþátta	III Eftirlíking iðju	IV Lagfærandi iðja	V Áunnin iðja	VI Aðlöguð iðja
Sjúklingur						
1	15	15				
2	20		25			
3					40	10
4				10	50	10
5				30	120	
6				50		
*Tímæining er mínútur. Dæmi um tölur byggja á raunverulegri skráningu iðjuþjálfá í íhlutunar flokka.						

Mynd 3. Skráningarform upplýsinga.

setningu matsaðferðanna á samfellum yfir atriðagrunn, atriðamið og upplýsingaform. Mynd 4 sýnir að atriðagrunnur matsaðferða skiptist nokkuð jafnt í þrennt. Þriðjungur

aðferða var með atriði tengd einkenna- eða umhverfisgrunni. Annar þriðjungur skipt-ist á milli matsaðferða, þar sem umgjörð atriðanna var eftirlíking af iðju eða spurn-

ingar sem tengdust iðju. Síðasti þriðjungur matsaðferðanna byggði svo á iðjugrunni eða iðju-umgjörð. Samkvæmt skilgrein-ingum (Fisher, 2013; Wæhrens, 2010), geta einungis áhorfsmatstæki flokkast undir iðjugrunn eða umgjörð. Áhersla matsat-riða getur hins vegar verið iðjumiðuð þótt atriðin grundvallist á spurningum á lista. Einnig geta atriði með iðju-umgjörð ýmist miðað að iðju, einkennum eða umhverfi eins og fram kemur á mynd 5. Mynd 6 sýnir að algengasta form matsaðferða eða kvarða séu matstæki þar sem gildi eru lesin af kvarðanum. Fáir spurningalistar, gátlistar og viðtalsrammar eru í notkun, en tæplega helmingur matsaðferða felur í sér iðjumiðuð

^[1] Orðið sjúklingur er skilgreint í Lögum um heilbrigðisstarfsmenn (1. kafli, 2. gr., 2012) sem notandi heilbrigðisþjónustu. Sú skilgreining orðsins er notuð í þessari grein.

Tafla 2. Íhlutunarflokkar í klínískri vinnu iðjubjálfa*	
FLOKKUR	TILGANGUR
Flokkur I: Undirbúningur fyrir þátttöku í tilgangs-bundnum athöfnum daglegs lífs (e. Preparation) - Óvirkar (<i>passivar</i>) æfingar - Iðjubjálfi stingur upp á og framkvæmir alla þjálfun - Sjúklingur er aðgerðalaus þátttakandi	- Miðar að því að endurheimta eða lagfæra líkams-starfsemi - Athafnir sem notaðar eru hafa ekki beina þýðingu eða tilgang fyrir sjúklinginn, fyrir utan að þjálfarinn hefur upplýst hann um hvernig það sem gert er kemur að gagni síðar við ADL
Flokkur II: Æfingar til þjálfunar sérstakra þátta líkamsstarfsemi (e. Rote Practice/Exercise) - Beinar æfingar til að hafa áhrif á t.d. gróf- og fínhreyfingar, skynjun, styrk og framkvæmdafærni sem undirbúningur fyrir þátttöku í tilgangsbundnum athöfnum - Iðjubjálfi stingur upp á verkefnum	- Miðar að endurheimt, lagfæringu eða viðhaldi á líkamsstarfsemi - Athafnir sem notaðar eru, hafa ekki beina þýðingu eða tilgang fyrir sjúklinginn, fyrir utan að þjálfarinn hefur upplýst hann um hvernig það sem gert er, kemur að gagni síðar við ADL
Flokkur III: Eftirlíking iðju (e. Simulated Occupation) Iðjubjálfi kemur með hugmyndir um hvernig hægt sé að líkja eftir tilgangsbundnum athöfnum við aðstæður þar sem ekki er hægt að nota raun-verulegar athafnir eða iðju	- Miðar að endurheimt, lagfæringu eða viðhaldi á líkamsstarfsemi - Tilgangi hefur verði bætt við beinar æfingar
Flokkur IV*: Lagfærandi iðja (e. Restorative Occupation) - Notkun raunverulegra athafna í eðlilegu umhverfi til að draga úr einkennum og auka færni - Sjúklingur tekur virkan þátt í íhlutunar athöfnum - Ráðgjöf, kennsla og nám sem byggir á endurtekn-ingu framkvæmdar	- Miðar að lagfæringu á líkamsstarfsemi (eða að dregið sé úr áhrifum einkenna) - Fyrirbyggja færniskerðingu og viðhalda færni - Sjúklingur velur sjálfur athafnir sem skipta hann máli og hann á erfitt með að framkvæma - Framkvæmd í raunverulegu umhverfi - Verk og form leiðbeininga eru aðlöguð út frá getu sjúklings
Flokkur V*: Áunnin iðja (e. Acquisitional Occupation) - Lítur sömu skilgreiningu og endurbætandi iðja að öðru leyti en því að ávinningurinn tekur einungis mið af framkvæmdafærni en ekki einkennum - Sjúklingur tekur virkan þátt í athöfnum. Notkun raunverulegra athafna í eðlilegu umhverfi, ráðgjöf og kennsla	- Miðar að því að viðkomandi geti tekið þátt í og við-haldið framkvæmdafærni fyrir athafnir fólks á sama aldri, kyni og menningarheimi - Verkefni eru aðlöguð - Sjúklingur velur sjálfur þau verkefni sem hann hefur áhuga á - Munur á milli flokka IV og V liggur í klínískri rökleiðslu þjálfara
Flokkur VI*: Aðlöguð iðja (e. Adaptive Occupation) - Sjúklingur tekur virkan þátt í raunverulegum athöfnum sem snúast um notkun breyttra aðferða og notkun hjálpartækja - Sjúklingur velur sjálfur þau verkefni sem hann hefur áhuga að vinna með í eðlilegu umhverfi - Ráðgjöf og kennsla	Miðar að notkun breyttra aðferða, aðlögun umhverfis og/eða notkun hjálpartækja til að draga úr áhrifum færniskerðingar og auka færni

**Þjónusta iðjubjálfa ætti að stærstum hluta að snúast um markvissa notkun þýðingarmikillar iðju, þ.e. athafnaflokka fjögur til sex, þar sem kröfur eru auknar og dregið úr vísbendingum við framför (byggt á gögnum frá Fisher, 1998, 2009).*

ATRÍÐAGRUNNUR MATSAÐFERÐA		
Einkenni / Umhverfi	Eftirlíking iðju	Iðja
Dynamometer	Box and Block	A-ONE ADL/NB/NBI
Heimilisathugun		AMPS
Liðmælir	Lumosity	A-TWO I og II
Pinch mælir	OSA	Framkv. gr.
Setstöðugreining	Óstaðlað viðtal	Óstaðlað áhorf
Skynpróf	Purdue Pegboard	Ökumat
Þrýstingsmotta	Sollerman	

Mynd 4. Samfella yfir atriðagrunn matsaðferða (base). *Ath. Matsaðferðir eru staðsettar út frá samfelli, ekki út frá dálkum.*

áhorfsmatstækí. Sjúklingar, aðstandendur eða aðstoðarfólk þeirra voru þeir upp-lýsingaaðilar sem svöruðu spurningum í þremur matsaðferðum af 22, þ.e. COPM, OSA og óstöðluðu viðtali. Iðjubjálfi sá um skráningu og fyrirgjöf upplýsinga á öllum öðrum matstækjum í notkun.

Íhlutunarlota

Fimm iðjubjálfar flokkuðu íhlutunarupplýs-ingar í flokkana sex. Hver iðjubjálfi skráði upplýsingar yfir fimm daga tímabil. Saman-lagt voru skráningar fyrir 142 íhlutunarskipti þar sem iðjubjálfar höfðu veitt sjúklingum

sínum íhlutun. Rúmlega helmingur sjúk-linganna eða 21 af 40 höfðu fengið heila-blóðfall. Sex höfðu greinst með áverka, fimm með sykingar, þrír með mænuskaða, tveir voru hjartveikir og jafnmargir með krabbamein. Einn hafði greinst með tauga-hrörnunar sjúkdóm. Þessar upplýsingar ásamt dreifingu íhlutunar þjálfaranna í flokka og prósentustig fyrir samtölu íhlut-unar í mínútum í hverjum flokki má sjá í töflu 3. Meirihluti, eða 67% þess tíma sem varið var til íhlutunar tengdist flokkum IV, V og VI, sem allir snúast um iðju. Af þessum 67% flokkuðust tæp 40% undir flokk V

fyrir áunna iðju. Flokki tvö fyrir æfingar til þjálfunar sérstakra þátta líkamsstarfsemi tilheyrðu 27% af íhlutunartíma, en litlum tíma var hinsvegar eytt í íhlutunarflokka I og III. Tafla 4 sýnir dæmi um tegund athafna sem notaðar voru í hverjum íhlutunarflokki á tíma gagnasöfnunar á Grensási.

Hægt er að bera þessar upplýsingar yfir athafnir þær sem notaðar eru til íhlutunar iðjubjálfa á Grensási við upprunalegu íhlut-unarsamfellur Fisher yfir athafnir (1998, 2009). Sjá myndir 7-9 af íhlutunarsam-fellum yfir vistfræðilegt gildi (e. ecological relevance), tengsl við daglegt líf og áherslu (e. focus) íhlutunarathafna.

UMFJÖLLUN OG NIÐURSTAÐA:

Samfellur matsaðferða sýna nokkuð jafna þrískipta dreifingu út frá atriðagrunninum hvað varðar fjölda iðjugrunnaðra aðferða. Í þriðjungi aðferða fást einstaklingar við mismunandi iðju. Annar þriðjungur snýst um eftirlíkingar iðju, spurningalista eða við-töl og sá síðasti um einkenna- og umhverf-isgrunnaðar aðferðir. Áhersla matsatriða aðferðanna, þ.e. hvort matsaðferðir eru iðjumiðaðar, einkenna- eða umhverfismið-aðar, skiptist á svipaðan hátt í þrennt. Hins-vegar hefur staðsetning hvers matstækis á samfellunni breyst frá staðsetningu á fyrri samfelli fyrir atriðagrunn. Í sumum tilfellum beinist áherslan einnig að færniþáttum frekar en líkamsstarfsemi eða iðju. Fjölda-tölur yfir matsaðferðir segja hins vegar ekkert til um hversu oft hver matsaðferð er notuð. Til að afla slíkra upplýsinga þyrfti frekari athugun.

Ef litið er á upplýsingaformið þá er töluvert um mælitæki fyrir líkamsstarfsemi og færni-þætti sem krefjast álesturs eða talningar t.d. fjöldi kubba á einni mínútu eins og á Box and Block. Iðjumiðað áhorf er einnig framkvæmt með nokkrum matstækjum. Tvær tegundir af viðtölum eru notaðar, einn spurningalisti varðandi iðju og einn gátlisti fyrir heimilisathuganir. Eins og á hinum samfellunum kemur ekki fram hversu oft hvert upplýsingaform er notað og þyrfti frekari athugun á því. Hinsvegar liggur fyrir að allir sjúklingar iðjubjálfa á Grensási fara í viðtal í upphafi þjálfunar skv. OTIPM ferlinu og iðjumiðað áhorf fer fram í lang flestum tilfellum. Ekki er hinsvegar ljóst á með-fylgjandi upplýsingum hversu margir sjúk-lingar eru prófaðir með einkennamiðuðum matsaðferðum, eða matsaðferðum þar sem líkt er eftir iðjuathöfnum. Þó mörgum mats-

og mælitækjum virðist vera til að dreifa til að meta líkamsstarfsemi á Grensási, þá eru þau ekki notuð eins oft og iðjumiðað áhorf eða viðtöl. Í því samhengi má benda á að eingöngu var metið með einkennamiðuðum matstækjum eða matstækjum sem líktu eftir iðju hjá níu sjúklingum sem voru í iðju-þjálfun í öllu endurhæfingarferlinu. Því má ætla að slík matstækí séu einungis notuð í innan við 25% matstilfella ef miðað er við þegar gögnum er safnað bæði með áhorfi og viðtali.

Varðandi íhlutun þá gefur hlutfall skipt-ingar á íhlutun iðjubjálfa í flokkana sex þá einu viku sem forprófunin fór fram vísbendingu um hvers konar íhlutun er notuð á Grensási. Um er að ræða stutt forathug-unartímabil og hafa ber í huga að íhlutunin ákvarðast ekki bara af staðaraðstæðum og ákvörðunum iðjubjálfa, heldur einnig þeim tíma sem hægt er að verja til íhlutunar. Auð-vitað sinna iðjubjálfar í sínum starfstíma auk íhlutunar t.d. mati á ástandi, fundum tengdum þjálfun, teymisvinnu og skráningu upplýsinga. Vægi þessara þátta getur verið mismunandi eftir vikum. Einnig hefur ástand sjúklinga (sjúkdómsgreiningar og tími frá upphafi sjúkdóms eða skaða) áhrif á hvaða íhlutun hentar best á hvaða tímabili þjálf-unarinnar. Þjálfari merktur „4“ var t.d. að eigin sögn með óvenju marga sjúklinga sem voru sjúkdómsgreindir með ný heilablóðföll. Þjálfari merktur „5“ var hinsvegar að eigin sögn með óvenju marga sjúklinga sem voru á síðari stigum endurhæfingarþjónustu. Fisher (2009) mælti með að íhlutun iðju-þjálfa snérist í stórum dráttum um lagfær-andi, áunna og aðlagaða iðju.

Niðurstaða útreikninga á iðjutengdum íhlut-unartíma iðjubjálfanna í þessum þremur flokkum forathugunarinnar var 67%, en sú tala túlkast sem vel ásættanleg. Mjög lágu hlutfalli íhlutunartíma var eytt í undirbún-ing og íhlutun sem fólst í eftirlíkingu iðju eða samtals 5.6% fyrir báða flokkana. Hinsvegar fór meiri tími í æfingar til þjálfunar sérstakra þátta líkamsstarfsemi til að undirbúa sjúk-ling fyrir mismunandi iðjutengdar athafnir. Þessi tími virðist vera mjög misjafn milli þjálfara eins og þegar hefur komið fram, en sá mismunur stafar að einhverju leyti af því að sjúklingarnir hafi verið á mismunandi stað í sínu iðjubjálfunarferli. Þegar sjúk-lingar eru að hefja þjálfun, eru t.d. með mikla máttminnkun auk skynskerðingar sér-staklega í hendi og handlegg eins og algengt er með heilablóðfalls sjúklinga, þá fer oft

ÁHERSLA MATSATRIÐA			
Einkenni / Umhverfi	Færniþættir	Iðjumiðuð	
A-ONE NB A-TWO NB verkgr.	A-ONE NB A-TWO NB*		A-ONE ADL A-TWO iðja I og II*
Dynamometer		Óstaðlað áhorf AMPS	
Heimilisathugun	Box and Block Purdue pinnabretti Sollerman		COPM** Framkv.gr.* OSA Óstaðlað viðtal**
Liðmælar Pinch mælir Setstöðugreining Skynpróf Þrýstingsmotta Ökumat***			Ökumat

Mynd 5. Samfella yfir áherslur (e. focus) matsatriða.

UPPLÝSINGAFORM			
Álestur/Talning	Viðtöl, Gátlistar, Spurningalistar	Áhorf	
Box and Block	COPM		A-ONE AMPS
Dynamometer	Heimilisathugun	OSA	A-TWO verk I, II
Liðmælir	Óstaðlað viðtal		
Lumosity			Framkv.gr. Skynpróf*
Pinch mælir Purdue pegb. Skynpróf* Setstöðugr. Sollerman			
Þrýstingsmotta	Ökumat*	Óstaðlað áhorf Ökumat*	

**Skráning byggir á áhorfi.*

Mynd 6. Samfella yfir upplýsingaform matsatriða.

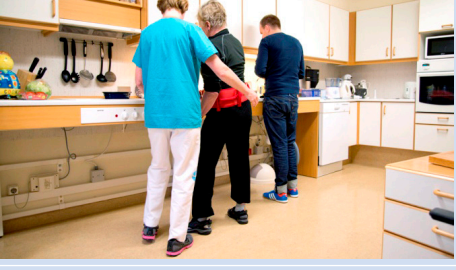
Tafla 3. Flokkur íhlutunar.							
Þjálfari	Íhlutunar skipti	Íhlutunarflokkar					
		I	II	III	IV	V	VI
1	22	100	330	25	65	125	65
2	25	-	410	-	405	315	30
3	31	20	525	-	440	1.100	-
4	34	210	610	-	645	230	70
5	30	-	55	60	115	1.035	150
Samtals	142	330	1.930	85	1.670	2.805	315
(%)		4,6%	27%	1,2%	23,4%	39,3%	4,4%

Ath. = Engin íhlutun veitt í þessum flokki af viðkomandi þjálfara.

afmarkaður tími í að reyna að hafa áhrif á lík-amsstarfsemi til að undirbúa þátttöku í iðju. Slíkt er t.d. gert með skynörvun, teygjum, fyrirbyggingu kreppa, beinum æfingum fyrir fínhreyfingar, keilum sem staflað er upp til að auka styrk og hreyfiferla, eða hugfimi til að auka athygli, einbeitingu og hraða í hugsun. Það þýðir þó ekki að öllum þjálf-unartímanum sé varið í slíka íhlutun, heldur geta þetta verið nokkrar mínútur og svo er farið yfir í aðrar tegundir íhlutunar. Það geta einnig verið samtímis aðrir íhlutunartímar á stundaskránni, þar sem eingöngu er unnið með iðju í náttúrulegu umhverfi. Flestir fá t.d. ADL þjálfun strax eða fljótlega eftir að

íhlutun hefst, hvort sem þeir þurfa undir-búningsþjálfun fyrir aðrar athafnir í íhlut-unartíma sínum á iðjubjálfadeild eða ekki.

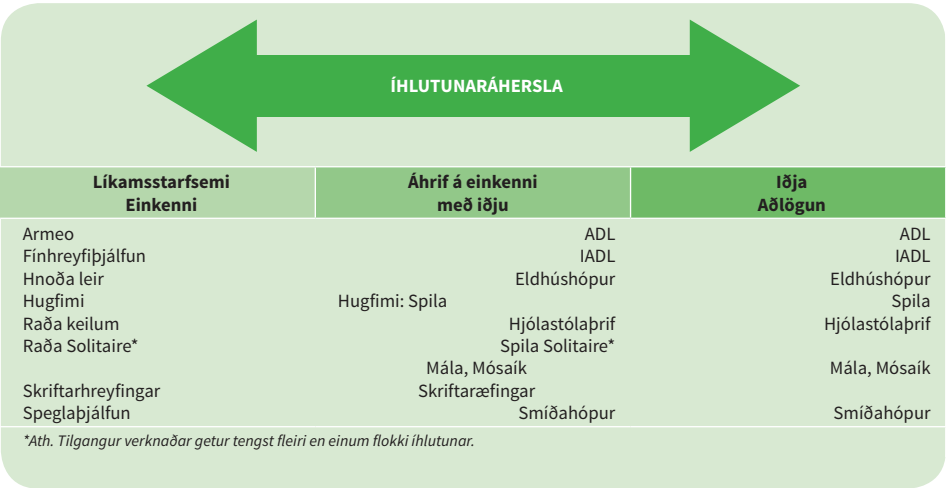
Við skoðun athafna í flokkum er rétt að benda á að sama athöfnin getur komið fyrir í fleiri en einum flokki eins og t.d. notkun Solitaire spilsins. Spilið sem sést á myndum í töflu 4 sem dæmi um íhlutunar athafnir í flokkum II og III má bæði nota við beinar æfingar til að auka styrk eða til að æfa mismunandi grip, þar sem kubbarnir hafa mismunandi stærð og lögun og eru festir niður með frönskum rennilás til að veita við-nám (flokkur II). Í þessu tilviki er ekki verið

Tafla 4. Dæmi um íhlutun í mismunandi flokkum klínískrar vinnu iðjubjálfa á Grensási		
FLOKKUR OG DÆMI	MYNDADÆMI	
Flokkur I (4,6%): - Skynörvun með mismunandi áferð - Hitabakstrar - Liðnálgun/losun vöðvaspennu - Hreyfing um ferla - Nudd - Setstöðu aðlögun - Spelkur til varnar kreppum		
Flokkur II (27%): - Hreyfing með handklæði til að minnka viðnám og auka hreyfingar - Stafla keilum - Kreista leir eða bolta - Spegilþjálfun* - Grip/kraftörvun (pinnar, kubbar) - Hugfimi (t.d. ýmis verkefni til að hafa áhrif á hraða í hugsun, rökhugsun, sveigjanleika og minni) - Tölvunotkun með Lumosity - Hreyfileikir með Wii* tölvu, s.s. ýmsir íþróttaleikir s.s. golf, keila, borðtennis		
Flokkur III (1,2%): - Raða keilum í hillu (sbr. stafla glösum) - Spila Solitaire - Skriftaræfingar - Skera leir - ARMEO*: Stjórna bíl á skjá með handarhreyfingum - Hugfimi með því að spila leiki - Tölvuleikir með forritum, s.s. Lumosity eða Wii		
Flokkur IV (23,4%): - ADL - IADL - Spila sjálfvalið spil samhliða því að draga úr athygliskerðingu - Tölvunotkun - Eldhúshópur - Smíða og mála dúkkurúm - Tágavinna / þæfing		
Flokkur V (39,3%): - Kaupa í matinn - Viðhald/þrif hjólastóla - Vinna mósaik mynd - Eldhúshópur - Smíðahópur - ADL og IADL - Tölvuritvinnsla		
Flokkur VI (4,4%): - Kenna og bjálfa upp notkun einhentrar aðferðar við klæðnað - Kenna notkun hjálpartækja: Nota skurðbretti með nöglum til að festa mat ef helftarlömum - Aðlaga umhverfi á heimili eða vinnustað t.d. setja upp skábrautir - Prófa og sækja um hjálpartæki - Kynna breytingar fyrir aðstandendum - Sýna flutning		 

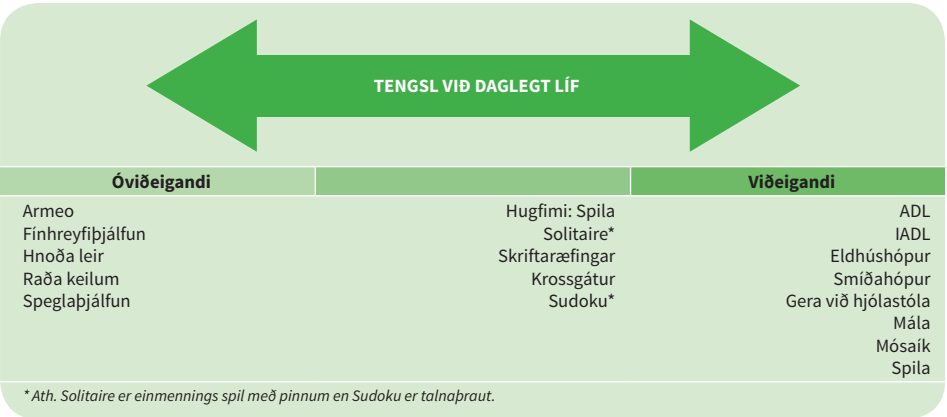
**Við spegilþjálfun (e. mirror therapy) er spegli (e. mirror box) komið fyrir á borði beint fyrir framan einstaklinginn. Lamaða handleggnum er komið fyrir inni í kassanum, þannig að hann sjáist ekki. Viðkomandi er hvattur til að einbeita sér að því að horfa á spegilmynd af „góðu“ hendinni framkvæma ýmsar hreyfingar og myndra sér að það sé lamaða höndin sem hreyfist í speglinum. Wii er tölvuprógram notað á Grensási til að æfa hreyfingar. Þráðlaus fjarstýring er fest við úlnlið sjúklings. Fjarstýring er notuð til m.a. að „spila“ golf, borðtennis og keilu. Armeo er handarþjálfunartæki (robot) fyrir sjúklinga með máttminnkun í handlegg og hendi. Tækið auðveldar hreyfingu og yfir undir rétt fjölmýnstur með verkefnum á tölvuskjá.*



Mynd 7. Samfella yfir vistfræðilegt gildi (e. ecological relevance) íhlutunar athafna.
Ath. Fisher telur ekki undirbúnings og æfingaflokka með þegar vistfræðilegt gildi athafnar er kannað.



Mynd 8. Samfella yfir áherslu (e. focus) íhlutunar athafna.



Mynd 9. Samfella yfir tengsl athafna til íhlutunar við daglegt líf.

að spila spilið heldur bara taka kubbana af brettinu. Ef þetta sama spil er hinsvegar notað til að spila spilið með notkun viðeigandi rökleiðslu og reyna á hugfimi um leið og grip er æft og styrkur aukinn, þá er tilgangurinn orðinn annar og athöfnin flokkuð sem eftirlíking iðju (flokkur III). Því er ekki hægt að líta á tæki, tól eða athöfn og flokka niður án vitneskju um hver sé tilgangurinn með notkun athafnarinnar í íhlutuninni. Vandlega var farið yfir slíkar upplýsingar við undirbúning iðjubjálfa fanna fyrir gagnasöfnunina. Á sama hátt getur verið mismunandi tilgangur með þátttöku sjúklinga í eldhúspjálfunarhópi og getur því sama athöfnin

flokkast á mismunandi hátt. Í slíkum hópi geta verið einstaklingar að æfa breyttar aðferðir, vinna einhent og nota naglabretti til að styðja við matvæli á meðan skorið er (flokkur VI). Aðrir gætu verið að þjálfra færni með endurtekningum færniþátta (flokkur V) og enn aðrir að takast á við verkefni þar sem reynt er að auka standjafnvægi og úthald á meðan hrært er í pottum (flokkur IV). Það þarf því að flokka athafnir út frá tilganginum að baki vali á verkefni í hvert íhlutunarskipti og fyrir hvern og einn.

Fisher (1998; 2009) var með sérstakar íhlutunarsamfellur yfir uppsprettu tilgangs og

merkingar íhlutunar athafna, þ.e. hvort rekja mætti slíkt til sjúklings eða þjálfara. Í fyrstu þremur flokkum íhlutunar á iðjubjálfi á Grensási oft hugmynd að verkefnum og tengslum þeirra við tilgang þjálfunar. Hinsvegar upplýsir hann skjólstæðinginn um möguleikana og tilganginn og skjólstæðingurinn tekur ákvörðun um hvort hann vilji taka þátt í íhlutunar athöfnum. Hægt er að athuga sérstaklega síðar uppruna tilgangs og merkingar íhlutunar athafna ef ástæða þykir til.

Næsta skref í þróun þjónustuyfirlits fyrir iðjubjálfun á Grensási er að athuga hvort íhlutunar aðferðir sem notaðar eru séu gagnreyndar. Ef við lítum t.d. á áður nefnda vefsíðuleiki Lumosity forritsins þá hefur mikið verið rætt um árangur af slíkum verkefnum, en skoðanir á árangri eru mismunandi eftir rannsóknaraðila. Misvísandi sönnunarbyrði er enn sem komið er til staðar fyrir því að notkun forritsins auki vitræna getu fólks, eða dragi úr vitrænni skerðingu samfara öldrun (Finn og McDonald, 2011; Hardy, Drescher, Sarkar, Kellett, og Scanlon, 2011; Saperstein, 2014). Á Grensási telja iðjubjálfar sig hafa ágæta reynslu af notkun forritsins.

Að lokum vonumst við til að þessi greinar-skrif geti orðið hvatning fyrir klíniska iðjubjálfa til að endurskoða starfsemi sína. Takmarkanir forkönnunarinnar eru m.a. að upplýsingum var safnað á stuttu tímabili og samsetning sjúklingahóps er breytileg. Möguleikarnir á frekari athugunum eru margir. Iðjubjálfar á Grensási geta t.d. haldið áfram með samskonar athuganir á íhlutun sem nær yfir önnur tímabil eða lengri tíma og skoðað um leið nákvæmar t.d. fyrir hversu marga sjúklinga hver matsaðferð er notuð. Ef endurteknar athuganir sýna áfram að tæplega 30% af íhlutunartíma sé eytt í flokk II, þ.e. æfingar til þjálfunar sérstakrar líkamsstarfsemi, má í framhaldinu spyrja hvort þeim tíma sé vel varið. Þar sem upplýsingar um íhlutunaraðferðir liggja fyrir, að meðtöldum æfingum fyrir sérstaka þætti líkamsstarfsemi, liggur beint við að kanna hvaða upplýsingar eru til um gagnreynda þjónustu fyrir hverja aðferð fyrir sig. Það hefur sýnt sig að notkun þjónustuyfirlitstöflunnar á Grensási auðveldar og flýtir fyrir upplýsingaflæði og fræðslu. Þjálfarar annarra starfsstöðva hafa einnig látið í ljós áhuga á að skoða vinnu sína á þennan hátt og taka fram að slík skoðun sé hvetjandi í starfi. Upplýsingarnar sem hafa fengist með

hönnun töflunnar má nota til myndrænnar útfærslu í formi veggspjalds til uppbyggingar á upplýsingaþjónustu. Slíkt gæti í framhaldinu flýtt fyrir og auðveldað fræðslu um starfsemi deildarinnar.

ÞAKKIR

Við þökkum iðjuþjálfum á Grensá fyrir þátttöku í upplýsingaöflun um starfsemi deildarinnar. Við þökkum einnig þeim sem góðfúslega buðu fram krafta sína við að útbúa ljósmyndir, en þær koma úr heima-síðubanka iðjuþjálfunar á Grensá.

HEIMILDIR

American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(Suppl.), S1–S48.

Árnadóttir, G. (1990). *The brain and behavior: Assessing cortical dysfunction through activities of daily living*. St. Louis: Mosby.

Árnadóttir, G. (2016). *A-ONE training course lecture notes*.

Baron, K., Kielhofner, G., Lyenger, A., Goldhammer, V., Wolenski, J. (2006). *A user's manual for the Occupational Self Assessment (OSA)*. (2,2. útg.), Chicago: University of Illinois.

Finn, M. og McDonald, S. (2011). Computerised cognitive training for older persons with mild cognitive impairment: A pilot study using a randomised controlled trial design. *Brain Impairment*, 12(3), 187–199.

Fisher, A.G. (1998). Uniting practice and theory in an occupational framework (Eleanor Clarke Slagle Lecture). *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 509–521.

Fisher, A.G. (2009). *Occupational therapy intervention process model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Fort Collins, CO: Three Star Press.

Fisher, A.G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162–173.

Fisher, A.G. og Jones, K.B. (2012). *Assessment of motor and process skills vol. 2: User manual* (7. útgáfa). Fort Collins, CO: Three Star Press.

Guðrún Árnadóttir. (2015). Vinnusmiðjur iðjuþjálfala LSH: Umfjöllun um þjónustuferli og yfirlitstöflur. *Iðjuþjálfinn*, 1, 37–41.

Guðrún Árnadóttir og Sigrún Garðarsdóttir. (2015). Þjónustuyfirlit sem grundvöllur gæðapróunar innan iðjuþjálfunar. *Iðjuþjálfinn*, 1, 26–32.

Hardy, J. L., Drescher, D., Sarkar, K., Kellett, G. og Scanlon, M. (2011). Enhancing visual attention

and working memory with a Web-based cognitive training program. *Mensa Research Journal*, 42(2), 13–20.

Law, M., Baptiste, C., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H. og Pollok, N. (1994). *Canadian Occupational Performance Measure* (2. útgáfa). Ottawa, ON: CAOT.

Lafayette instrument. Purdue Pegboard model #32020: Instructions and normative data. Sjá einnig: <http://www.lafayettepolygraph.com/>.

Lilja Ingvarsson og Sigrún Garðarsdóttir. (2006). *Mat á færni við akstur – Gátlisti*. Fáanlegt hjá höfundum.

Mathiowetz, V., Volland, G., Kashman, N. og Weber, K. (1985). Adult norms for the box and block test of manual dexterity. *American Journal of Occupational Therapy*, 39, 386–391.

Mathiowetz, V., Kashman N., Volland, G., Weber, K. (1985). Grip and pinch strength: Normative data for adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66, 69–74.

Setstöðuráðgjöf hjálpartækjamiðstöðvar SÍ. (2011). Setstöðugreining. Frá <http://www.sjukra.is/lyf-og-hjalpartaeki/hjalpartaeki/sott-um-hjalpartaeki/gatlistar-med-umsoknum/>. Sjúkra-tryggingar Íslands.

Saperstein, A. (2014). *Lumosity: Expert review*. Frá psyberguide.org/expert_opinion/lumosity-expert-review

Sollerman, C. og Ejeskär, A. (1995). Sollerman Hand Function Test: A standardised method and its use in tetraplegic patients. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 29(2), 167–176.

Vermeer, C. ([ritsj.], 2008). *mFLEX 4.0 User's Manual 1st Edition*. Vista Medical LTD.

Wæhrens, E. E. (2010). *Measuring quality of occupational performance based on self-report and observation: Development and validation of instruments to evaluate ADL task performance*. (Doktorsritgerð, Háskólinn í Umeå, Svíþjóð 2010). Medical Dissertations, New Series No.1349.

FRÁSÖGN IÐJUÞJÁLFA

Guðrún K. Hafsteinsdóttir,
iðjuþjálfí hjá Heimahjúkrun
heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins



LITIÐ YFIR FARINN
VEG SÍÐASTLIÐIN 40 ÁR Í STARFI

Fjörutíu ár eru liðin síðan ég útskrifaðist sem iðjuþjálfí frá Iðjuþjálfaskólanum í Kaupmannahöfn. Í ljósi þess ákvað ég að líta til baka og rifja upp hvað hefur mótað mig og mitt starf. Á þessum tíma hefur orðið talsverð þróun innan fagsins og ýmsar breytingar átt sér stað með tilkomu náms í iðjuþjálfun hér á landi.

Þegar ég var í námi hafði ég áhuga á að vinna á geðsviði, en raunveruleikinn varð annar. Það ætlaðist þannig að eftir útskrift var ég ráðin í afleysingastöðu á litlu sjúkrahúsi í Kaupmannahöfn. Þar var rúmlega 70 ára kona sem beið eftir því að komast á hjúkrunarheimili og fékk því litla þjálfun. Ég jók við þjálfun hennar og var daglega með ADL þjálfun auk þjálfunar á verkstæði. Þar sem hún sýndi miklar framfarir, bað ég sjúkrapjálfarann að auka við göngupjálfun sem hún gerði. Eftir nokkra vikna þjálfun var ákveðið að útskrifa konuna til prufu heim til sín. Konan spurði hvort hún gæti ráðið mig í áframhaldandi þjálfun, en það var ekki möguleiki. Ég spurði hana hvort ég hefði gert eitthvað öðruvísi en sú sem ég var að leysa af. Pá svaraði konan „ja De har behandlet mig som et menneske, men den anden behandlede mig som et pattebarn“. Þessi orð höfðu mikil áhrif á mig, nýútskrifaðan iðjuþjálfá og mér var hugsað

til málsháttarins „glögg er gests augað“. Í þessu tilviki var búið að taka ákvörðun um að konan færi á hjúkrunarheimili, án þess að fullreyna hvað hún gæti sjálf lagt af mörkum. En reynslan sat eftir í mér.

Í kjölfarið starfaði ég í nokkur ár á Bispebjerg Hospital í Kaupmannahöfn, bæði á öldrunarlækningadeild og svo á endurhæfingardeild. Þetta var mér lærdómsríkur tími. Áður en ég snéri aftur til Íslands kynnti ég mér hvað væri nýtt hjá iðjuþjálfum sem unnu á geðsviði í Kaupmannahöfn m.t.t. starfsmöguleika á geðdeild LSH. Örlögin reyndust önnur því daginn eftir að ég kom til Íslands í ágúst 1982 bauðst mér vinna í Hjálpartækjabanka RKÍ og Sjálfsbjargar. Ég starfaði þar í nokkur ár og reynslan frá Kaupmannahöfn nýttist þar vel. Ég hafði áhrif á val á hjálpartækjum sem voru pöntuð til landsins, sem ég þekkti frá starfi mínu í Kaupmannahöfn. Þetta var fyrir tíma Hjálpartækjamiðstöðvar SÍ og allar umsóknir um hjálpartæki voru sendar til Tryggingastofnunar ríkisins (TR). Á þessum tíma velti ég því fyrir mér hvers vegna það var eingöngu skilaskylda á hjólastólum hér á landi. Svarið sem ég fékk var að það þýddi ekkert að bjóða Íslendingum notuð hjálpartæki. Þetta fannst mér soun og fékk fund með þáverandi tryggingayfirlækni Birni Önundarsyni. Ég

útskýrði fyrir honum hvernig, líkt og annars staðar, væri hægt að endurnýta hjálpartæki og spara peninga. Nokkru seinna var sett af stað tveggja ára tilraunaverkefni, Björk Pálsdóttir iðjuþjálfí var ráðin og Hjálpartækjamiðstöð TR stofnuð. Í dag, 30 árum síðar, starfa yfir 40 manns hjá Hjálpartækjamiðstöð SÍ og fleiri hundruð milljónir sparast á ári hverju við endurnýtingu hjálpartækja.

Í gegnum tíðina hef ég tekið að mér tímabundin verkefni svo sem sjálfstyrkingarnámskeið fyrir fólk með fötlun og naut þá góðs af handleiðslu Guðfinnu Eyðals sálfræðings. Þar að auki tók ég að mér vinnustaðaúttektir.

Árið 1997 bauð Iðjuþjálfafélagið mér að taka þátt í tilraunaverkefninu: „Iðjuþjálfun í heilsugæslu“. Verkefnið var eins árs tilraunaverkefni á vegum Iðjuþjálfafélagsins og Heilbrigðisráðuneytisins. Þrír iðjuþjálfar voru ráðnir í verkefnið, Anna Sigríður Jónsdóttir, Ingibjörg Pétursdóttir og ég. Ári síðar lagði matsnefnd það til að fjórir iðjuþjálfar yrðu ráðnir á heilsugæslustöðvar á landinu. Verkefnið var aldrei endurskoðað þó að samkvæmt matsnefndinni ætti það að gerast innan tveggja ára. Skortur á fjármagni kom svo í veg fyrir fleiri stöðugildi.



Á þessum tíma störfuðu tveir sjúkrabjálfarar hjá Heilsugæslu Reykjavíkur, Ágústa Guðmarsdóttir og Ella Bjarnason. Í sameiningu gerðum við bæklinginn „Barnið og skólataskan“ sem var notaður í mörg ár og afhentur foreldrum þegar þeir komu með börnin í 5 ára skoðun.

Við Ella skrifuðum nokkra pistla í blað eldri borgara, *Listin að lífa*. Leiðarljós okkar var að veita eldri borgurum upplýsingar og gefa hugmyndir um hvernig þeir gætu verið sem lengst sjálfbjarga heima. Sem dæmi um heiti á pistlum má nefna Rúmið, Hvíldarstóllinn, Baðherbergið, Eldhúsið, Fætur og vellíðan o.fl.

Á þeim tíma sem ég hef starfað hjá Heilsugæslunni hafa margar breytingar átt sér stað. Fyrsta starfsstöðin mín var Heilsugæslan í Mjódd og heimahjúkrun var þá staðsett þar fyrir hverfið. Í febrúar árið 2002 urðu breytingar hjá heimahjúkrun og til varð Miðstöð heimahjúkrunar á Grensásvegi 8 þar sem ég var ráðin í 30% stöðugildi. Það var ánægjulegt að koma að þverfaglegu samstarfi við heimahjúkrun og 30% stöðugildi á Miðstöð heimahjúkrunar var ekki nægilegt til að sinna öllum beiðnum frá heimahjúkrun í Reykjavík. Í lok árs 2003 hætti ég þar og Oddrún Lilja Birgisdóttir tók við af mér í 50% stöðu. Stuttu síðar urðu stöðugildi iðjuþjálfra á Miðstöð heima-hjúkrunar tvö.

Í janúar 2006 sameinuðust allar 15 heilsugæslustöðvarnar á höfuðborgarsvæðinu og Heilsugæsla Reykjavíkur varð Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins (HH). Þá stækkaði umdæmið og ég fór að fá beiðnir frá Mosfellsbæ, Kópavogi, Garðabæ og Hafnarfirði án þess að bætt væri við stöðugildi iðjuþjálfra hjá HH.

Á mínum starfsferli hef ég sótt mörg námskeið. Í eitt ár fór ég vikulega í handleiðslu til Lilju Ingvarsson iðjuþjálfra. Í frumkvöðlastarfi er gott að hafa aðgengi að leiðbeinanda sem er styrkjandi í starfi. Síðar lauk ég tveggja ára sérskipulögðu fjarnámi fyrir iðjuþjálfra frá Háskólanum á Akureyri vorið 2005.

Á árunum mínum hjá HH hef ég unnið út frá ýmsum stöðum s.s. Heilsugæslustöðinni í Mjódd, Heilsugæslustöðinni í Drápuhlíð, á Heilsuverndarstöðinni, hjá heimahjúkrun og undanfarin ár hef ég haft aðsetur hjá stjórnsýslu HH í Mjódd. Ég hef kynnst mörgum frábærum samstarfsmönnum. Auk þess hef ég átti samstarf við ýmsar aðrar fagstéttir sem tengjast þeim skjólstæðingum sem ég hef sinnt.

Í lok árs 2000 var ég í fagráði um heilsuvernd aldraðra á vegum Landlæknisembættisins. Ráðið var Landlæknisembættinu til ráðgjafar um áherslur í forvarnarstarfi, heilsuvernd og heilsueflingu. Landlæknisembættið átti að setja stefnu fyrir allt landið þannig að sömu áherslur giltu um heilsuvernd aldraðra hvar sem er á landinu, en að heilsuvernd aldraðra væri sinnt af starfsfólki heilsugæslunnar. Við vorum sex heilbrigðisstarfsmenn í fagráðinu og hittumst einu sinni í mánuði í tvö ár. Mörgum góðum hugmyndum var skilað inn, en því miður held ég að þeim hafi ekki verið hrint í framkvæmd.

Ég hef alla tíð haft mikinn áhuga á heilsuvernd aldraðra. Haustið 2001 var sett á laggirnar þverfaglegur samstarfshópur innan Heilsugæslunnar í Reykjavík. Verkefni hópsins var að samræma og móta hugmyndir um heilsuvernd aldraðra og athuga hvernig best væri að skipuleggja þá þjónustu á vegum heilsugæslunnar. Samstarfshópurinn lauk störfum í janúar 2002 og nefndarálit var sent öllum heilsugæslustöðvum í Reykjavík, en þær sinna heilsuvernd aldraðra.

Við flutning heimahjúkrunar árið 2002 á Grensásveg var skilin eftir hálf staða hjúkrunarfræðings á öllum heilsugæslustöðvum í Reykjavík til að sinna heilsuvernd aldraðra. Mikil vinna var lögð í þetta verkefni og handbækur voru útbúnar. Verkefnið fór vel af stað á sumum heilsugæslustöðvum, en því miður leið það fyrir fjárskort.

Þjónusta mín hjá HH er fyrst og fremst fólgin í heimilisathugunum, mati á þörf fyrir hjálpartæki, leiðbeiningar og umsóknir um hjálpartæki og ráðgjöf um ýmis félagsleg úrræði. Svæðið er stórt, ég fer heim til fólks sem býr á Kjalarnesi, Mosfellsbæ, Kópavogi, Garðabæ, Hafnarfirði og í Reykvik til þeirra sem eru ekki með þjónustu frá Heimaþjónustu Reykjavíkur. Þeir einstaklingar sem eru með þjónustu frá Heimaþjónustu Reykjavíkur hafa aðgang að tveimur iðjuþjálfum sem þar starfa, Ásbjörgu Magnúsdóttur og Valborgu Huld Kristjánsdóttur.

Samkvæmt minni reynslu kemur oft í ljós að margir verða sjálfbjarga eftir fyrstu vitjun með einföldum hjálpartækjum. Lífsgæði fólks batna og það verður seinkun á þörf fyrir heimahjúkrun. Sem betur fer er það ósk langflestra að vera sjálfbjarga sem lengst. Sumir einstaklingar þiggja ekki heimaþjónustu og fá aðstoð ættingja. Þetta eru bæði fatlaðir einstaklingar, fólk með taugasjúkdóma og eldri

borgarar sem vilja sjá um sig sjálfir. Mikilvægt er að þessi hópur fólks hafi greiðan aðgang að iðjuþjálfum til að koma með lausnir þegar færnin versnar.

Mín hugsjón hefur verið að efla iðjuþjálfun innan HH. Því miður hefur það tekið lengri tíma en ég bjóst við. Svörin sem ég hef fengið frá stjórnsýslu HH þegar ég hef beðið um fleiri stöðugildi iðjuþjálfra eru að það sé skortur á fjármagni. Í dag starfa auk mín tveir iðjuþjálfar hjá HH, það eru Auður Axelsdóttir í iðjuþjálfun geðheilsa/ -eftirfylgd og Margrét Ísleifsdóttir sem starfar á Proska- og hegðunarstöð.

Mér finnst gefandi og skemmtilegt að vinna á heimilum skjólstæðinga sem hafa líka kennt mér margt. Það er gaman að sjá hvernig sumir hafa fundið frábærar lausnir á sínum vanda. Margir hafa tjáð mér hvað ráðgjöf iðjuþjálfra hafi almennt gagnast þeim vel. Stundum heyri ég ekki aftur í fólki, en gaman er að geta þess að ég var einu sinni sem oftari í Hjálpartækjamiðstöðinni að bíða eftir afgreiðslu, þegar fullorðin hjón sem einnig voru að bíða snéru sér að mér. Konan sagði „ertu Guðrún?“ Já svaraði ég. „Þú hefur bjargað lífi okkar hjóna. Þú komst til okkar fyrir 18 árum síðan og sóttir um hjálpartæki fyrir son okkar. Síðan þá höfum við ekki þurft neina aðstoð“. Hjónin áttu mikið fatlaðan fullorðinn son sem þau sinntu sjálf. Mér þótti vænt um að heyra þessi orð hennar. Þau segja okkur hvað ein heimilisathugun og nauðsynleg hjálpartæki geta skipt miklu máli fyrir lífsgæði fólks. Stundum er skjólstæðingurinn ekki tilbúinn að vinna í sínum málum. Þá er mikilvægt að sýna honum virðingu, upplýsa hann um þau úrræði sem eru í boði og veita honum ráðrúm til að hugsa málið.

Ég hef haft það að leiðarljósi að bera virðingu fyrir öðrum og vera heiðarleg. Með kærleika og velvild í brjósti hef ég reynt að mæta fólki þar sem það er statt og notað hugmyndafræði iðjuþjálfra sem „verkfærakistu“ til halds og trausts. Það hefur reynst vel í 40 ár. Mín framtíðarsýn er að iðjuþjálfar starfi á öllum heilsugæslustöðvum og hjá sveitarfélögum.

EFTIRSKRIFT

Frá því að þessi grein var skrifuð í lok febrúar 2016 þá hafa orðið breytingar á mínu starfi. Í byrjun maí hóf ég störf hjá Heimahjúkrun heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins í Hlíðasmára 17 í Kópavogi. Núna er ég eingöngu að sinna skjólstæðingum sem eru með heima-hjúkrun í Kópavogi, Garðabæ og Hafnarfirði.

TILVIKSATHUGUN

Sigbrúður Loftsdóttir, iðjuþjálfri á Grensásdeild Landspítalans



NOTKUN ÞJÓNUSTU-YFIRLITS VIÐ IÐJUÞJÁLFUN EINSTAKLINGA MEÐ MÆNUSKAÐA

Í fyrsta tölublaði Iðjuþjálfans 2015 birtist greinaflokkur frá iðjuþjálfum sem starfa á Landspítala (LSH), þar sem fjallað var um þjónustutöflur sem þeir hafa unnið að, hver á sinni starfsstöð. Þessari grein er ætlað að fylgja greinaflokknum eftir og þá sér í lagi grein Guðrúnar Árnadóttur og Sigrúnar Garðarsdóttur, sem ber heitið Þjónustuyfirlit sem grundvöllur gæðapróunar innan iðjuþjálfunar. Í greininni var fjallað um þjónustutöflu sem unnið er eftir í iðjuþjálfun LSH á Grensási og þjónustuferlið sem liggur að baki hennar. Þjónustutaflan hefur litillega breyst frá því að hún birtist í Iðjuþjálfanum og því verður hún endurbirt hér, sjá töflu 1. Í greininni er bent á að útfæra megi yfirlitstöfluna í undirtöflur með upplýsingum um þjónustu fyrir mismunandi skjólstæðinga-hópa út frá sjúkdómsgreiningum. (Guðrún Árnadóttir og Sigrún Garðarsdóttir, 2015). Í þessari grein verður fjallað um hvernig nota má slíka töflu til að lýsa þjónustu fyrir einstaklinga með mænuskaða. Umfjöllunin má því skoðast sem tilviksathugun. Fyrst verður þjónustu fyrir einstakling með alskaða á mænu lýst með hliðsjón af yfirlitstöflu. Síðan verður farið yfir hvernig þjónustan myndi breytast ef sami einstaklingur hefði fengið hlutskaða á mænu. Að lokum verður fjallað um þjónustu fyrir einstakling með

mænuskaða sem gengst undir færnibætandi handaraðgerð.

Mænuskaði er skilgreindur sem skaði á mænu eða mænutagli sem oft leiðir til varanlegra breytinga í vöðvastyrk, skynjun og annarri líkamsstarfsemi fyrir neðan svæðið sem varð fyrir skaðanum. Mænuskaði er oftast afleiðing af höggi eða áverka sem brýtur eða færir hryggjarliði úr stað. Högg eða ytri áverki er þó alls ekki alltaf orsök mænuskaða. Í fæstum tilvikum rofnar mænan alveg í sundur en skaðinn verður við það að hlutar af hryggjarliðum, bein, brjóska eða liðbönd rífa mænuvefi eða þrýsta svo á taugar að þær geti ekki flutt boð fyrir neðan svæðið sem skaddaðist. Talað er um alskaða (e. complete spinal cord injury) og hlutskaða (e. incomplete spinal cord injury) á mænu. Einstaklingur með alskaða hefur enga hreyfigetu eða skyn fyrir neðan skaddaða svæðið. Einstaklingur með hlutskaða á mænu hefur hins vegar einhverja hreyfigetu og/eða skyn fyrir neðan skaddaða svæðið. Hve mikið af hreyfigetu og skyni einstaklingur með hlutskaða endurheimtir er mjög einstaklingsbundið. Mænuskaði er örlogaríkur atburður sem hefur áhrif á alla þætti lífsins og skerðir líkamlega færni verulega og þar með færnina til að framkvæma daglegar

athafnir og taka virkan þátt í hringiðu samfélagsins (Atkins, 2014).

ÞJÓNUSTUYFIRLIT EINSTAKLINGS MEÐ ALSKAÐA Á MÆNU VIÐ FIMMTA HÁLSLIÐ

Í töflu 2 er tekin saman þjónusta iðjuþjálfra á LSH Grensási fyrir einstakling, sem við skulum kalla Elías. Hann hlaut alskaða á mænu frá fimmta hálsliði. Rétt er að taka fram að íhlutunaraðferðir sem tilgreindar eru í töflunni eru ekki tæmandi upptalning, heldur aðeins nefnd dæmi. Elías var tvítugur þegar hann féll úr um það bil fjögurra metra hæð, hálsbrotnaði og lamaðist í kjölfarið. Þegar hann slasaðist bjó hann hjá foreldrum sínum ásamt tveimur yngri systkinum í litlum bæ á landsbyggðinni. Eftir að Elías lauk grunnskóla, fór hann í menntaskóla en hætti námi og hafði fyrir slysið unnið verkamannavinnu í nokkur ár. Hann hafði áhuga á bílum og ýmiskonar tækjum og var vanur að gera við hluti sjálfur. Hann hafði því, þrátt fyrir ungan aldur, góðan skilning á tækjum sem nýttist honum vel í endurhæfingunni og þeirri aðlögun sem framundan var.

Elías var jákvæður, tókst á við aðstæður sínar af yfirvegun og fór þannig í gegnum endurhæfingarferlið. Flestir sem verða fyrir mænuskaða ganga í gegnum sorgarferli sem

Tafla 1. Þjónustuyfirlit fyrir iðjuþjálfun LSH Grensási			
Aðlagð með leyfi frá Guðrúnu Árnadóttur, ágúst, 2015			
ÞJÓNUSTUYFIRLIT FYRIR IÐJUÞJÁLFUN Á GRENSÁSI			
ÞÆTTIR OTIPM Þjónustuferlis Fisher	ADGERÐALÝSING		
	MATSADFERÐ		
	ÓFORMLEG	MATSTÆKI	MÆLITÆKI
MATSLOTA 1. Iðja – aðstæður Skjólstæðingssýn Styrkleikar/erfiðleikar	Heimatilbúinn gátlisti 2009	COPM OSA	
MATSLOTA 2. FRAMKVÆMDA-GREINING (e. PERFORMANCE ANALYSIS)	Samkvæmt AMPS A-TWO smíða-verkefni A-TWO súpuþróf Ökumat Áhorf	A-ONE-ADL kvarði	AMPS A-ONE-ADL kvarði
MATSLOTA 3. ATHAFNAGREINING (e. TASK ANALYSIS)	Gátlisti fyrir heimilisathugun Gátlisti fyrir set-stöðugreiningu Skynþróf	A-ONE-NB kvarði Sollerman	A-ONE-NBI kvarði Dynamometer Box and Block Purdue Pegboard Pinchmælir Liðmælar Lumosity Þrýstingsmotta
MARKMIÐ			
ÍHLUTUNARLOTA 4. VELJA LÍKAN	NÁLGUN/ SÉRTÆKT LÍKAN	IÐJU/ÍHLUTUNAR FLOKKUR	DÆMI UM AÐFERÐ
A. JÖFNUNARLÍKAN LEIÐ: Koma til móts við skerta getu	Endurhæfingar-likan	ADLÖGUD IÐJA Tilsögn í breyttum framkvæmda aðferðum við mismunandi iðju UNDIRBÚNINGUR LÍKAMSHLUTA FYRIR ÆFINGAR	ADL/IADL spelkur/hjálpartæki Aðlögun aðferða/umhverfis Ráðleggingar varðandi heimilis-breytingar /réttindi Vinnuhagræðing/-stellingar Jafnvægi í daglegu lífi Leiðbeina/fræða stuðningsaðila
B. LEIKNILÍKAN LEIÐ: Endurheimta/þróa framkvæmda-þætti: - Hreyfipættir - Verkferlipættir - Boð- og samskipta þættir	Lífaflfræði líkan Atferlismótun Líkan Giles um taugastarfsemi	ÁUNNIN IÐJA ADL IADL Starfsþjálfun Námsþjálfun Tómstunda-starfsemi Félagsleg þátttaka Hvíld	Að klæðast/Borða/Hjólástólafærni Eldhúsþjálfun/Þrif/pvottur Æfingaíbúð, íhlutun utan starfsstöðvar Handverk Líkamsbeiting/Vinnustellingar Handleggs/ Handarþjálfun Hugfimi Slökun/Jafnvægi í daglegu lífi Ráðgjöf/Tilsögn/Fræðsla Andlegur stuðningur/Sálfélagsleg þjálfun
C. LAGFÆRINGALÍKAN LEIÐ: Endurheimta/þróa einstaklings-þætti eða líkamsstarfsemi	Hugræn hreyfi-stjórnun Kvartettalíkan Lífaflfræði líkan Samspil skynsviða Skynhreyfinálganir Verkmíðuð nálgun Víxlverkunarlíkan	LAGFÆRANDI IÐJA ADL IADL Starfsþjálfun Námsþjálfun Tómstundastarfsemi Félagsleg þátttaka EFTIRLÍKING IÐJU UNDIRBÚNINGS-ÆFINGAR Beinar æfingar líkamsstarfsemi	Eldhúsþjálfun/Þrif/pvottur Handverk Handarþjálfun Líkamsbeiting/Vinnustellingar Hugfimi Andlegur stuðningur/Sálfélagsleg þjálfun Spelkur
D. FRÆDSLULÍKAN LEIÐ: skipuleggja/veita fræðslu	Kennslufræði	Hópfræðsla	Aðstandendafræðsla Sjúklingafræðsla Fræðsla fagfólks (innan/utanhúss)
5. ÍHLUTUNARLOTA	ÍHLUTUN	ÍHLUTUN	ÍHLUTUN
6. ENDURMATSLOTA	MATSADFERÐ		
	ÓFORMLEG	MATSÆKI	MÆLITÆKI
		A-ONE-FI kvarði A-ONE-NB kvarði Sollerman COPM OSA	AMPS A-ONE-ADL kvarði A-ONE-NBI kvarði Dynamometer Box and Block Purdue Pegboard Pinchmælir Liðmælar Lumosity
7 MARKMIÐ/ÚTSKRIFT			

reynist þeim miserfitt að vinna úr. Depurð, þunglyndi og kviði eru þekktir fylgikvillar mænuskaða sem sumir glíma við alla ævi (Atkins, 2014). Hann upplifði þessi einkenni

þó aðeins í litlum mæli í sínu sorgarferli. Eftir slysið fékk Elías greininguna C-V alskaða á mænu. Neðsti heili mænuhlutinn var C-IV. Hann var með truflað skyn í C-V og C-VI

en ekkert skyn þar fyrir neðan. Ganglimir voru alveg lamaðir. Hann gat beygt (flex-ion) um báða olnboga en gat ekki rétt úr þeim. Samkvæmt flokkunarkerfi *American Spinal Injury Association (ASIA)* (Atkins, 2014) hafði Elías vöðvastyrk upp á þrjá til fjóra í tvíhöfða (biceps) hægra megin og fjóra til fimm vinstra megin. Vöðvastyrkur í þríhöfða (triceps) var tveir, beggja vegna. Geta hans til að snúa framhandleggjum þannig að lófar snéru upp (supination) var skert og hann hafði enga réttu (extension) í úlnlið. Hann gat hvorki hreyft fingur né hendur. Horfur um bata voru litlar sem engar og því ljóst að endurhæfingin myndi miða að því að gera Elías eins sjálfstæðan og hægt væri með hjálpartækjum og aðstoð við flestar dag-legar athafnir. Elías kom á Grensás aðeins viku eftir slysið og þá var ástand hans orðið það stöðugt að hægt var að einbeita sér að endurhæfingunni.

Flestir sem verða fyrir mænuskaða, hvort sem það er alskaði eða hlutskaði eiga í byrjun erfitt með að tengja hreyfiskerð-ingu sína við framkvæmdagetu. Ef þeir eru spurðir hvernig þeir haldi að þeim muni ganga að vinna ýmis verkefni, þegar endur-hæfingu lýkur, til dæmis að klæða sig eða stunda tómstundir sínar þá svara flestir á sama hátt: „Þetta verður ekkert vandamál, þegar ég hef náð mér aftur.“ Jafnvel þó þeir lýsi því að þeir geti ekki hreyft hendurnar, geti ekki klætt sig og séu alveg háðir aðstoð hjúkrunarfólks, þá eiga flestir þeirra mjög erfitt með að ímynda sér að ástandið geti verið varanlegt. Markmið mænuskadd-aðra einstaklinga í upphafi endurhæfingar er því gjarnan að geta gengið og að lífið verði eins og áður. Af þessum ástæðum hefur iðjuþjálfum á Grensási ekki reynst árangursríkt að nota formlegar matsað-ferðir eins og *Mæling á færni við iðju (COPM)* eða *Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)* á fyrstu stigum endurhæfingar ein-staklinga með mænuskaða. Í matslotu þjónustu iðjuþjálfva var áhorf notað og óformlegt viðtal við Elías til að meta hreyfi-færni, framkvæmdagetu og styrkleika hans. Á meðan íhlutun var veitt var tíminn einnig nýttur til að ræða málin og þar komu fram mikilvægar upplýsingar um líðan hans, umhverfi og fleira. Markmið Elíasar, sem sjá má í töflu 2, setti hann sér á seinni stigum endurhæfingarinnar þegar hann var betur farinn að meðtaka varanleika fötlunarinnar og tilbúinn til að ræða framtíðarmöguleika sína. Þá var hægt að leggja fyrir hann COPM.

Íhlutunarlota iðjuþjálfá hófst strax á fyrsta degi innlagnar Elíasar á Grensás. Fyrstu daga og vikur mátti lítið hreyfa Elías vegna hættu á blóðþrýstingsfalli þegar hann var reistur upp. Hann var mikið til rúmliggj-andi og því fór íhlutun iðjuþjálfá fram á herbergi hans. Hún fólst meðal annars í að aðlaga umhverfisstjórnunarbúnað svo hann gæti hringt bjöllu, kveikt ljós og stýrt fjarstýringu fyrir sjónvarp. Hér var unnið eftir endurhæfingarlíkani sem fellur undir jöfnunarlíkan þar sem komið er til móts við skerta getu. Elías fékk einnig hvíldarspelkur á þessum tíma og unnið var gegn kreppum og bjúg í höndum með óvirkum (e. passive) æfingum sem teljast undirbúningsæfingar fyrir iðju og flokkast undir lagfæringarlíkan (Fisher, 2009).

Fljótlega eftir komu fór Elías að sitja í hjólástól. Til að byrja með sat hann hálf útafliggjandi í stólnum með miklum stuðn-ingi. Eftir því sem styrkur og úthald til að sitja jókst fór hann að geta setið uppréttari og veitti það honum möguleika á að stjórna hjólástólnum sjálfur. Þá hófst íhlutun við prófanir og aðlögun á hjólástólum sem varði allt endurhæfingarferlið. Sú vinna miðar að því að koma til móts við skerta getu einstak-lingsins og flokkast undir endurhæfingar-likan. Þegar úthald Elíasar við að sitja í stól jókst bættist þjálfun í athöfnum daglegs lífs. Hann prófaði að klæða sig í og úr peysu, raka sig, bursta tennur og matast. Honum gekk vel að matast eftir að áhöld höfðu verið aðlöguð til þess. Annað gekk ekki eins vel og Elíasi varð fljótt ljóst að hann yrði háður mikilli aðstoð við eigin umsjá, að klæða sig og snyrta. Í stað þess að eyða orku og tíma í æfingar sem myndu skila takmörkuðum árangri vildi Elías heldur nota krafta sína til að gera aðra hluti. Sem dæmi þá vildi hann verða sjálfbjarga með að nota hjólástól, geta notað tölvu og keyrt bíl eins og sjá má á markmiðum hans í töflunni. Hér var unnið jöfnum höndum út frá jöfnunar-og leiknilíkönum (Fisher, 2009). Elías æfði upp leikni í athöfnum eins og að matast og keyra hjólástólinn og sú íhlutun flokkast undir lífafl-fræðilega nálgun (Fabrizio og Rafols, 2014). Jafnframt fór fram stöðug aðlögun og prófun á hjálpartækjum sem fellur undir endur-hæfingarlíkan.

Fræðslulíkan (Fisher, 2009) kom aðeins við sögu í endurhæfingu Elíasar. Hann tók þátt í námskeiði sem haldið var fyrir mænuskadd-aða og aðstandendur þeirra, þar sem iðjuþjálfí kenndi meðal annars umhirðu og notkun hjólástóla.

Tafla 2. Þjónustuyfirlit fyrir hálsmænuskaða CV alskaða			
Aðlagð með leyfi Guðrúnar Árnadóttur, febrúar 2016			
ÞJÓNUSTUYFIRLIT FYRIR IÐJUÞJÁLFUN Á GRENSÁSI			
ÞÆTTIR OTIPM Þjónustuferlis Fisher	ADGERÐALÝSING		
	MATSADFERÐ		
	ÓFORMLEG	MATSTÆKI	MÆLITÆKI
MATSLOTA 1. Iðja – aðstæður Skjólstæðingssýn Styrkleikar/erfiðleikar	Heimatilbúinn gátlisti 2009	COPM OSA	
MATSLOTA 2. FRAMKVÆMDA-GREINING (e. PERFORMANCE ANALYSIS)	Ökumat Áhorf		
MATSLOTA 3. ATHAFNAGREINING (e. TASK ANALYSIS)	Gátlisti fyrir heimilisathugun Gátlisti fyrir set-stöðugreiningu Skynþróf		Liðmælar Þrýstingsmotta
MARKMIÐ			
- Að geta komist um í hjólástól - Að geta keyrt bíl - Að geta notað tölvu			
ÍHLUTUNARLOTA 4. VELJA LÍKAN	NÁLGUN/ SÉRTÆKT LÍKAN	IÐJU/ÍHLUTUNAR FLOKKUR	DÆMI UM AÐFERÐ
A. JÖFNUNARLÍKAN LEIÐ: Koma til móts við skerta getu	Endurhæfingar-likan	AÐLÖGUD IÐJA Tilsögn í breyttum framkvæmda aðferðum við mismunandi iðju UNDIRBÚNINGUR LÍKAMSHLUTA FYRIR ÆFINGAR	- ADL þjálfun: fara í/úr peysu, bursta tennur, matast. - Þrófun, aðlögun og útvegun hjálpartækja s.s. hjólástóla, umhverfisstjórnun, persónulyftari, tæki til að stjórna tölvu, bílalyfta og bílahjálpartæki. - Heimilisathugun og ráðgjöf varð-andi aðlögun. - Ráðgjöf varðandi réttindi til hjálpartækja, setsöðu í hjólástól, þrýstingssárahættu og fleira.
B. LEIKNILÍKAN LEIÐ: Endurheimta/þróa framkvæmda-þætti: - Hreyfipættir - Verkferlipættir - Boð- og samskipta þættir	Lífaflfræði líkan	ÁUNNIN IÐJA ADL IADL Námsþjálfun Félagsleg þátttaka	- ADL þjálfun til að auka leikni við að matast. - Ferðir út úr húsi til að auka félagslegt sjálfstæði við breyttar aðstæður. - IADL þjálfun til að auka leikni við að komast um í hjólástól (hand-knúnum og rafknúnum). Þjálfun í að nota tölvu með höfuðstýrðri mús og blástursrofa.
C. LAGFÆRINGALÍKAN LEIÐ: Endurheimta/þróa einstaklings-þætti eða líkamsstarfsemi	Lífaflfræði líkan	UNDIRBÚNINGS-ÆFINGAR Beinar æfingar líkamsstarfsemi	Handarþjálfun og spelkugerð sem miðar að því að vinna gegn kreppum og draga úr bjúgmyndun.
D. FRÆDSLULÍKAN LEIÐ: skipuleggja/veita fræðslu	Kennslufræði	Hópfræðsla	Námskeið fyrir einstaklinga með mænuskaða og aðstandendur um hjólástóla og réttindi þeim tengd.
5. ÍHLUTUNARLOTA	ÍHLUTUN	ÍHLUTUN	ÍHLUTUN
6. ENDURMATSLOTA	MATSADFERÐ		
	ÓFORMLEG	MATSÆKI	MÆLITÆKI
	Áhorf Gátlisti fyrir set-stöðugreiningu	COPM	
7 MARKMIÐ/ÚTSKRIFT			

Íhlutun iðjuþjálfá í endurhæfingu Elíasar var byggð á öllum líkönum sem þjón-ustutafla iðjuþjálfá á Grensási inniheldur. Vægi endurhæfingarlíkansins sem flokkast undir jöfnunarlíkan var lang mest og var það líkan notað allan tímann. Íhlutun með lífafl-fræðilegri nálgun undir leiknilíkani kom þar næst þegar þjálfuð var upp framkvæmda-geta við iðju. Lífaflfræðileg nálgun var einnig notuð undir lagfæringalíkani, þó í litlum mæli og aðallega í byrjun endurhæfingar-innar. Vægi fræðslulíkans þegar litið er á

íhlutunartímann, þar sem unnið var út frá kennslufræði var einnig lítið í samanburði við önnur líkön.

Ef Elías hefði fengið hlutskaða á mænu og þar með endurheimt að hluta styrk og hreyfigetu í lömuðum vöðvum hefði þjón-ustutafla hans lítið öðruvísi út. Breytingin hefði verið sú að fleiri mælitæki hefðu verið notuð, markmið hefðu breyst sem og vægi hvers líkans í íhlutunarlotunni. Í matslotum hefði auk þeirra matsaðferða sem nefndar

Tafla 3. Þjónustuyfirlit fyrir hálsmænuskaða sem gengst undir færnibætandi handaraðgerð			
Aðlagð með leyfi Guðrúnar Árnadóttur, febrúar 2016			
ÞJÓNUSTUYFIRLIT FYRIR IÐJUPJÁLFUN Á GRENSÁSI			
ÞÆTTIR OTIPM Þjónustuferlis Fisher	AÐGERÐALÝSING		
	MATSADFERÐ		
	ÓFORMLEG	MATSTÆKI	MÆLITÆKI
MATSLOTA 1. Iðja – aðstæður Skjólstæðingssýn Styrkleikar/erfiðleikar		COPM	
MATSLOTA 2. FRAMKVÆMDA-GREINING (e. PER-FORMANCE ANALYSIS)	Áhorf		
MATSLOTA 3. ATHAFNAGREINING (e. TASK ANALYSIS)	Skynpróf	Sollerman Hand Function Test	Liðmælar Dynamometer* Pinchmælir*
MARKMIÐ - Að geta tannburstað sig. - Að geta haldið á pensli og málað myndir. - Að geta flett blaði með fingrunum.			
ÍHLUTUNARLOTA 4. VELJA LÍKAN	NÁLGUN/ SÉRTÆKT LÍKAN	IÐJU/ÍHLUTUNAR FLOKKUR	DÆMI UM AÐFERÐ
A. JÖFNUNARLÍKAN LEIÐ: Koma til móts við skerta getu	Endurhæfingar-líkan	ADLÖGUD IÐJA Tilsögn í breyttum framkvæmda aðferðum við mismunandi iðju UNDIRBÚNINGUR LÍKAMSHLUTA FYRIR ÆFINGAR	- Spelkur til að hvíla og verja hendi fyrstu vikur eftir aðgerð. - Aðlögun og útvegun hjálpartækja fyrst eftir aðgerð.
B. LEIKNILÍKAN LEIÐ: Endurheimta/ þróa framkvæmda-þætti: - Hreyfiþættir - Verkferliþættir - Boð- og samskipta þættir	Lífaflfræði líkan	ÁUNNIN IÐJA ADL IADL Tómstundastarf-semi	- Æfa tannburstun. - Fletta blöðum og bókum. - Halda á pensli og mála.
C. LAGFÆRINGALÍKAN LEIÐ: Endurheimta/ þróa einstaklings-þætti eða líkamsstarfsemi	Hugræn hreyfi-stjórnun Lífaflfræði líkan Skynhreyfinálganir	LAGFÆRANDI IÐJA ADL IADL Tómstundastarf-semi EFTIRLÍKING IÐJU UNDIRBÚNINGS-ÆFINGAR Beinar æfingar líkamsstarfsemi	- Spelkur til æfinga. - Handarþjálfun sem miðar að því að æfa nýja hreyfigetu og senda boð til heila um breytta virkni vöðva. - Andlegur stuðningur og hvatning - ADL-þjálfun: nota tannbursta, drekka úr bolla, nota gaffal án hjálpartækja. - IADL-þjálfun: t.d. fletta dagblaði og mála mynd með aðlöguðum pensli. - Líkamsbeiting/Vinnustellingar
D. FRÆÐSLULÍKAN LEIÐ: skipuleggja/ veita fræðslu			
5. ÍHLUTUNARLOTA	ÍHLUTUN	ÍHLUTUN	ÍHLUTUN
6. ENDURMATSLOTA	MATSADFERÐ		
	ÓFORMLEG	MATSÆKI	MÆLITÆKI
	Áhorf Gátlisti fyrir set-stöðugreiningu	COPM	
7 MARKMIÐ/ÚTSKRIFT			
<i>*Matstækin Dynamometer og Pinchmælir eru notuð í endurmatslotu en ekki í matslotu. Ef Elías hefur enga hreyfigetu í hendi þá er ekki hægt að meta gripstyrk og niðurstaðan yrði 0. Eftir aðgerðina væri komin styrkur sem í flestum tilvikum er vel mælanlegur með þessum mælitækjum.</i>			

eru í töflu 2, verið notað AMPS (Fisher og Jones, 2014) og mælitæki sem meta lið-leika, styrk, gróf- og finhreyfingar. Auk þeirra markmiða sem sjá má í töflunni hefði Elías sett sér markmið sem lúta að sjálfsbjarg-argetu eins og að geta klætt sig sjálfur og fleira. Megin breyting þjónustutöflunnar hefði þó verið í íhlutunarlotu þar sem mun meira hefði verið unnið út frá lagfæringa- og leiknilíkönum en í fyrra dæminu þar sem Elías var með alskaða. Vægi jöfnunarlíkans hefði því verið minna í endurhæfingarferl-inu. Engu að síður hefði það verið notað

samhliða hinum líkönunum allan tímann þar sem Elías hefði þurft hjálpartæki og aðlögun á umhverfi. Það hefði verið unnið að því að endurheimta líkamsstarfsemi eins og hreyfigetu, styrk og skyn. Nálgunin hefði verið út frá lífaflfræðilíkani, hugrænni hreyf-istjórnun og skynhreyfinálgunum (Fabrizio og Rafols, 2014; Trombly Latham og Bentzel, 2014). Þjálfunin hefði flokkast undir undir-búningsæfingar, lagfærandi iðju og eftir-líkingu iðju. Sem dæmi hefði Elías fengið handarþjálfun þar sem hendur og fingur hefðu fyrst verið hituð upp og liðkuð. Því

næst hefði hann gert liðkandi og styrkjandi æfingar fyrir fingur og að lokum fengið keilur sem hann myndi stafla upp. Samhliða eða í framhaldi af því hefði Elías þjálfað upp fram-kvæmdafærni eins og við klæðnað. Nálgun þeirrar þjálfunar hefði verið lífaflfræðileg og fallið undir leiknilíkan. Fræðslulíkan með kennslufræðinálgun hefði verið eins í þjón-ustutöflu Elíasar hvort sem hann hefði verið með alskaða eða hlutskaða.

Öllum einstaklingum með mænuskaða er boðið upp á eftirfylgd á LSH Grensási á tveggja til fimm ára fresti, þar sem farið er yfir og metið af þverfaglegu teymi ýmis atriði sem tengjast mænuskaðanum. Þjón-ustutafla fyrir íhlutun iðjuþjálfva veitta í eftir-fylgdarprógrammi inniheldur fyrst og fremst matslotuna. Viðtal og spurningarammi er notað, auk þess sem iðjuþjálfí fyllir út *Functional Independent Measure (FIM)* (Gran-ger og Hamilton, 1992). Ef breytingar hafa orðið á setstöðu þá er stundum fylltutur út gátlisti fyrir setstöðugreiningu (Setstöðu-ráðgjöf hjálpartækjamiðstöðvar SÍ, 2011) og þrýstingsmotta (Buck, 2011; Vermeer, 2008) notuð til að meta sárahættu. Einnig er áhorf notað. Í íhlutunarlotu er unnið eftir jöfnun-arlíkaninu þegar sótt er um hjálpartæki og þau aðlöguð.

ÞJÓNUSTUYFIRLIT FYRIR FÆRNIBÆTANDI HANDARAÐGERÐ

Hvort sem Elías hefði fengið C-V alskaða eða hlutskaða ætti hann kost á að fara í færni-bætandi handaraðgerð. Þessar aðgerðir hafa verið í boði fyrir Íslendinga með mænuskaða frá árinu 2006 og eru unnar í samstarfi við hið sænska „Tetra Hand Team“ sem er með aðsetur í Gautaborg. Í stuttu máli ganga þessar aðgerðir út á að tengja sínar úr ólömuðum vöðvum í upphand-legg við sínar í fingrum. Markmiðið er að einstaklingurinn fái meiri hreyfigetu og þar með aukna framkvæmdagetu. Mikil teymis-vinna lækna og þjálfara er í kringum þessar aðgerðir og þar er framlag iðjuþjálfva ekki síst mikilvægt.

Í matslotu þjónustuferils (sjá töflu 3), áður en Elías færi í handaraðgerð myndi iðjuþjálfí nota *COPM* til að fá fram markmið hans og fá mat hans á færni sinni. Hreyfigeta handa hans yrði metin með liðmæli og ef hægt væri með gripstyrksmælum. Einnig yrði Elías metinn með Sollerman Handfunction Test (Sollerman og Ejeskär, 1995) sem metur gæði þess grips sem einstaklingur notar við 20 mismunandi verk. Áhorf til að meta færni

Elíasar yrði einnig notað rétt eins og í frum-endurhæfingu hans. Strax að lokinni aðgerð myndi íhlutunarlota iðjuþjálfunar hefjast með beinum handaræfingum og aðlögun á hjálpartækjum. Fyrstu vikunar eftir aðgerð yrði Elías með spelkur, bæði til hvíldar og við æfingar. Iðjuþjálfí myndi gera þessar spelkur og aðlaga eftir þörfum. Hann þyrfti að hlífa hendinni í nokkrar vikur eftir aðgerð og yrði því háður meiri aðstoð. Þetta gæti því leitt til þess að tímabundin þörf fyrir ný hjál-p-artæki skapaðist og að umönnunaraðilar hans þyrftu viðbótar leiðsögn og fræðslu. Hér flokkast íhlutun í iðjuþjálfun undir lag-færingarlíkan með notkun lífaflfræðinálg-unar og jöfnunarlíkan út frá endurhæfingar-líkani. Þegar liði á endurhæfinguna drægi úr beinum handaræfingum og áherslan yrði á þjálfun í framkvæmdafærni. Þar með myndi áherslan flytjast úr lagfæringarlíkani yfir í leiknilíkan en nálgunin væri áfram út frá lífaflfræði. Samhliða yrði unnið út frá jöfn-unarlíkaninu allan tímann, þar sem aðlaga þyrfti umhverfi að breyttri færni Elíasar. Sem dæmi þyrfti hann þykkari handföng á tann-bursta og pensla til að ná góðu taki á þeim. Eftir því sem gripið myndi styrkjast mætti þynna handföngin. Endurmat yrði gert þremur, sex og tólf mánuðum eftir aðgerð með sömu matstækjum og áður. Auk þess myndi iðjuþjálfinn meta framvindu með áhorfi meðan á íhlutun stæði.

UMRÆÐA

Vinna við þjónustuyfirlit fyrir þjónustu iðju-þjálfva á LSH Grensási, bæði heildarþjón-ustutöflu og undirtöflur er liður í framþróun. Þjónustuyfirliti fyrir þjónustu iðjuþjálfunar LSH Grensási, tafla 1 er ætlað að auðvelda yfirsýn yfir þjónustu sem veitt er þar. Að sama skapi er undirtöflunum ætlað að lýsa þjónustu fyrir ákveðinn skjólstæðingahóp. Með undirtöflunum eru komin verkfæri til að auka yfirsýn yfir þjónustu iðjuþjálfva fyrir mænuskaddaða. Út frá þeim er hægt að vega og meta þær mats- og íhlutunarað-ferðir sem notaðar eru. Slík skoðun gæti til dæmis leitt til ákvörðunar um að betra væri að auka vægi matsækja á kostnað óform-legra matsaðferða. Með töflunum er einnig hægt að bera saman þjónustu innan skjól-stæðingahópsins eins og gert var í þessari grein. Samanburðurinn sýndi að munur var á matsaðferðum og áherslum í íhlutun eftir því hvernig mænuskaða einstaklingarnir hafa.

Við gerð þjónustuyfirlitanna og ekki síður notkun þeirra við kennslu iðjuþjálfanema

í vettvangsnámi hefur tenging daglegrar vinnu iðjuþjálfva við faglegan bakgrunn aukist. Með því að fara yfir töfluna með nemendum reynist auðveldara að útskýra hvernig dagleg íhlutun skjólstæðinga raðast inn í þjónustuna og hefur slíkt örvað faglega rökleiðsluhæfni þeirra. Að sama skapi auð-velda töflurnar iðjuþjálfum á LSH Grensási að útskýra fyrir öðrum hvernig þjónusta þeirra er uppbyggð og út frá hvaða líkönum er unnið. Heildarþjónustutaflan, tafla 1, er takmörkuð við þjónustu iðjuþjálfunar á LSH Grensási. Að sama skapi takmarkast töflur 2 og 3 við þjónustu ákveðins skjól-stæðingahóps í iðjuþjálfun á LSH Grensási. Hvorki heildartaflan né undirtöflurnar eru endanlegar og mega aldrei verða það. Þær þurfa að þróast og breytast í takt við þróun iðjuþjálfafagsins og nýja þekkingu innan endurhæfingar. Þannig þurfa þjónustutöfl-urnar alltaf að vera ofarlega í huga þegar nýjar íhlutunarleiðir og matsaðferðir eru innleiddar og þeim þá bætt inn.

ÞAKKIR

Þakkir fær Elías sem veitti góðfúslega leyfi til að fjallað yrði um fötlun hans og þá þjónustu sem hann fékk á Grensási. Einnig fá félagar mínir í iðjuþjálfun þakkir fyrir yfirlestur og hvatningu.

HEIMILDASKRÁ

Atkins, M. S. (2014). Spinal cord injury. Í M. V. Radom-ski og C. A. Trombly Latham (ritstjórar), *Occu-pational Therapy for Physical Dysfunction* (7. útgáfa) (bls. 1168-1214). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Buck, S. (2011). *More than 4 wheels: Applying clinical practice to seating, mobility and assistive tech-nology*. Milton: Therapy NOW!

Fabrizio, A. og Rafols, J. (2014). Optimizing abilities and capacities: Range of motion, strength, and endurance. Í M. V. Radomski og C. A. Trombly Latham (ritstjórar), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (7. útgáfa) (bls. 589-613). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Fisher, A. G. (2009). *Occupational therapy interven-tion process model: A model for planning and implementing top-down, client-centered and occupation-based interventions*. Fort Collins, Colorado: Three Star Press.

Fisher, A. G. og Jones, K.B. (2014). *Assessment of motor and process skills. Volume 2: User manual* (8. útgáfa). Fort Collins, Colorado: Three Star Press.

Granger, C. V. og Hamilton, B. B. (1992). The Uniform Data System for medical rehabilitation report of first admissions for 1990. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71, bls. 108-113.

Guðrún Árnadóttir og Sigrún Garðarsdóttir. (2015). Þjónustuyfirlit sem grundvöllur gæðaþróunar innan iðjuþjálfunar. *Iðjuþjálfinn*, 1, bls. 26-32.

Setstöðuráðgjöf hjálpartækjamiðstöðvar SÍ. (2011). *Setstöðugreining*. Sótt af http://www.sjukra.is/lyf-og-hjalpartaeki/hjalpartaeki/sott-um-hjal-partaeki/gatlistar-med-umsoknum/

Sollerman, C. og Ejeskär, A. (1995). Sollerman Hand Function Test: A Standardised Method and its Use in Tetraplegic Patients. *Scandinavian Jour-nal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 29(2), bls. 167-176.

Trombly Latham, C. og Bentzel, K. (2014). Opti-mizing Sensory Abilities and Capacities. Í M. V. Radomski. og Trombly Latham, C. A. (ritstjórar), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (7. útgáfa) (bls. 681-698). Baltimore: Lippincott Wil-liams & Wilkins.

Vermeer, C. (ritsjóri). (2008). *mFLEX 4.0 User’s Manual 1st Edition*. Winnipeg: Vista Medical LTD.



ÚTSKRIFTARÁRGANGUR IÐJUÞJÁLFA 2004 FRÁ HA

Við hófum námið árið 2000. Þetta var fyrsti veturinn þar sem nemendur voru staddir á öllum árum svo þarna var heildin komin og oft var mikið fjör í tímum. Nemendur í iðjuþjálfun voru líka þeir sem gerðu „skrýtnu“ hlutina í tímum sem voru óhefðbundnir miðað við hið almenna háskólastarf en við sáum fljótt hvert markmiðið með því var. Við gerðum meðal annars engla í snjónum uppi á klettum við háskólann og fórum í fjöruga leiki á göngunum. Námið var líka krefjandi og oft á tíðum var erfitt að finna fyrir hinu margumtalaða jafnvægi í daglegu lífi. Enda var um að ræða mjög metnaðarfullan hóp sem vildi leggja sig sem best fram á öllum vígstöðum og sinna fjölskyldum sínum sem voru misstórar á þessum tíma. Það kom því fljótlega í ljós að ein góð lausn í krefjandi aðstæðum er að vinna vel í hópum sem og að hafa gaman saman milli krefjandi verkefna.

Prátt fyrir að hafa komið úr ólíkum áttum þá náði hópurinn okkar mjög vel saman og oft var mikið fjör í tímum. Nemendur í iðjuþjálfun voru líka þeir sem gerðu „skrýtnu“ hlutina í tímum sem voru óhefðbundnir miðað við hið almenna háskólastarf en við sáum fljótt hvert markmiðið með því var. Við gerðum meðal annars engla í snjónum uppi á klettum við háskólann og fórum í fjöruga leiki á göngunum. Námið var líka krefjandi og oft á tíðum var erfitt að finna fyrir hinu margumtalaða jafnvægi í daglegu lífi. Enda var um að ræða mjög metnaðarfullan hóp sem vildi leggja sig sem best fram á öllum vígstöðum og sinna fjölskyldum sínum sem voru misstórar á þessum tíma. Það kom því fljótlega í ljós að ein góð lausn í krefjandi aðstæðum er að vinna vel í hópum sem og að hafa gaman saman milli krefjandi verkefna.

Hópurinn er sammála um að námið hafi haft mikil áhrif á okkur sem einstaklinga og einhverjar höfðu á orði að þeim fyndist þær geta sigrað heiminn eftir að þær kláruðu námið og það höfum við eflaust gert hver á sinn hátt.

En hvar erum við staddir nú tólf árum síðar?

Aðalheiður Reynisdóttir býr á Akureyri ásamt eiginmanni og fjórum börnum. Eftir útskrift starfaði hún í sérdeild fyrir einhverf börn í Síðuskóla. Haustið 2008 fór hún í eins árs afleysingarstöðu við öldrunarlækningar-deildina á Kristnesi. Haustið 2009 réði hún sig sem iðjuþjálfari við Naustaskóla og sinnir þar margvíslegum verkefnum. Aðalheiður hefur sótt ýmis námskeið sem snúa að skólagöngu barna með ADHD og skipulagðri kennslu sem hefur nýst henni vel innan skólaumhverfisins.

Birna Guðrún Baldursdóttir hóf störf á Árholti skólavistun fyrir fötluð börn á aldrinum 10-16 ára, haustið 2004. Ári síðar tókst henni að laumast yfir skólalóðina og inn í Glerárskóla í 20% starf og var ráðin í 75% stöðu þar haustið 2006. Birna er enn starfandi í Glerárskóla og sinnir þar börnum á öllum aldri. Birna hefur tekið þátt í ýmsum verkefnum innan skólans sem byggja á alþjóðlegri samvinnu. Hún hefur sótt mörg námskeið sem tengjast félagsfærni barna, skipulagðri kennslu og ADHD svo eitthvað sé nefnt. Hún hefur staðið fyrir leikjanámskeiðum auk þess hefur hún haldið utan um klúbbastarf fyrir einhverf ungmenni og fullorðna á Norðurlandi, fyrir það hlaut hún

Múrbrjót Landssamtakanna Proskahjálpar 2014.

Eftir útskrift flutti **Björk Arnardóttir** á Hvolsvöll. Hún starfaði fyrsta árið við Hvolskóla og fólst starf hennar einkum í því að aðstoða fjölfatlaðan nemanda við skólastarfið. Björk vatt kvæði sínu í kross ári síðar og hóf störf á hjúkrunar- og dvalarheimilinu Hlíð þar sem hún sá um tólmstundir fyrir aldraða og sinnti hjálpertækjamálum innan heimilisins. Á árunum 2006 til 2014 var hún í stöðu sérkennslustjóra hjá leikskólanum Örk á Hvolsvelli en nú starfar hún á ný með öldruðum á dvalarheimilinu Kirkjuhvoli á Hvolsvelli. Árið 2015 lauk Björk viðbótar diplómanámi í heilbrigðisvísindum frá Háskólanum á Akureyri og stefnir á meistaraþráðu í sama námi.

Fyrsta árið starfaði **Hólmðís Freyja Met-húsalemsdóttir** við sérdeild fyrir einhverfa í Síðuskóla og Árholti skólavistun fyrir fötluð börn á aldrinum 10-16 ára á Akureyri. Vorið 2005 ákvað hún að breyta um umhverfi og hóf störf á Æfingastöðinni í Reykjavík og þar hefur hún starfað síðan. Haustið 2008 hóf Hólmðís meistaranám í Lýðheilsuvísindum og útskrifaðist með MPH gráðu frá Háskóla Íslands vorið 2011. Veturinn 2012-2013 starfaði hún á Heilsugæslunni í Grafarvogi í meðferðarteymi barna í 50% stöðu. Haustið 2013 bauðst henni 50% aðjunktstaða við iðjuþjálfunarfræðideild HA og kvaddi hún því heilsugæsluna til að takast á við kennsluna samhliða starfinu á Æfingastöðinni. Hólmðís starfaði í ritnefnd iðjuþjálfafélagsins 2005-2007 og í stjórn þess frá 2012-2016.

Hrefna Brynja Gísladóttir, aldursforsetinn í hópnum 48 ára gömul, tók sig upp frá Vestmannaeyjum til að hefja nám í iðjuþjálfun. Fyrsta veturinn starfaði hún sem iðjuþjálfari í afleysingu á geðdeild Sjúkrahússins á Akureyri. Í apríl 2005 hóf hún störf sem iðjuþjálfari hjá Öldrunarheimilum Akureyrar (ÖA) og hefur starfað þar síðan. Hrefna Brynja hefur tekið virkan þátt í að innleiða Eden Alternative hugmyndafræðina á ÖA, sú vinna er í stöðugri þróun. Árið 2009 fór

hún á námskeið í Danmörku til að kynna sér *Lífsneistann* (*The Spark of Life Philosophy*) sem snýr að þörfum fólks með heilabilun og hefur aflað sér réttinda til kenna þá hugmyndafræði hér á landi og haldið námskeið fyrir heilbrigðisstarfsfólk víða um land.

Fyrsta árið starfaði **Jóhanna B. Bjarnadóttir** ásamt Hrefnu Brynju í afleysingarstöðu á geðdeild Sjúkrahússins á Akureyri. Haustið 2005 flutti hún ásamt fjölskyldu sinni til Gran Canaria og bjó þar næstu sex árin. Eftir heimkomuna varð hún sér út um réttindi sem heilsunuddari og starfar við það samhliða vinnu sinni sem iðjuþjálfari. Hún hóf störf í félags og þjónustumiðstöð aldraðra í Viðilundi á Akureyri vorið 2013 í dagþjónustu. Um síðustu áramót sameinuðust dagþjónustan í Viðilundi og dagþjónustan á öldrunarheimilinu Hlíð og er hún nú iðjuþjálfari hjá Öldrunarheimilum Akureyrar (ÖA).

Jónína Guðrún Gunnarsdóttir bættist í hópinn okkar á fjórða ári og býr hún og starfar í Skagafirði. Hennar starfsferils er getið í umfjöllun um útskriftarárganginn 2003 í 15. tölublaði iðjuþjálfans. Við viljum þó eigna okkur hana að hluta og var hún ánægjuleg viðbót í góðan hóp hressra nema.

Petrea Guðný Sigurðardóttir starfaði fyrsta árið í afleysingum, fyrst á dagdeild geðdeildar Sjúkrahússins á Akureyri (SAK) og síðan í Árholti sem var skóla- og dagvistun fyrir börn með fatlanir. Haustið 2005 var hún ráðin á endurhæfingardeild SAK og tók þátt í að móta og þróa svokallaða lífsstílhópa. Fyrstu árin þar starfaði hún nær eingöngu í lífsstíls- og lungnahópum en á síðustu árum hefur hún í auknum mæli unnið í almennri endurhæfingu. Í desember 2009 lauk Petrea eins árs námi í hugrænni atferlismeðferð fyrir háskólamenntað heilbrigðisstarfsfólk. Petrea hefur nýlega aflað sér réttinda til að kenna námskeiðið *Er þetta svengd* (*Am I Hungry?*). Petrea hefur bæði starfað í fræðslu- og kynningarnefnd sem og ritnefnd iðjuþjálfafélagsins.

Ragna Valdís Elísadóttir hóf starfsferilinn sem sérkennslustjóri á leikskólanum Króga-bóli. Í ágúst 2007 fékk hún starf á fjölskyldudeild Akureyrarbæjar sem ráðgjafi í Atvinnu með stuðningi (AMS). Það var þverfagleg staða og hentaði iðjuþjálfamenntunin mjög vel. Hún kom einnig að fjárhagsaðstoðarviðtölum innan deildarinnar. Vorið 2009 hélt hún ásamt fjölskyldu sinni á vit ævintýranna og flutti til Sønderborgar í Danmörku. Um haustið hóf hún störf í „Hjælpemidleafdeling“ á vegum sveitarfélagsins. Fjölskyldan flutti aftur heim sumarið 2012 og hóf Ragna störf hjá fjölskyldudeild Akureyrarbæjar í úrræði sem ber heitið „Stuðningurinn heim“. Í ágúst 2014 réði hún sig til starfa í nýstofnuðu barna- og unglingageðteymi innan SAK (BUG teymi SAK) þar sem hún starfar enn.

Að útskrift lokinni hélt **Ragnhild Jakobsen** aftur heim til Noregs. Hún gerði sér lítið fyrir og nam hjúkrunarfræði við Háskólann í Bergen og starfar nú á bráðadeild á Haukeland - háskólasjúkrahúsinu í Bergen.

Sigurborg Sveinsdóttir hóf starfsferilinn sem iðjuþjálfari við leikskólann Sólborg á Ísafirði. Í janúar 2006 hóf Sigurborg störf við Landakotsspítala. Þar sinnti hún lengst af endurhæfingardeildunum auk dagdeildarinnar. Árið 2008 var Sigurborg ráðin við Gigtarmiðstöð Íslands og starfaði þar til ársins 2013.

Námið og námsárin við Háskólann á Akureyri þroskuðu okkur allar mjög mikið en það var á stundum ótrúlega krefjandi og ekki laust við að mann langaði jafnvel að gefast upp. Mikil sjálfsvinna var í gangi öll árin sem við búum allar að enn þann dag í dag og oft var stutt á milli hláturs og gráturs. Við áttuðum okkur fljótt á mikilvægi þess að halda áfram að þroska okkur sem persónur á margvíslegan hátt og sinna áhugamálum svo við upplifum fullnægju og jafnvægi í okkar daglega lífi.

Við hugsum til árána í HA með hlýju og þakklæti.

**Takk fyrir okkur
Árgangur 2004**

VIÐTAL VIÐ KRISTÍNU DÍS GUÐLAUGSDÓTTUR, IÐJUPJÁLFA Í SVÍPJÓÐ



SEGÐU OKKUR AÐEINS FRÁ SJÁLFRI ÞÉR.

Ég heiti Kristín Dís Guðlaugsdóttir og er fædd árið 1990. Ég er fædd og uppalin í Þorlákshöfn en flutti til Akureyrar þegar ég byrjaði í háskólanum. Ég hóf nám í iðjuþjálfun árið 2010, hálfu ári eftir að ég lauk stúdentsprófi. Ég útskrifaðist sem iðjuþjálfari árið 2014 og flutti út til Svíþjóðar strax í júní sama ár. Ástæða þess að ég flutti út var sú að unnusti minn var þegar fluttur út en hann hafði áður búið í Svíþjóð og vildi gjarnan að við myndum prófa að búa þar saman. Ég tók vel í að prófa að búa og vinna í nýju landi ásamt því að læra nýtt tungumál.

HVAR STARFAR ÞÚ Í DAG?

Þar sem ég var í nýju landi og kunni ekki tungumálið, byrjaði ég á því að fara í skóla í þrjá mánuði að læra sænsku. Eftir það hóf ég störf á leikskóla og hjálpaði það mér mikið, það er gott að læra tungumál af börnum. Ég byrjaði ekki að vinna sem iðjuþjálfari fyrr en í byrjun júní 2015, en þá fékk ég sumarafleysingarstöðu á endurhæfingardeild á sjúkrahúsi. Vegna langvarandi veikinda starfsmanns framlengdist vera mín og er ég því enn að störfum en þó ekki með fasta stöðu. Frá júní til september var ég á heilablóðfallsdeild þar sem skjólstæðingar koma beint inn til okkar eftir að hafa fengið blóðfall/blæðingu og stoppa þeir mislengi eftir því hversu mikill skaði hefur orðið. Í lok september var ég flutt yfir á bæklunarlækningadeild (ortoped) og er ég þar enn. Þangað koma skjólstæðingar ýmist eftir slys, veikindi, gerviliðaaðgerðir eða aflimun.

Á báðum þessum deildum sem ég hef verið á, vinna iðjuþjálfar og sjúkraþjálfar mikið saman og hjálpumst að þegar á þarf að halda t.d. þegar um flóknar þarfir skjólstæðinga er að ræða.

Ég hef ekki notast við mikið af eiginlegum matstækjum sem ætluð eru iðjuþjálfum. Ég hef þó oft lagt fyrir MMSE, ásamt öðrum óstöðluðum matstækjum til að kanna vitræna getu, sérstaklega í sumari þegar ég var á heilablóðfallsdeildinni.

HVERNIG GEKK AÐ HEFJA STÖRF Í NÝJU LANDI?

Það gekk miklu betur en ég þorði að vona en auðvitað var það erfitt, ekki síst vegna þess að þetta var mitt fyrsta starf sem útskrifaður iðjuþjálfari. Ég fékk mjög góða leiðsögn í upphafi en fyrstu 3-5 vikurnar fylgdi ég öðrum iðjuþjálfum. Annars skemmir það ekkert fyrir að bæði samstarfsfólk og skjólstæðingar eru yfirleitt mjög áhugasamir um mig og landið mitt þegar ég segist koma frá Íslandi.

HVERJAR ERU HELSTU ÁSKORANIRNAR?

Í mínu tilfelli er það nú helst tungumálið. Að yfirfæra það sem ég hef lært á íslensku yfir á sænsku og að koma frá mér því sem ég vil segja á sem skiljanlegastan máta.

HVAÐ ER SKEMMTILEGAST?

Mér þykir nú skemmtilegast þegar ég sé framfarir hjá skjólstæðingum t.d. skjólstæðingi sem hefur fengið stóra og mikla blæðingu og er vart hugað líf í upphafi og hefur

þurft hjálp við allt og ekki getað tjáð sig. Eftir x langan tíma sem er svo gríðarlega misjafn sér maður lítil skref í rétta átt.

Annars þykir mér mjög gaman og áhuga-vert að fara í heimilisathuganir og sjá skjólstæðinga á sínum heimavelli. Heimilisathuganirnar gerum við alltaf saman, iðjuþjálfari og sjúkraþjálfari. Yfirleitt kemur skjólstæðingur með og jafnvel einhverjir aðstandendur hans en það kemur þó fyrir að við fagfólkið förum bara og þá er það gert til að skoða aðgengi heima fyrir, t.d. hvort viðkomandi komist um á heimili sínu með hjólastól eða göngugrind.

HVERNIG SÉRD ÞÚ STARFID ÞITT FYRIR ÞÉR NÆSTU ÁRIN?

Ég á erfitt með að mynda mér skoðun á því eftir svona fáa mánuði í starfi. Annars var draumur minn alltaf að vinna sem iðjuþjálfari með börnum og verður það líklega næsti vettvangur sem ég mun prófa. Það er þó ekki eins mikið af iðjuþjálfum sem starfa með börnum hér í Svíþjóð eins og á Íslandi en einhversstaðar las ég að aðeins 5% af iðjuþjálfum starfa með börnum hér í Svíþjóð. Ég veit t.d. ekki til þess að iðjuþjálfar vinni með börnum í skólum og/eða leikskólum það er þá meira inn á hæfingarstöðum.

Við þökkum Kristínu Dís fyrir að gefa okkur innsýn í starf sitt í Svíþjóð.



HEIÐURSFÉLAGAR IÐJUPJÁLFAFÉLAGS ÍSLANDS 2016

Á 40 ára afmælisráðstefnu Iðjuþjálfafélags Íslands í mars fyrr á þessu ári voru þrír iðjuþjálfar heiðraðir fyrir ómælda vinnu í þágu fagsins, framúrskarandi störf og áhrif þeirra á þróun iðjuþjálfunar. Þessar konur eru þær Elín Ebba Ásmundsdóttir, Guðrún Árnadóttir og Guðrún Pálmadóttir og hlutu þær titilinn „Heiðursfélagar Iðjuþjálfafélags Íslands 2016“.

ELÍN EBBA ÁSMUNDSDÓTTIR

Menntun

Elín Ebba Ásmundsdóttir útskrifaðist sem iðjuþjálfari frá Ergoterapihøgskolen í Þrándheimi í Noregi árið 1979. Hún lauk námi í handleiðslu fyrir fagfólk árið 1988 og árið 1998 útskrifaðist hún með meistaraþráðu í iðjuþjálfun frá Florida International University í Miami í Bandaríkjunum. Vorið 2009 bætti hún enn við menntun sína þar sem hún lauk diplómanámi í fótunarfræði frá Háskóla Íslands.

Starfsferill

Elín Ebba starfaði hátt í þrjá áratugi sem forstöðukona iðjuþjálfunardeilda geðsviðs Landspítalans, fyrst sem yfirmaður geðdeildar Landspítala við Eiríksgrötu á árunum 1981-1986 og síðan sem forstöðumaður

iðjuþjálfunar geðdeilda Landspítala (síðar LSH) frá 1986-2007. Í aðdraganda stofnunar iðjuþjálfunarfræðideildar við Háskólann á Akureyri var ljóst að manna þyrfti deildina af fólki með hærra menntunarstig en tíðkaðist meðal iðjuþjálfara á Íslandi á þeim árum. Elín Ebba fór af þeim ástæðum til Bandaríkjanna, ásamt fleiri iðjuþjálfum frá Íslandi, í framhaldsnám við Florida International University. Þessir iðjuþjálfar lögðu á sig ómælda vinnu til þess að tryggja nætti mönnum, vöxt og viðhald nýju deildarinnar. Elín Ebba hefur sinnt kennslu við iðjuþjálfunarfræðideild heilbrigðisvísindasviðs Háskólans á Akureyri allt frá árinu 1999, sem lektor til ársins 2007 og sem dósent eftir það.

Elín Ebba hefur unnið sannkallað frumkvöðlastarf á sviði geðræktar og komið að ýmsum opinberum verkefnum á sviði geðræktarmála. Eitt þeirra er Geðrækt, sem í upphafi var samstarfsverkefni geðsviðs LSH, Landlæknisembættisins og Heilsugæslunnar í Reykjavík. Á vegum þess verkefnis hélt hún fjölmarga fyrirlestra og námskeið, heima sem og erlendis og hafði frumkvæði að Geðorðunum tíu og Geðræktarkassanum. Að hennar tilstuðlan var Notandi spyr notanda (NsN) rannsóknaraðferðinni komið á hér á landi, en sú nálgun hefur



Elín Ebba Ásmundsdóttir. Ljós. Lórus Karl Ingason

verið þróuð í Noregi af einstaklingum með reynslu af geðheilbrigðiskerfinu. Hún var ein af stofnendum Hugarafls, þar sem fagfólk og notendur lögðu fram hugmyndir sínar og unnu í sameiningu að þróun starfsins sem

þar fer fram. Hún starfaði með hópnum þar til að hún setti á stofn Hlutverkasetur, þar sem hún starfar nú sem framkvæmdastjóri. Tilgangur setursins er atvinnuendurhæfing, þ.e. að efla virkni og þátttöku fólks sem misst hefur hlutverk í lífinu og er sú virkni-miðstöð fyrirmyndardæmi um það hvernig valdefling, jafnréttisstefna og hugmynda-fræði iðjuþjálfunar er framkvæmd.

Framlag til iðjuþjálfunar og samfélagsins
Allt frá upphafi starfsferils síns hefur Elín Ebba verið óþreytandi við að kynna iðjuþjálfun. Hún fór fljótlega að verða sýnileg í samfélaginu sem talsmaður geðræktar og valdeflingar og varð eftirsóttur fyrirlesari á ráðstefnum og málþingum um geðheilbrigðismál, auk þess sem hún kom fram í fjölmiðlum. Framsetning hennar og framkoma er jafnan óhefðbundin og fordómalaus og iðulega varpar hún fram athyglisverðum spurningum, alltaf með hugmyndafræði iðjuþjálfunar að leiðarljósi. Hún hefur auk þess skrifað fjölmargar greinar um geðheilbrigðismál í blöð og tímarit. Í rannsóknum og fræðiskrifum hafa áherslur Elínar Ebbu verið á geðrækt, bataferli geðsjúkra og starfs- og atvinnuendurhæfingu og hafa niðurstöður vísindarannsókna hennar m.a. verið nýttar til nýsköpunarverkefna og til stefnumótunar á vegum hins opinbera.

Elín Ebba hefur hlotið ýmis verðlaun og viðurkenningar fyrir framlag sitt til geðræktar og má þar nefna Geðræktarstjörnuna sem hún fékk á alþjóða geðheilbrigðisdeginum árið 2003 fyrir að skipta sköpum með framlagi til geðræktarmála. Þá hlaut íslenska geðræktarverkefnið viðurkenningu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) og World Federation for Mental Health sem fyrirmyndarverkefni á sviði geðræktar árið 2004. Sama ár fékk Elín Ebba aðalviðurkenningu Brautargengiskvenna á vegum IMPRU fyrir útfæslu á hugmyndinni um Hlutverkasetur.

Á þeim 35 árum sem Elín Ebba Ásmundsdóttir hefur starfað sem iðjuþjálfari hér á landi hefur hún af þrotlausri orku unnið að því að breyta viðhorfum almennings, heilbrigðisstarfsfólks og opinberra ráðamanna til geðsjúkdóma og draga úr fordómum í garð einstaklinga með geðraskanir. Hún hefur barist fyrir fjölþættari valkostum í meðferðarmálum, batahvetjandi þjónustu og aukinni valdeflingu geðsjúkra.



Guðrún Árnadóttir

GUÐRÚN ÁRNADÓTTIR

Menntun

Guðrún lærði iðjuþjálfun í Kanada og útskrifaðist frá Manitoba háskóla árið 1978. Árið 1983 útskrifaðist hún fyrst íslenskra iðjuþjálfara með Bachelor gráðu í iðjuþjálfun. Þessari fyrstu Bachelor gráðu íslensks iðjuþjálfara fylgdi gullmedalía háskólans fyrir námsárangur. Meistaraprófi í iðjuþjálfun lauk Guðrún fyrst íslenskra iðjuþjálfara árið 1987. Prófið var frá Suður Kaliforníu háskóla í Los Angeles í Bandaríkjunum. Í tilefni útskriftarinnar hlaut hún viðurkenningu iðjuþjálfunardeildar háskólans sem veitt var í fyrsta sinn „Elizabeth J. Yerxa Award“ fyrir „excellence in graduate studies exemplifying the highest ideals of occupational therapy as a profession“. Guðrún lauk doktorsprófi í iðjuþjálfun frá háskólanum í Umeå í Svíþjóð árið 2010 og er fyrsti íslenski iðjuþjálfinn sem tekur doktorsgráðu í faginu.

Starfsferill

Guðrún byrjaði starfsferil sinn sem iðjuþjálfari árið 1978 hjá Styrktarfélagi lamaðra og fatlaðra og starfaði þar til ársins 1980. Þá hóf hún störf við Grensásdeild og vann þar með námshléum til 1992. Hluta þess tímabils, þ.e. á árunum 1983-1985 tók hún einnig þátt í uppbyggingu þjónustu iðjuþjálfara á bráða- og öldrunardeildum Borgarspítalans í Fossvogi. Á fyrstu árum starfsferils síns tók hún þátt í ýmsum nefndarstörfum á vegum iðjuþjálfar félags Íslands, Menntamálaráðuneytisins, Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins auk þverfaglegra norrænna nefnda og nefndar á vegum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO).

Árið 1990 gaf bandaríska bókaforlagið C.V. Mosby út bókina „The Brain and Behavior:

Assessing Cortical Dysfunction through Activities of Daily Living“, eftir Guðrúnu. Í kjölfarið fylgdu bókakaflar eftir hana í fagbókum iðjuþjálfara hjá mismunandi bandarískum forlögum s.s. F.A. Davis og Mosby Yearbook og hafa sumar þessar bækur verið þýddar á ýmis tungumál. Þar má nefna metsölubókina „Stroke rehabilitation: A Function Based Approach“ frá Elsevier forlaginu en sú bók er kennd við iðjuþjálfadeildir víða um heim og er nýlega komin út í fjórðu útgáfu. Hún hefur einnig skrifað bókakafla og greinar í íslensk rit. Árið 1992 gerðist hún sjálfstæður atvinnurekandi og útbjó kennslufni fyrir endurmenntunar námskeið iðjuþjálfara. Námskeiðin sem byggja á iðjumatstækini „Árnadóttir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation“ (A-ONE) urðu eftirsótt á heimsvísu í samfélagi iðjuþjálfara. Í dag gengur matstækið undir nafninu „The ADL-focused, Occupation-based Neurobehavioral Evaluation“. Hátt á annað hundrað A-ONE námskeið hafa verið kennd í 15 löndum fjögurra heimsálfa, þ.e. Asíu, Ástralíu, Evrópu og Norður Ameríku. Auk 5-7 daga endurmenntunarnámskeiða hefur Guðrún haldið fjölda styttri kynninga um iðju og taugaatferli í Ástralíu, Bandaríkjunum, Belgíu, Bretlandi, Danmörku, Finnlandi, Frakklandi, Grikklandi, Íslandi, Ítalíu, Hollandi, Hong Kong, Kanada, Kóreu, Japan, Noregi, Portúgal, Svíþjóð, Sviss og Þýskalandi. Hún starfaði einnig sem gesta-prófessor í Svíþjóð árið 1993. Frá árinu 1999 hefur Guðrún, auk námskeiðahaldsins, þjálfað upp erlenda aðstoðarkennara í Bandaríkjunum, Danmörku, Hollandi, Ítalíu, Japan og Kóreu og haft umsjón með nýsköpun og samhæfingu A-ONE kennslu-efnis. Í dag skipta iðjuþjálfar sem setið hafa A-ONE námskeið þúsundum. Guðrún starfaði einnig sem dósent við heilbrigðisdeild

Háskólans á Akureyri frá árinu 1998 til ársins 2009. Á þeim tíma lagði hún grunn að ýmsum námskeiðum fyrir iðjuþjálfanema sem hún hafði sjálf umsjón með fyrstu ár námsbrautarinnar þar með talið loka-verkefnisáfanganum og öllum námskeiðum námsbrautarinnar tengdum taugastarfsemi. Hún hefur jafnframt komið að ráðgjöf varðandi fjölmörg meistara- og doktorsverkefni við erlenda háskóla m.a. í Bandaríkjunum, Hollandi, Ítalíu, Japan, Kóreu og Svíþjóð. Árið 2000 kom út á íslensku rit í myndskreyttri litaútgáfu um hugtök A-ONE matstækisins og fræðigrunn þess. Áður höfðu hugtökin verið þýdd úr ensku og gefin út á nokkrum tungumálum. Önnur útgáfa íslensku þýðingar ritsins sem telur 70 bls. kom út fyrr á þessu ári. Árið 2001 bætti Guðrún við önnur störf sín hlutastarfi á Grensási og hefur síðan haft umsjón með þróunar- og rannsóknaverkefnum iðjuþjálfunardeildar Landspítala Háskólasjúkrahúss (LSH). Árið 2013 hlaut hún akademísku nafnbótina klínískur dósent við læknadeild Háskóla Íslands.

Framlag til iðjuþjálfunar og samfélagsins
Guðrún er höfundur A-ONE matstækisins, en matstækið var þróað til að meta áhrif skertrar heilastarfsemi á framkvæmd daglegra athafna sem hluti af meistaraprófsrannsóknum hennar, þar sem gerður var samanburður á tilgátum iðjuþjálfara byggða á klíniskri rökleiðslu og niðurstöðum tölvuvæðdra greiningartækja. A-ONE hefur hlotið alþjóðlega viðurkenningu og er notað víða um heim. Flutningur fræðsluerinda á ráðstefnum erlendis urðu árlegir viðburðir hjá Guðrúnu frá árinu 1988 og allt fram á þennan dag. Guðrún hefur auk klínískrar vinnu sinnt rannsóknarvinnu í gegnum tíðina með áherslu m.a. á framkvæmd iðju, taugaatferli og þróun mats- og mælitækja. Hún hefur skrifað bækur, bókakafla og ritrýndar greinar í erlend tímarit og kynnt fræði sín um víða veröld með kennslu, námskeiðum og gestafyrirlesturum og þannig efti iðjuþjálfunarfagið á heimsvísu. Hún hefur einnig kynnt klíníska- og rannsóknavinnu sína fyrir heilbrigðisstarfsfólki og fyrir almenningi t.d. með sýningarbásum á rannsóknarkynningum RANNÍS og einnig á 100 ára afmæli Háskóla Íslands. Hún er framúrskarandi frumkvöðull í iðjuþjálfunarfræðum og hefur vakið mikla athygli, bæði hérlandis og erlendis, fyrir áhrif fræða sinna á þróun iðjuþjálfunar. Til marks um það má t.d. nefna að því hefur verið haldið fram í Eleanor Clarke Slagle fyrirlestri (fyrirlesturinn er æðsta árleg viðurkenning bandaríska iðjuþjálfara

félagsins) að A-ONE sé fyrsta iðjumatstæki sögunnar, þróað fyrir iðjuþjálfara sem vinna með skjólstæðinga frá taugakerfi. Einnig má benda á að fjallað er sérstaklega um A-ONE matstækið og notkun þess í bandarískum stöðlum um starfsemi iðjuþjálfara sem vinna með einstaklingum sem hlotið hafa skerðingu á vitrænum þáttum og skynúrvinnslu. Fjöldi tilvitnana í erlendum fagbókum iðjuþjálfara og í ritrýndum tímaritsgreinum s.l. 25 ár í verk Guðrúnar (s.s. Willard & Spackman’s Occupational Therapy, Pedretti’s Occupational Therapy, Cognitive and Perceptual Rehabilitation: Optimizing Function, Occupational Therapy Evaluation for Adults, Stroke Rehabilitation, Introduction to Occupational Therapy, Cognitive and Perceptual Dysfunction: A Clinical Reasoning Approach to Evaluation and Intervention, Neurologi og Neurorehabilitering, Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SJOT), American Journal of Occupational Therapy, Journal of Rehabilitation Medicine, Journal of Neuroimaging, Journal of Neurorehabilitation and Neural Repair, Journal of the Formosan Medical Association, Neurologia) auk tilvitnana í fagblöðum á öllum norðurlandamálunum, ensku, hollensku, japönsku og þýsku, bera einnig vott um þau áhrif sem hún hefur haft í faginu á erlendri grundu. Hún hefur auk þess ritrýnt fjölda greina fyrir erlend tímarit og er m.a. ritstjórnarfulltrúi hjá SJOT.

Guðrún hefur hlotið ýmsar viðurkenningar á starfsferli sínum. Þar má nefna: The American Occupational Therapy Association Recognition of Achievement Award fyrir vísinda-, kennslu- og fræðastörf eða „Recognition of contributions as THEORIST, RESEARCHER, EDUCATOR, CLINICIAN, ACTIVIST and ACADEMIC WRITER“, viðurkenningar frá The California Foundation of Occupational Therapy, Phi Beta Kappa í Suður Kaliforníu, American Scandinavian Foundation, Fulbright og The World Federation of Occupational Therapy Poster Award. Henni hefur einnig hlotnast sá heiður að vera valin „Heiðursstarfsmaður Landspítala háskólasjúkrahúss“. Auk þess hefur Guðrún hlotið ýmsa styrki til vísindastarfa allt frá árinu 1988 t.d. frá Rannsóknarráði Íslands, Rannsóknarráði Borgarspítalans, Rannsóknarráði Landspítala, Vísindasjóði Háskólans á Akureyri og iðjuþjálfarfélagi Íslands.



Guðrún Pálmadóttir

GUÐRÚN PÁLMAÐÓTTIR

Menntun

Guðrún stundaði nám í iðjuþjálfun í Danmörku og lauk starfsréttindaprófi árið 1974 frá Aarhus Universitet for Terapiassistenter í Árósum. Hún lauk meistaraprófi í „Human Development and Family Studies“ árið 1984 frá Colorado State University í Colorado í Bandaríkjunum. Þar að auki hefur hún tekið ýmis námskeið á framhaldsstigi í eigindlegum og megindlegum rannsóknaðferðum við Háskóla Íslands.

Starfsferill

Guðrún starfaði fyrst sem iðjuþjálfari við Viborg Sygehus í Danmörku í hálfu ári, en í ársbyrjun 1975 hóf hún störf á endurhæfingardeild Landspítalans. Síðar það sama ár var hún ráðin til starfa á Reykjalund þar sem hún átti megnið af sínum starfsferli sem iðjuþjálfari, eða í 15 ár alls. Árin 1975 – 1977 gegndi hún stöðu almenns iðjuþjálfara og síðan stöðu yfiriðjuþjálfara til 1980. Árin 1985 og 1986 starfaði Guðrún sem deildariðjuþjálfari á geðdeild Landsspítalans við Eiríksögötu, en sneri síðan aftur til starfa á Reykjalundi þar sem hún var verkefnisstjóri iðjuþjálfunar á geðsviði til ársins 1997.

Árið 1997 réðst Guðrún til starfa sem lektor og brautarstjóri við nýstofnaða námsbraut í iðjuþjálfun (síðar iðjuþjálfunarfræðideild) Háskólans á Akureyri (HA). Hún gegndi þeirri

stöðu til ársins 2009 er hún hlaut framgang í stöðu dósentis. Árin 1999 – 2007 var hún með hléum staðgengill deildarforseta heilbrigðisdeildar HA og starfandi deildarforseti að hluta til árið 2000. Frá árinu 2006 hefur hún einnig tekið þátt í starfi framhalds-námsdeildar heilbrigðisvísindasviðs, bæði kennslu og stjórnun. Guðrún hefur gegnt ýmsum trúnaðarstörfum á vegum heilbrigðisvísindasviðs HA og m.a. setið í nefnd um innleiðingu viðmiða um æðri menntun og prófgráður frá árinu 2010 og í gæðaráði skólans frá 2015.

Framlag til iðjuþjálfunar og samfélagsins
Guðrún hefur átt ýmsa snertifleti við framgang iðjuþjálfunar á Íslandi og verið fyrirmynd og hvatning til annarra iðjuþjálfra. Á ferli sínum hefur hún komið að starfi með skjólstæðingum, sinnt kennslu og leið-

sögn nemenda og stundað rannsóknir með áherslu á reynslu notenda velferðarkerfisins og skjólstæðingsmiðaða þjónustu. Hún er einn af stofnendum Iðjuþjálfafélags Íslands og sat í fyrstu stjórn þess og fjölmörgum nefndum.

Guðrún tók þátt í hinni öru þróun fagsins sem átti sér stað á fyrstu árum þess og lætur enn til sín taka í þeim málum. Hún sat í nefnd um iðorð í iðjuþjálfun, en útgáfa þeirra í lok síðustu aldar var mikið framfaraskref fyrir fagið. Núna á Guðrún sæti í fræðilegri ritstjórn fagtímarits iðjuþjálfafélagsins og tók þátt í að móta reglur þess um ritrýningu greina sem gefa tímaritinu aukið faglegt vægi. Hún var annar af tveimur ritstjórum fyrstu og einu fræðibókarinnar um iðjuþjálfun á Íslandi sem var mikið afrek í svo litlu samfélagi sem okkar. Þá stýrði hún

einnig þýðingu Alþjóðlega flokkunarkerfisins um færni, fötlun og heilsu (ICF) í samstarfi við embætti landlæknis.

Guðrún stóð að markvissum undirbúningi íslensks náms í iðjuþjálfun ásamt Snæfríði Þóru Egilson, en þær nutu aðstoðar erlendra fræðimanna frá Bandaríkjunum og Kanada. Hún veitti náminu forstöðu fyrstu 12 árin og hefur setið í námsnefnd alla tíð og þannig stuðlað að stöðugri þróun og eflingu námsins í traustu samstarfi við aðra kennara þess. Undanfarin ár hefur Guðrún haft umsjón með BS-verkefnum iðjuþjálfunarfræðinema og einnig leiðbeint meistaranemum í heilbrigðisvísindum innan HA. Hún hefur alla tíð staðið vörð um orðspor iðjuþjálfunarfræði innan háskólans þar sem hún nýtur almennrar virðingar bæði innan deildar og utan.

ÁGRIP ÚTSKRIFTANEMA 2015

Bjarnfríður Laufey Guðsteinsdóttir
Katrín Ósk Aldan
Leiðbeinandi: Sara Stefánsdóttir

FJÖLSKYLDUMIÐUÐ ÞJÓNUSTA Á ÆFINGASTÖÐINNI: ENDURMAT Á VIÐHORFI FORELDRA TIL ÞJÓNUSTU

Hægt er að stuðla að betri færni fatlaðra barna með því að hlúa að fjölskyldum þeirra og nærumhverfi. Undanfarin ár hefur verið lögð áhersla á fjölskyldumiðaða nálgun í þjónustu við fötluð börn og fjölskyldur þeirra og þjónustumat er að verða æ mikilvægara í endurhæfingu barna. Tilgangur þessarar rannsóknar er að endurmeta viðhorf foreldra til þjónustu sem barn þeirra fær á Æfingastöðinni og að meta ánægju foreldranna með þjónustuna. Rannsóknin er framlag til umbótastarfs á Æfingastöðinni en niðurstöðurnar geta einnig nýst almennt við skipulag og framkvæmd þjónustu við fjölskyldur og sem þekkingarþróun innan fagstétta sem vinna með þeim. Með því að auka skilning fagfólks á viðhorfum fjölskyldna fatlaðra barna getur rannsóknin leitt til fjölskyldumiðaðri og skilvirkari þjónustu. Einnig er verkefninu ætlað að varpa ljósi á mikil-

vægi þjónustumats í endurhæfingu barna. Rannsóknarspurningarnar eru eftirfarandi; (1) Að hvaða marki er þjónusta Æfingastöðvarinnar fjölskyldumiðuð samkvæmt matstækinu MPOC? (2) Hvernig meta foreldrar þjónustu Æfingastöðvarinnar nú samborið við rannsókn frá árinu 2010? Rannsóknin var meginndleg þar sem notast var við lýsandi þversniðs rannsóknaraðferð og leyfi var fengið hjá Vísindasiðanefnd fyrir rannsókninni. Þátttakendur voru 172 foreldrar barna sem nutu þjónustu Æfingastöðvarinnar frá júní-nóvember 2014. Gögnum var safnað með matslistanum Mat foreldra á þjónustu (MPOC) ásamt viðbótarspurningum. Niðurstöðurnar voru skoðaðar með lýsandi tölfraði, settar fram í texta, töflum og myndum og bornar saman við fyrri rannsókn. Samkvæmt matstækinu MPOC meta foreldrar þjónustu Æfingastöðvarinnar fjöl-

skyldumiðaða að frekar miklu leyti. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að þjónustan einkenndist af virðingu og stuðningi, eflingu og samvinnu og er samhæfð og heildstæð, hins vegar var skortur á upplýsingagjöf til foreldra. Misjafnt er eftir aldri barns, færni og skerðingu hversu fjölskyldumiðaða þjónustu foreldrar telja Æfingastöðina veita. Samanburður við fyrri rannsókn bendir til þess að foreldrar meti þjónustuna að miklu leyti eins, en styrkleikar og veikleikar hennar eru að mestu þeir sömu nú og áður. Til að þróa gæðaðþjónustu í endurhæfingu barna og auka skilvirkni hennar er mikilvægt að framkvæma þjónustumat. Með því að leggja meiri áherslu á samvinnu allra hagsmunaaðila þjónustunnar við undirbúning, framkvæmd og úrvinnslu verður matið fjölskyldumiðaðra og líklegra til að uppfylla þarfir allra þeirra sem að þjónustunni koma.



Helena Rós Þórólfsdóttir,
Patricia Huld Ryan og Rakel Valsdóttir
Leiðbeinandi: Sonja Stelly Gústafsdóttir

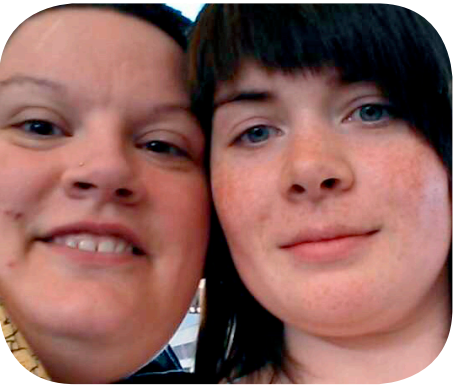
„ÉG KANNSKI STUNDA EINHVERJA SVONA GEÐRÆKT OG VEIT EKKI EINU SINNI AF ÞVÍ”: VIÐHORF FÓLKS TIL GEÐRÆKTAR, REYNSLA OG ÁSTUNDUN

Geðrækt miðar að því að efla vellíðan fólks og er talin hafa félagslegan og efna-hagslegan ávinning á öllum sviðum samfélagsins. Það skiptir máli að sköpuð séu jöfn tækifæri fyrir alla þar sem tekið er tillit til ólíkra þarfa og takmarkana fólks til að hefja og viðhalda heilbrigðum lífnaðarháttum. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna viðhorf fólks til geðræktar ásamt því að varpa ljósi á reynslu þess og þætti sem hafa áhrif á ástundun. Leitast var við að svara eftirfarandi rannsóknarspurningu: Hver eru viðhorf fólks til geðræktar, hver er reynsla þess og hvaða þættir hafa áhrif

á ástundun? Rannsóknin var eigindleg og gagna aflað með einum rýnihóp og þremur einstaklingsviðtölum. Stuðst var við opinn, óstaðlaðan viðtalsramma með sex spurningum. Alls tóku átta einstaklingar þátt, allt konur í háskólanámi á aldrinum 23 til 43 ára. Umræður og viðtöl voru afrituð orðrétt, kóðuð og greind í þemu. Þrjú meginþemu urðu til: Að takast á við lífið, Vellíðan og Geð-hvað? Þátttakendur töldu flesta sækjast eftir vellíðan og rækta eigið geð að einhverju leyti. Yfirleitt væri það ómeðvitað og ekki fyrr en á reyndi að fólk hugsaði um það meðvitað. Geðrækt væri einstaklings-



bundin og mismunandi hvað fólk gerði til að líða vel og efla eigin geðheilsu. Tækifæri í umhverfinu hefðu áhrif á val og ástundun geðræktar. Geðrækt gat komið að gagni við að viðhalda eða efla geðheilsu, sem bjargráð og að takast á við lífið almennt. Þátttakendur upplifðu hugtakið geðrækt jákvætt en flestir töldu almenning ekki skilja það auk þess sem orðið geð gæti virkað fráhrindandi. Þörf væri á frekari umræðu um það auk gagnsemi geðræktar. Mikilvægt er að fólk hugi meðvitað að geðrækt og að stjórnvöld takið mið af viðhorfum og reynslu fólks í geðheilbrigðisstefnu.



Gullveig Ösp Magnadóttir
Marsibil Anna Jóhannsdóttir
Leiðbeinandi: Guðrún Pálmadóttir

MAT Á EIGIN IÐJU: FÆRNI OG GILDI KARLA Á ALDRINUM 45-66 ÁRA

Færni segir til um það að hve miklu leyti maður getur haldið iðjumynstri og tekið þátt í iðju sem endurspeglar manns eigið iðjusjál. Gildi merkir það sem er mikilvægt fyrir einstaklinginn að geta gert og gefur iðju merkingu. Tilgangur rannsóknarinnar var að sjá hvaða áhrif skerðingar og sjúkdómar hafa á færni karla við iðju og gildi iðju fyrir þá. Eftirfarandi rannsóknarspurningar leiddu rannsóknina: 1). Hvernig meta karlar á aldrinum 45-66 ára færni sína og gildi samkvæmt matstækinu Mat á eigin iðju? 2). Hver er munurinn á færni karla sem eru að koma inn til endurhæfingar og annarra karla á svipuðum aldri? 3). Hver er munurinn á gildum karla sem eru að koma inn til endurhæfingar og annarra karla á svipuðum aldri? Til að svara spurningunum

var gerð var meginndleg lýsandi samanburðarrannsókn þar sem færni við iðju og gildi hennar voru skoðuð. Þátttakendur voru valdir með hentugleikaúrtaki. Í tilraunahópnum voru 20 karlar sem voru að hefja markvissa endurhæfingu vegna færniskerðingar og í samanburðarhópnum aðrir 20 sem ekki voru í þeirri stöðu. Færni og gildi voru mæld með matstækinu Mat á eigin iðju (Occupational Self-Assessment (OSA)). Niðurstöður leiddu í ljós að þeir karlar sem voru að hefja endurhæfingu mátu færni sína marktækt lægra en karlar í samanburðarhópnum. Jafnframt mat tilraunahópurinn mikilvægi/gildi matsatriða hærra en samanburðarhópurinn. Þegar rýnt var í niðurstöðurnar var munurinn á færni hópanna mestur í atriðunum „vinna í átt að mark-

miðum mínum“, „koma í verk því sem ég þarf að gera“, „ráða líkamlega við það sem ég þarf að gera“ og „sjá um staðinn þar sem ég bý“. Mesti munurinn á milli hópanna hvað varðar gildi var í atriðunum „slaka á og eiga góðar stundir“, „hafa venjur (rútinu) sem ég er sátt/ur við“ og „ráða líkamlega við það sem ég þarf að gera“. Þetta bendir til þess að fólk sem er að takast á við færniskerðingu sjái lífið á annan hátt ásamt því að líklegt er að skert færni dragi úr sjálfstrausti og trúnni á eigin áhrifamátt. Einnig gefur rannsóknin vísbendingar um að þegar fólk á erfitt með ákveðin atriði í lífi sínu virðast þau fá aukið gildi. Mikilvægt er því fyrir iðjuþjálfra sem og aðrar stéttir innan endurhæfingar að hafa þessar vísbendingar í huga í þjónustu við skjólstæðinga sína.

„VIÐ VILJUM KOMA TIL
MÓTS VIÐ ÞARFIR ÍBÚA“:
ÖFLUN OG NOTKUN HJÚKRUNAR-
HEIMILA Á UPPLÝSINGUM UM ÍBÚA

Aldraðir eru stækkandi hópur í íslensku samfélagi. Lögum samkvæmt eiga aldraðir rétt á aðstoð til að búa við eðlilegt heimilislíf eins lengi og unnt er. Jafnframt á þeim að vera tryggð nauðsynleg stofnanapjónusta þegar hennar er þörf. Þess skal gætt að aldraðir hafi tækifæri til að hafa stjórn á sínum málum og fái að taka sjálfstæðar ákvarðanir. Haga á skipulagi og rekstri öldrunarstofnana þannig að íbúar geti haldið sjálfræði sínu og háttum þannig að sem minnstar breytingar verði á aðstæðum þeirra. Með fjölgun aldraðra er líklegt að þörf fyrir þjónustu hjúkrunarheimila fari vaxandi og mikilvægt er að hún taki mið af einstak-

Aldís Eiríksdóttir, Guðrún Friðriksdóttir
og María Svava Sigurgeirsdóttir
Leiðbeinandi: Sólrún Óladóttir

MÉR VAR MÆTT AF VIRÐINGU OG TILLITSSEMI:
SKJÓLSTÆÐINGSMIÐUÐ ENDURHÆFING FÓLKS
MEÐ GEÐRÆNAN HEILSUFARSVANDA

Skjólstæðingsmiðuð þjónusta hefur samkvæmt rannsóknnum gefið góða raun í endurhæfingu fólks með geðrænan heilsufarsvanda. Tilgangur þessa verkefnis er að skoða reynslu skjólstæðinga af endurhæfingu á Reykjalundi og að hvaða marki hún samræmist skjólstæðingsmiðaðri þjónustu. Rannsóknarspurningin sem gengið er út frá er: Að hvaða marki samræmist reynsla fólks með geðrænan heilsufarsvanda í endurhæfingu á Reykjalundi, meginþáttum skjólstæðingsmiðaðrar þjónustu? Unnið var úr gögnum frá 30 þátttakendum sem svöruðu spurningalistanum „Reynsla mín af endurhæfingu“ en í honum eru sjö flokkar spurninga sem meta að hvaða marki þjónustan er skjólstæðingsmiðuð. Einstaklingarnir sem tóku þátt áttu það sameig-

lingsbundnum þörfum og óskum íbúa. Tilgangur rannsóknarinnar var að leita svara við því hvernig hjúkrunarheimili og stofnanir með hjúkrunarrými afla upplýsinga um bakgrunn íbúa sinna, óskir þeirra og venjur og hvernig upplýsingarnar eru notaðar. Verkefninu var ætlað að svara eftirfarandi spurningum: 1) Að hvaða marki afla og nýta hjúkrunarheimili/stofnanir með hjúkrunarrými bakgrunnsupplýsingar um nýja íbúa? 2) Að hvaða marki afla og nýta hjúkrunarheimili/stofnanir með hjúkrunarrými upplýsingar um óskir íbúa varðandi daglegar venjur? Í úrtakinu voru öll hjúkrunarheimili og heilbrigðisstofnanir með langtíma legurými

á Íslandi, eða 61 stofnun. Spurningalisti var sendur á einn tengilið á hverju heimili og bárust 37 svör sem gerir 61% svörun. Við rannsóknina var notast við meginlegt lýsandi rannsóknarsnið. Helstu niðurstöður voru að hjúkrunarheimilin sem svör bárust frá öfluðu öll upplýsinga um íbúa sína á einhvern máta. Alls öfluðu 86,5% heimilanna upplýsinga um bakgrunn íbúa og algengast var að þær væru nýttar til að kynnast íbúum betur og styrkja tengsl við þá. Nær öll heimilin, eða 97% öfluðu upplýsinga um daglegar venjur og óskir íbúa. Algengast var að þær upplýsingar væru nýttar til að koma til móts við þarfir og óskir íbúa.



HJÓLASTÓLAR OG SESSUR
FYRIR BÖRN OG FULLORÐNA



QUICKIE LIFE



ZIPPIE
YOUNGSTER 3

Fastus býður upp á fjölbreytt úrval hjálpertækja fyrir börn og fullorðna, s.s. hjólastóla og sessur, rafmagnshjólastóla, göngugrindur, vinnustóla, bað- og salernishjálpartæki, rafskutlur og smáhjálpartæki til daglegs lífs.

Fastus er
í samstarfi við
Sjúkratryggingar
Íslands

Komdu og skoðaðu
úrvalið í verslun okkar
að Síðumúla 16.
Við tökum vel á móti
þér og finnum réttu
lausnina fyrir þig.

VINNUSTÓLAR
FYRIR BÖRN OG FULLORÐNA



Vela Tango



Vela Salsa



Wombat

Rétt val á vinnustól léttir þér lífið við dagleg störf og tómstundaiðju. Sérhæft starfsfólk leggur metnað sinn í að finna rétta vinnustólinn fyrir þig.

