

# The Canadian Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering

**I rehabilitering skal tiltakene utformes for å nå mål som er viktige for brukeren. The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er utviklet for å beskrive og måle klienters egen vurdering av viktige hverdagsaktiviteter. Derfor passer redskapet godt som kartleggings- og evalueringsredskap i rehabilitering.**

AV INGVLID KJEKEN OG ANNE-LENE SAND-SVARTRUD

COPM bygger på the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E), som er en ergoterapimodell utviklet for å fremme klientsentrert praksis. Utviklingen av CMOP-E startet på 80-tallet, og første versjon er beskrevet i boken «Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective» (1), som også er oversatt til dansk (2). Sentralt i modellen er at ergoterapeuter samarbeider med brukerne i en klientsentrert praksis, der brukerens opplevelse og vurdering av egen aktivitetsutførelse vektlegges. I 2007 kom boka «Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Wellbeing & Justice through Occupation» (3), (dansk versjon (4)).

I den oppdaterte og utvidede modellen understrekes det at ergoterapeuters kjernekompetanse er å muliggjøre betydningsfull aktivitet. Videre tegnes følgende visjon for ergoterapifaget; «å bidra til å gi personer rettferdige muligheter til betydningsfull aktivitet gjennom å medvirke til sosiale endringer innen grupper, populasjoner og/eller organisasjoner». Dermed utvides ergoterapeuters virksomhet fra tidligere i hovedsak å omfatte individer og grupper til også å inkludere helsevesen, politikk og samfunn. Denne artikkelen omhandler muliggjøring av betydningsfull aktivitet på individnivå.

I det følgende gjennomgår kort sentrale elementer i modellen. Deretter beskrives kartleggings- og evalueringsredskapet COPM, som illustreres underveis med et kasus fra rehabiliteringspraksis.

## The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

Som flere andre ergoterapimodeller bygger den kanadiske modellen på systemteori.

I modellen defineres aktivitetsutførelse (occupational performance) som «... resultatet af en dynamisk, sammenflettet relation mellom person, omgivelser og betydningsfulle aktiviteter igennem en person levnedsløp; evnen til at velge, organisere og på tilfredsstillende vis udøve meningsfulde, kulturelt definerede og aldersrelevante betydningsfulde aktiviteter, mht at pleje sig selv, nyde livet og bidrage til samfundets sociale og økonomiske struktur» (4, s. 489).

Mennesket (person) forstås som å ha fysiske (physical), kognitive (cognitive) og affektive (affective) funksjoner, med det åndelige (spirituality) - tilværelsens eksistensielle kjerne - som det sentrale element. Omgivelsene (environment) har fysiske (physical), sosiale (social), kulturelle (cultural) og institusjonelle (institutional) elementer, hvor det sist nevnte omhandler de lover, forskrifter, rettigheter og tjenes-

ter som regulerer og tilbys i samfunnet (Figur 1).

Aktiviteter klassifiseres i kategoriene *personlige daglige aktiviteter* (self-care), *produktivitet* (productivity) og *fritid* (leisure). Personlige daglige aktiviteter er igjen inndelt i personlig stell, mobilitet og å fungere i samfunnet. Produktivitet omfatter lønnet/ulønnet arbeid, husarbeid og lek/skole/utdanning. Fritid inkluderer rolige fritidsaktiviteter, fysisk krevende fritidsaktiviteter og sosiale aktiviteter.

Aktivitetsutførelse forstås videre som et opplevd, snarere enn et observerbart fenomen. Aktivitetsutførelse er dermed subjektivt, og må defineres av de individer det gjelder, både ut fra hva som erfares som viktige og utfordrende aktiviteter, hvordan disse utføres, og hvor tilfreds den enkelte er med utførelsen.

Sentralt i modellen står klientsentrert praksis, som innebærer at klientens perspektiv synliggjøres og vektlegges. Klientsentrert praksis er basert på demokratiske ideer og knyttes til respekt for individet og samarbeid med klienten: «Ergoterapeuter udviser respekt for klienter, inddrager klienter i beslutningstagning, er fortalere for og med klienter med henblik på at imøtekomme klienters behov og anerkender i øvrigt klienters erfaring og viden» (2, s. 155).

I CMOP-E innebærer dette at kli-



**Ingvild Kjeke** er ergoterapeutspecialist og seniorforsker ved Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter ved Diakonhjemmet sykehus, og førsteamanuensis ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.  
E-post: [ingvild.kjeke@diakonsyk.no](mailto:ingvild.kjeke@diakonsyk.no)



**Anne-Lene Sand-Svartrud** er ergoterapeutspecialist og mastergradsstudent, og arbeider ved Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter og Nasjonal revmatologisk rehabiliteringsenhet ved Diakonhjemmet sykehus. E-post: [anne-lene.svartrud@diakonsyk.no](mailto:anne-lene.svartrud@diakonsyk.no)

enten er ekspert på eget liv, med rett til å ta valg, risiko og ansvar. Klienten er derfor den som best kan beskrive sin aktivitetsutførelse og avgjøre hvilke aktiviteter det er viktig å mestre. Ergoterapeuten på sin side har kunnskap om hvordan man kan muliggjøre deltakelse i meningsfulle aktiviteter (enable occupation).

### The Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

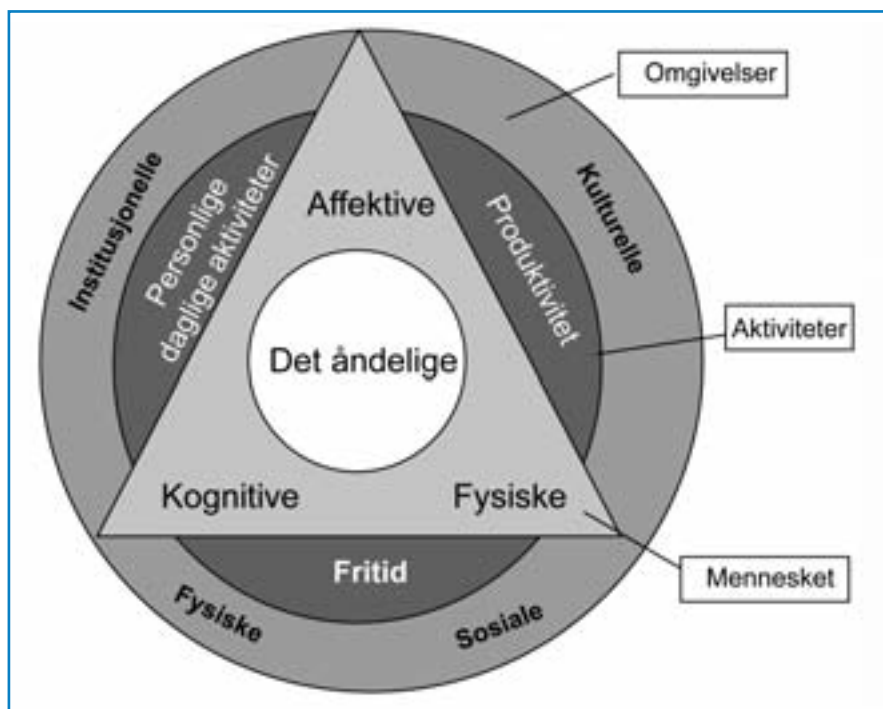
Gjennom utviklingen av CMOP-E ble behovet for metoder for å dokumentere ergoterapi tydelig. I 1988 startet arbeidet med å lage et instrument for å måle aktivitetsutførelse. Dette skulle baseres på den kanadiske modellen og skulle kunne brukes på tvers av diagnosegrupper og alder. Videre skulle instrumentet kunne ut i en numerisk (tallfestet) skåre, gi pålitelige resultater og være anvendelig i praksis. Resultatet ble the Canadian Occupational Performance Measure (COPM).

Utviklingen av et slikt instrument er en omstendelig prosess. Underveis er COPM blitt testet med hensyn til gyldighet (validitet), pålitelighet (reliabilitet), evne til fange endringer (responsivitet) og anvendelighet i praksis. Instrumentet er siden lanseringen i 1991 tatt i bruk i over 35 land, er oversatt til mer enn 20 ulike språk, og er et av de mest brukte instrumentene innen ergoterapi. Rettighetene til den norske versjonen forvaltes av Nasjonalt Revmatologisk Rehabiliterings- og Kompetansesenter (NRRK). I 2005 kom foreløpig siste versjon av instrumentet (5), som også foreligger på norsk og kan bestilles via NRRKs hjemmeside [www.nrrk.no](http://www.nrrk.no). Her ligger også utfyllende informasjon om COPM og oversikt over studier knyttet til ergoterapeuters spesialistområder. Den norske versjonen er testet for gyldighet, pålitelighet, responsivitet og anvendelighet med gode resultater (6, 7), og er brukt i norske studier som er publisert både nasjonalt (8-13) og internasjonalt (14-19).

#### COPM:

#### intervju- og skåringsprosess

COPM er et instrument som dokumenterer klientens vurdering av, og



Figur 1: The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

tilfredshet med, utføring av betydningsfulle aktiviteter som klienten har problemer med å mestre.

For å bruke COPM trenger man manual, vurderingsskjema og skåringskort.

Basert på den kanadiske modellen er COPM-skjemaet delt inn i tre aktivitetsområder; personlige daglige aktiviteter, produktivitet og fritid. Hvert av disse områdene er igjen delt inn i tre underkategorier, svarende til inndelingen i CMOP-E, med eksempler i parentes under hver underkategori. Kategoriene med eksempler er ment som stikkord ergoterapeuten kan bruke under intervjuet.

Intervju og skåring er en prosess i fire trinn:

- 1) beskrive aktivitetsproblemer
- 2) vurdere betydning
- 3) skåre utførelse og tilfredshet med utførelse, og
- 4) oppfølging og revurdering.

#### Trinn 1. Beskrive aktivitetsproblemer

Første trinn er å intervju klienten om daglige aktiviteter. I intervjuet oppmuntres klienten til å fortelle hvilke aktiviteter vedkommende gjerne vil gjøre, må gjøre eller forventes å gjøre i løpet av en dag. Hensikten er å bli kjent med klienten, og å innhente hans/hennes vurdering av hvilke aktiviteter som er utfordrende å mestre i

hverdagen. Derfor styres samtalen inn mot aktivitetsområder og konkrete aktiviteter klienten opplever som problematiske. De aktivitetene klienten beskriver som utfordrende, noteres fortløpende i vurderingsskjemaet under den passende aktivitetskategorien. Erfaringsmessig er det lurt å holde seg tett til klientens formuleringer av aktiviteten, da dette letter senere skåring.

Det er ikke et mål å avdekke flest mulig aktivitetsutfordringer eller identifisere problemer innenfor alle kategoriene, men man bør stille minst et spørsmål innen hvert område for å sikre at bredden i aktuelle problemer blir beskrevet. Terapeuten bør også følge opp og utdype klientens spontane beskrivelser under intervjuet, og etterprøve egen forståelse av klientens beskrivelse, slik at undersøkelsen blir så gyldig som mulig.

Fordi COPM-intervjuet ikke følger en standardisert mal, bør man utvikle en intervjuform man er fortrolig med, og som passer til klientgruppen man arbeider med.

#### Kasus: Johanne

Johanne er 54 år, gift og bor i enebolig med mannen sin, Steinar, og sønnen Kalle på 16 år. Hun jobber fulltid som reklamekonsulent. Hun er kjent for å være effektiv, erfaren og god på både



Figur 2. Kort for skåring av betydning

kundekontakt og kollegarelasjoner. Hjemme har hun hovedansvaret for rengjøring og matlaging. På fritiden er engasjement i to hageforeninger viktig. Dessuten er Johanne primus motor for sosiale sammenkomster med venner og familie, og blir høyt verdsatt for det. De siste årene har hun prøvd seg på sykling og svømming, men det har mest blitt sporadisk. Hun ble mer bevisst behovet for trening da hun fikk diagnosen revmatoid artritt for to år siden, men treningen er ikke etablert i hverdagsrutine-ene foreløpig.

### Innleggelse på revmatologisk avdeling

Johanne bruker medisiner for å dempe betennelsesprosessene i kroppen, og har deltatt på poliklinisk revmaskole for å lære mer om sykdommen og viktigheten av å holde seg aktiv til tross for smerter og stivhet. Det har imidlertid vært vanskelig å finne den rette medisinen, fordi hun reagerer allergisk på flere av alternativene. Det er en tung prosess for Johanne stadig å få forhåpninger til nye medisiner, for så å bli skuffet når de ikke gir ønsket effekt. Etter hvert har hun fått økende smerter, stivhet og slitenhet og blitt halvt sykmeldt fra jobben. Hun har nå blitt henvist til revmatologisk sengepost.

I samtale med revmatolog forklarer Johanne at hun opplever ikke å strekke til, verken hjemme eller på jobb. Hun greier å jobbe 50 prosent, fordelt på fem ukedager, men føler hun sliter seg helt ut på det. Hun er ikke lenger særlig sosial, og mange gjøremål hjemme eller på jobb har blitt mer plikt enn glede. Hun orker ikke trene, og hun er ikke med i hageforeningene. «Jeg som pleier å være full av overskudd, er virkelig ikke det lenger! Alt det vanlige kjennes veldig tungt. Både på grunn av smerter og på grunn av lite energi.»

De ansatte på sengeposten blir enige med Johanne om å fortsette prosessen for

å finne fullgod medisiner, tilpasse treningsøvelser for henne og samtidig gjøre en nærmere vurdering av hverdagsproblemene knyttet til hjem, arbeid og fritid.

### COPM-intervju

Som en del av vurderingen velger ergoterapeuten Gunnar COPM-intervju som verktøy for å strukturere den første samtalen han skal ha med Johanne. Gunnar har hilst og blitt litt kjent med Johanne dagen i forveien. Nå setter de seg ned for å gå nærmere inn på Johannes aktivitetsproblemer i hverdagslivet. Gunnar innleder: «Ergoterapi legger vekt på hva som er nødvendige og ønskelige gjøremål for deg i hverdagen, fordi det er en viktig del av helsa vår. I denne samtalen har du mulighet til å snakke om aktiviteter som kan være utfordrende eller vanskelige hjemme, på jobben og i fritiden.» «Det vanskeligste er å gå på jobben!», sier Johanne raskt, lettet over å kunne dele problemet med noen. «Fortell mer om hva som er vanskelig ved det,» sier Gunnar. Johanne sier det er vanskelig med PC-relaterte oppgaver, for hun har mye vondt når hun sitter lenge ved kontorpulten. «Og så er vel problemet hele arbeidsstilen min», sier Johanne. «Det nytter ikke å jobbe sånn, for jeg blir helt pumpa når jeg kommer hjem». «Det høres ut som et av aktivitetsproblemene på jobb er PC-oppgavene ved kontorpulten, stemmer det?», sier Gunnar. Johanne bekrefter at det er rett oppfattet. Gunnar fortsetter: «Si litt mer om arbeidsstilen din». «Jeg presser meg til å jobbe like intenst og energisk som før jeg ble syk, selv om jeg er der bare halve tida. Jeg greier ikke akseptere at jeg har mindre krefter og energi. Og da greier jeg ikke fortelle det til kollegene mine heller. Jeg sliter med å finne en arbeidsmåte som stemmer med hvordan kroppen min fungerer nå.» Gunnar foreslår å skrive «Jobbe i tråd med hvordan kroppen fungerer». Det

høres riktig ut for Johanne. Det mer overordnede problemområdet «Gå på jobben» har blitt konkretisert til aktivitetsproblemene «PC-oppgaver ved kontorpulten» og «Jobbe i tråd med hvordan kroppen fungerer». Gunnar noterer det under «Lønnet arbeid» i COPM-skjemaet.

«Hva slags gjøremål er vanskelig hjemme, synes du?», spør Gunnar. «Børste håret» og «Skjære opp maten med bestikk» noteres under «Personlig stell»; «Sykle på ergometersykel» og «Svømme» blir notert under «Fysisk krevende fritidsaktiviteter». Johanne blir glad for at noen er interessert i det banale, hverdagslige med hårbørsting og å bruke bestikk, selv om hun har funnet måter å håndtere det sånn tålelig på. Hårbørsting har hun vent seg til at tar litt lengre tid. Når hun mister grepet på bestikket, bortforklarer hun det gjerne med en kommentar om å ha tankene et annet sted.

«Så er det vondt å vri håndleddet», fortsetter Johanne. «Hva slags situasjoner tenker du på da?», sier Gunnar. Johanne konkretiserer det til «Skru opp vaskemiddelkorker» og «Vri opp vaskekluten». Gunnar noterer det under «Husarbeid» i COPM-skjemaet. «Men det tyngste er nok middagslaging. Jeg har kjøpt ny stekepanne som er lett å håndtere, og jeg ga meg selv automatisk sausevisp og nye, gode kniver i gave sist jul. Disse tingene hjelper meg godt. Det leie er at jeg ikke trives med middagslaging lenger! Før var det typisk meg å koble av foran grytene. Nå savner jeg gløden med å lage mat. Faktum er at jeg ikke orker tanken på å planlegge hva vi skal ha til middag, lage handleliste, avtale med Steinar og Kalle hvem som handler inn, og så videre. Jeg er god til å lage middag, men har ikke energi til det lenger.» Johanne og Gunnar blir enige om å skrive «Planlegge ukas middagslaging» og «Lage middag (ha energi til det)» under «Husarbeid» i COPM-skjemaet.

Gunnar lurte på om Johanne har problemer med sosiale aktiviteter i hverdagslivet. Johanne savner hageforeningsmøtene hver andre uke. Hun orker ikke å delta på dem lenger. Dessuten er det vanskelig å kjøre bil til og fra. «Hva er utfordrende ved bikjøring, synes du?» spør Gunnar. «Jeg får så vondt i begge

*håndleddene av å holde på rattet og når jeg skraper is av bilen. Det skjer jo når jeg kjører bil til og fra jobb også», sier Johanne. De blir enige om å skrive «Delta på hageforeningsmøter hver andre uke» under «Fritid/sosiale aktiviteter» og «Holde bilrattet» og «Skrape is av bilen» under «Fungere i samfunnet».*

## Trinn 2. Vurdering av betydning

Når de ulike aktivitetsproblemer er beskrevet, ber man klienten vurdere hvor viktig hver av disse aktivitetene er for henne eller ham ved å stille følgende spørsmål: «Hvor viktig er det for deg å kunne gjøre denne aktiviteten?» (Figur 2).

Som hjelpemiddel bruker man skåringskortet for betydning, som legges foran klienten. Betydningsskåren for hver enkelt aktivitet føres inn i rubrikken utenfor den aktuelle aktiviteten. Dette er en viktig fase i prosessen, fordi det innebærer at klienten umiddelbart involveres i å prioritere områder for intervensjon. Samtidig får terapeuten innsikt i klientens forståelse, og kan bruke dette i planlegging av behandlingen.

## Trinn 3: Skåring

Med utgangspunkt i opplysningene fra trinn 2 bes klienten så om å velge ut de aktivitetene som det er viktigst å gripe fatt i under behandlingen, begrenset oppad til fem. Terapeuter har erfart at den beste måten å gjøre det på, er å vise klienten de fem aktivitetene hun/han har skåret høyest under trinn 2, og spørre om det er disse det er viktigst å gjøre noe med. Dette gir klienten mulighet til å bekrefte hvorvidt dette er stemmer, eller velge andre aktiviteter dersom de heller ønsker det. De valgte aktivitetene noteres i seksjonen «Problemer med å utføre aktiviteter» i vurderingsskjemaet.

Deretter skal klienten foreta en vurdering av nåværende utførelse av hver prioriterte aktivitet, og av hvor tilfreds hun/han er med nåværende utførelse. Til dette brukes skåringskort for utførelse og tilfredshet, som legges ved siden av hverandre foran klienten. Klienten svarer så på spørsmålene «Hvordan vurderer du den måten du utfører aktiviteten på slik du

Problemer med å utføre aktiviteter	Utførelse	Tilfredshet
Gjøre PC-oppgaver ved kontorpulten (på jobb)	6	4
Jobbe i tråd med hvordan kroppen fungerer (på jobb)	3	2
Holde bilrattet	5	4
Lage middag (ha energi til det)	5	2
Delta på hageforeningsmøter hver andre uke (ha energi til det)	4	3

**Tabell 1: Skåring av utførelse og tilfredshet**

*gjør den nå?» og «Hvor tilfreds er du med den måten du for tiden kan utføre denne aktiviteten?» ved å angi et tall for henholdsvis utførelse og tilfredshet. Igjen er skåringskalaen fra 1 til 10, der 10 angir svært god utførelse eller høy tilfredshet.*

Tallverdiene for hver prioritert aktivitet noteres i de tilhørende rubrikkene. Totalt antall utførelsespoeng regnes så ut ved å legge sammen tallverdier for utførelse og dele på antall aktiviteter. På tilsvarende måte beregnes total tilfredshetsskåre ved å legge sammen poengene for tilfredshet og dele på antall aktiviteter.

Totalskåren noteres i seksjonen «Totalskåre» i tilhørende rubrikker.

De prioriterte aktivitetene danner deretter grunnlaget for mål og tiltak i den påfølgende behandlingen.

### Johanne skårer betydning, utførelse og tilfredshet

*Johanne ser COPM-arket sitt og skårer hvert aktivitetsproblem ut fra hvor viktig det er for henne å gjøre den aktiviteten. Gunnar viser henne de fem aktivitetene hun har skåret høyest i betydning: PC-oppgaver ved kontorpulten (betydningsskåre 10), å jobbe i tråd med hvordan kroppen fungerer (10), holde bilrattet (10), lage middag (ha energi til det) (9), og delta på hageforeningsmøter hver andre uke (8). Han spør om det er disse fem hun synes det er viktigst å gripe fatt i under behandlingen, eller noen av aktivitetsproblemerne hun har skåret lavere. Johanne velger de fem hun har skåret høyest.*

*For å få fram hvordan Johanne opplever sin egen aktivitetsutførelse, går*

*Gunnar videre og ber henne vurdere hvert prioriterte aktivitetsproblem utifra måten hun utfører aktiviteten på nå, og deretter hvor tilfreds hun er med dette. Han forklarer skåringskortene han legger foran henne. Johanne skårer det slik det vises i Tabell 1.*

*Før behandling planlegges, mener Gunnar det er aktuelt å supplere COPM-intervjuet med nærmere kartlegging av ressurser og utfordringer i Johannes arbeidssituasjon og kartlegging av energifordelingen mellom arbeid, hjem (som inkluderer middagslagingen) og fritid (som inkluderer hageforeningsmøtene). Det høres bra ut for Johanne, og de møtes til ny avtale om to dager.*

### Vurdering av arbeidssituasjon og energifordeling i hverdagsaktiviteter

*Da velger Gunnar semistrukturerte intervjuer (WRI (Worker Role Interview)(20) og WEIS (The Work Environment Impact Scale)(21) som i kombinasjon gir detaljert informasjon om personens subjektive opplevelse av seg selv som yrkesutøver og opplevelsen av hvordan det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet påvirker arbeidsevnen. Intervjuene dekker også hvordan funksjon og arbeidsevne henger sammen med ansvarsoppgaver hjemme, daglige rutiner og påvirkning av andre roller (som for eksempel ektefelle, forelder, venn).*

*Gunnar og Johanne kommer fram til en konkret og detaljert oversikt over ressurser og utfordringer i jobbsituasjonen. Det blir klarere for dem begge at begrenset energikapasitet (fatigue) er en like stor årsak til aktivitetsproblemerne som smerter og stivhet. For Johanne har det blitt jobben som har fått alt av kref-*

ter og energi, mens det har blitt lite igjen til praktiske og sosiale oppgaver hjemme og på fritida. Johanne har blitt mer bevisst sammenhengene mellom arbeid, hjem og fritid gjennom disse kartleggingsamtalene.

## Aktivitetsmål og tiltak

Gunnar og Johanne oppsummerer kartleggingen så langt og blir enige om følgende aktivitetsmål for behandlingen:

1. Ha håndleddsmerter under 6 (på 10-gradert skala) ved bilkjøring.
2. Ha en god og variert arbeidsstilling ved kontorpulten.
3. Ha en arbeidsmåte som passer til Johannes krefter og energi.
4. Lage middag tre ganger i uka.
5. Gå på hageforeningsmøte en gang i måneden.

Tiltakene diskuteres i tverrfaglig team. Endret medisinerer er forventet å gi mindre smerter og stivhet, men effekt inntreffer kanskje ikke før etter seks til åtte uker. Fysioterapeuten antar at Johannes energikapasitet og arbeidsstilling kan bedres ved at hun trener kondisjon og styrke. Johanne og fysioterapeuten har utviklet et treningsprogram som kan gjøres i basseng og hjemme. Johanne har økt motivasjon for å trene nå, for hun har lært mer effektive øvelser enn hun har brukt tidligere, og er glad for et treningsprogram som passer henne godt, og som ikke tar lang tid. Håndøvelser er inkludert i dette. Lege og fysioterapeut synes likevel det er aktuelt med håndleddsstøtte til bruk i aktivitetsoppgaver som krever kraft og stabilitet i håndledd (som å holde bilrattet). I samtaler med sykepleier har Johanne snakket om bekymring for gjennomføringen av målene hun har satt seg. Det er vanskelig å endre på innarbeidede mønstre, og flere av endringene involverer dem hun har rundt seg, som Steinar, Kalle og arbeidsgiveren. Ergoterapeuten har lagt merke til det samme, og vil gjerne gi Johanne veiledning i prosessen i samarbeid med sykepleieren, familien og arbeidsgiveren.

Gunnar blir involvert i følgende behandlingstiltak, etter avtale med Johanne og det tverrfaglige teamet:

Mål 1. Gunnar tilpasser håndleddsorthoser for Johanne og gir opplæring i bruk. Orthosene er særlig aktuelle når Johanne

skal kjøre bil, inkludert skrape is av bilen. De kan også brukes hvis Johanne senere ønsker å sykle igjen.

Mål 2. Johanne har ikke villet vise sykdommen sin på jobb, men innser nå at arbeidsgiveren trenger mer informasjon om hva revmatoid artritt er og hvilke utfordringer det innebærer. På bakgrunn av WRI- og WEIS-intervjuet og fysioterapeutens vurdering, gir Gunnar henne råd, muntlig og skriftlig, om fysisk tilrettelegging av arbeidsplassen for å oppnå mer ergonomisk og variert arbeidsstilling. Johanne vil ta med seg rådene til en samtale hun avtaler med arbeidsgiveren rett etter utskrivelse.

Mål 3. Gunnar gir veiledning om portjonerte aktivitetsøker og lar Johanne utforske hva som er passende øker for seg i ulike aktiviteter på sykehuset og hjemme på helgpermisjon. Hun prøver også ut ulike måter å ha bevisste pauser på. Gunnar og Johanne diskuterer hva som kan gjøre det lettere for henne å ta pauser i løpet av en arbeidsdag. Johanne kommer fram til at arbeidsgiveren trenger informasjon om den begrensede energikapasiteten også, og at hun har vansker med å fordele kreftene selv, fordi det effektive arbeidsmønsteret er så etablert langt inni henne. Kanskje kan hun få et par oppgaver mindre, og kanskje kan timene hun jobber, fordeles annerledes? Hun vil ta opp dette i samtalen hun har avtalt med arbeidsgiveren.

Mål 4 og 5. Johanne tør ikke ha store mål om middagslaging eller hageforeningsmøter for arbeidssituasjonen hennes fungerer bedre, men samtidig vet hun at hun vil trives bedre i hverdagen hvis interessene blir mer prioritert igjen. Sammen med Gunnar drøfter hun en veiledende timeplan for bevisst planlegging av energifordeling mellom jobb, arbeid og fritid. Målet om middagslaging tre dager i uka er realistisk, mener Johanne, hvis to av dagene er lørdag og søndag, og hvis Kalle og Steinar deler på de øvrige dagene og tar på seg planlegging og innkjøp for en periode. Den uka hun planlegger hageforeningsmøte, kunne hun tenke seg at Kalle og Steinar tok noen av hennes rengjøringsoppgaver. Johanne inviterer Kalle og Steinar til et familiemøte med Gunnar og sykepleie-

ren. De er veldig takknemlige for mer informasjon om sykdommen, og vil gjerne bidra til at Johanne kan følge den veiledende timeplanen for god fordeling av krefter. Gunnar kontakter kommuneergoterapeuten, Irene. Sammen med familien blir de enige om at Irene kan gi Johanne veiledning om energiøkonomiserende aktivitetsutførelse knyttet til middagslagingen, og bistå familien i prosessen med å etablere ny ansvarsfordeling rundt praktiske oppgaver i hjemmet. Irene kjenner til COPM som verktøy for resultatmåling, og avtaler med Gunnar at hun kan foreta ny skåring av utførelse og tilfredshet senere i prosessen. Dette kan motivere Johanne til å holde fast på endringsprosessen hun er i gang med. Gunnar sender ergoterapi-epikrise til kommuneergoterapeuten, inkludert kopi av COPM-skjemaet der skåringsresultatene på side tre er dekket over for kopiering, med tanke på reskåringen som skal gjøres.

Kommuneergoterapeuten jobber videre med tiltak for å nå aktivitetsmål 4 og 5. Irenes observasjon av Johanne som lager middag hjemme, fører til flere energiøkonomiserende tiltak: formidling av ståstol som gjør at Johanne kan variere mellom stående og sittende stilling, og formidling av trillebord som utvider plassen ved komfyren. Da kan Johanne ha én arbeidsstasjon og ikke spre seg til flere steder i kjøkkenet. Johanne og Irene blir også enige om flytting av ingredienser og utstyr, slik at det hun bruker mest, er lettest tilgjengelig i skuffer og skap. Videre er Irene med på første møte, der familien finner en ansvarsfordeling rundt praktiske oppgaver som de gjerne vil prøve ut.

## Trinn 4: Revurdering

En ny vurdering kan gjøres en tid etter første vurdering og intervensjon. Tiden frem til oppfølging vil variere og avhenger av hva klient og terapeut vurderer som passende. Det anbefales imidlertid at man avtaler en tid for ny vurdering allerede før behandlingen iverksettes. Ved oppfølging skåres igjen Utførelse og Tilfredshet på de 10-graderte skalaene, og resultatet noteres i seksjonen «Oppfølging». Under reskåringen bør hverken klient eller terapeut vite hva klienten skåret innledningsvis. Om man planlegger

en oppfølging, anbefales det derfor at man umiddelbart etter den første skåringen tar en kopi av side tre i vurderingsskjemaet, hvor man har dekket til skåringsresultatene, og så bruker dette arket under re-skåringen.

Totalskåre for oppfølging regnes ut ved å legge sammen poengene for henholdsvis utførelse og tilfredshet ved tidspunkt 2 og dele på antall problemer.

Til slutt kan man regne ut forskjell i utførelse og tilfredshet ved å trekke summen for tidspunkt 1 fra tilsvarende under tidspunkt 2. For eksempel kan man vurdere endring i utførelse av en aktivitet i løpet av behandlingsperioden ved å trekke poengene for utførelse ved tidspunkt 1 fra poengene ved tidspunkt 2 for denne aktiviteten.

Man kan også regne ut endring eller manglende endring i utførelse eller tilfredshet ved å trekke totalskårene for henholdsvis utførelse 1 og tilfredshet 1 fra totalskårene for utførelse 2 og tilfredshet 2.

I COPM-manualen angis det at en forskjell på to poeng eller mer utgjør en klinisk relevant forandring. Dette kan brukes som en pekepinn når man sammen med klienten sammenligner skårene for aktiviteter ved ulike tidspunkter, og som et grunnlag for å vurdere om det er nødvendig med ytterligere intervensjon.

Videre kan anslaget brukes ved å summere opp antall aktiviteter hvor det er en positiv eller negativ forskjell på mer enn to poeng, eller ved å beregne gjennomsnittlig endring i utførelses- og tilfredshetsskåre på gruppenivå.

### Evaluering av aktivitetsmålene

Tolv uker etter utskrivelse fra revmatologisk sengepost møtes Johanne og Irene for å evaluere aktivitetsmålene. Johanne åpner samtalen med begeistring og forteller at bilkjøring er mye lettere. Håndleddsfortosene fungerer godt og det har blitt en vane å bruke dem når hun kjører bil. Johanne tror også at bedring skyldes håndtreningsovelsene hun gjør hver uke. Hun merker bedret evne til å holde hårbørste og bestikk også, og det er lettere å vri korker og vaskeklut. Kanskje er det også effekten av medisinerne hun kjenner nå.

Problemer med å utføre aktiviteter	Utførelse	Tilfredshet
Gjøre PC-oppgaver ved kontorpulten (på jobb)	9	9
Jobbe i tråd med hvordan kroppen fungerer (på jobb)	7	6
Holde bilrattet	9	10
Lage middag (ha energi til det)	7	6
Delta på hageforeningsmøter hver andre uke (ha energi til det)	4	3

Tabell 2: Reskåring av utførelse og tilfredshet

*Det hun derimot ikke har gjort, er å dra på hageforeningsmøter.*

*Motivasjonen er sterk, men på kveldstid er det fortsatt krevende å mobilisere krefter til å dra ut og ha overskudd til å treffe andre.*

*På jobb har hun møtt stor forståelse og vilje til tilrettelegging. Hun har fått heu- og senkbar pult og kontorstol som hun kan variere sittestillingen med. Dessuten fotstøtte under pulten, som også gir en bra variasjonsmulighet. Det beste er at hun har fått bytte kontor plass til en roligere del av lokalet. Da får hun bedre konsentrasjon og blir mindre sliten. Hun har fått én arbeidsoppgave mindre, men enda viktigere har det vært at fordelingen av de 50 prosentene har blitt justert. Hun jobber nå full mandag, fri hver onsdag og halve dager fra klokka ti resten av uka. Det fungerer godt i forhold til hennes energikapasitet. Det er fortsatt vanskelig å ta pauser og ikke ta på seg mer ansvar enn hun skal. Etter avtale med arbeidsgiver har Johanne spurt en kollega om å være støttespiller i planlegging av arbeidsdagene. Kollegaen skal hjelpe Johanne til å por sjonere krefter innenfor arbeidstiden og samtidig ta hensyn til planlagte gjøremål og trening utenfor arbeidstiden. Johanne vil gjerne ha som mål å jobbe mer enn 50 prosent, men vente med det til hun har kommet i gang med hageforeningsmøtene.*

*Johanne lager nå middag som planlagt tre dager i uka! Ståstol, trillebord og plassering av utstyr og ingredienser har raskt blitt en naturlig del av måten å jobbe på kjøkkenet på. Johanne viser Irene en kokebok hun kjøpte forrige uke*

*fordi hun ble så inspirert av å være i gang med middagsinteressen igjen. Steinar lager middag mandag og tirsdag, og Kalle annenhver torsdag. De ukene Kalle ikke lager middag, er alle enige om brødskive på benken. Johanne vil gjerne ha som mål å lage middag enda flere dager i uka.*

*Irene tar fram COPM-skjemaet hun fikk fra Gunnar, og ber Johanne vurdere på nytt hvordan hun opplever sine prioriterte aktivitetsproblemer nå. Johanne skårer slik det vises i tabell 2.*

*På grunnlag av dette bestemmer Johanne og Irene at de vil fortsette samarbeidet med følgende aktivitetsmål: Delta på hageforeningsmøter hver andre uke, lage middag fire dager i uka, og når dette er oppnådd, jobbe 75 prosent.*

### Noen praktiske tips

Hvordan man bruker COPM, bør tilpasses hensikt og situasjon. Er hovedhensikten å bli kjent med klienten, kan man velge kun å gjennomføre trinn 1 i prosessen. Dette vil gi nyttig informasjon om personens hverdagsaktiviteter, som igjen kan brukes som grunnlag for å enes om mål og tiltak. I en slik situasjon kan man også godta litt «vide» aktivitetsbeskrivelser - som for eksempel «påkledning» eller «lage frokost», dersom dette følges opp med observasjon av aktuelle aktiviteter for å konkretisere hva som er utfordringer og aktuelle tiltak.

Er hensikten å evaluere effekten av en intervensjon, må man derimot gjennomføre alle trinn i prosessen. Da er det også viktig at aktivitetene konkretiseres under intervjuet.



Figur 3: The Taxonomic Code of Occupational Performance (TCOP)

I CMOP-E beskrives en taksonomi for aktivitet utførelse, «The Taxonomic Code of Occupational Performance» (TCOP) (3, s.19). TCOP er et hierarkisk system som skiller mellom fem kompleksitetsnivåer i aktivitet utførelse (figur 2). Det enkleste nivået er viljestyrte bevegelser eller psykiske prosesser, som kan være å bøye en finger eller se på et tall. På nivået over dette kommer handling (for eksempel å trykke en tast eller forstå og huske et tall), så oppgave (for eksempel å printe ut en rapport), deretter aktivitet (for eksempel å skrive en økonomisk rapport), og øverst i hierarkiet betydningsfull aktivitet (for eksempel regnskapsføring), som defineres som «en aktivitet eller et sett av aktiviteter, der udøves med en vis konsekvens og regelmessighet, der giver struktur, og som tillegges verdi og mening af enkeltpersoner og en kultur» (3, s. 55) (Figur 3).

Vår erfaring fra evalueringsstudier er at man får mer presise skåringer når beskrivelsene ligger på aktivitets- eller oppgavenivå, og at det er lurt å bruke tid sammen med klienten til å få beskrivelsene såpass konkrete.

Videre har vi erfaring for at terapeuter noen ganger «slår sammen» flere aktiviteter eller oppgaver beskrevet under intervjuet (for eksempel «å klippe negler», «å tørke seg ved toalettbesøk» og «å vaske håret») til en aktivitetskategori (for eksempel «personlig hygiene») når fem aktiviteter

skal velges og skåres under trinn 3. Skal man imidlertid måle (tallfeste) utførelse og endring i utførelse, bør man unngå slik gruppering, og holde fast på enkeltaktivitetene slik de er beskrevet i intervjuet.

Ofte vil man gjøre revurdering (reskåring av de fem prioriterte aktivitetene) i forbindelse med konsultasjon eller hjemmebesøk. Forskning viser imidlertid at resultatet er like pålitelig om klienten får tilsendt de fem aktivitetene med tilhørende vurderingsskalaer, og så skårer og returnerer dette per post (7). En slik revurdering krever lite ressurser, og gjør det dermed lettere å gjennomføre mer systematisk evaluering av nytten en klientgruppe har hatt av ergoterapitilbudet. Ved NRRK er det utviklet en mal som kan brukes ved slik evaluering.

Det er også utviklet egne versjoner av COPM til bruk med barn. Mer informasjon om dette finnes på den danske ergoterapeutforeningens hjemmeside [www.etf.dk](http://www.etf.dk).

### Norsk versjon av COPM

Norsk versjon av COPM består av manual (instruksjonsbok), skjema og skåringskort, og kan bestilles via Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (NRRK), tlf.: 22 45 48 40, faks: 22 45 48 50, e-post: [firmapost@nrrk.no](mailto:firmapost@nrrk.no).

Det er også laget en norsk undersøknings-DVD om undersøkelse og

behandling av personer med revmatoid artritt, der COPM gjennomgås og eksemplifiseres med en pasient. Denne kan kjøpes via Høgskolen i Oslo og Akershus' nettbutikk. □

### Referanser

- (1) Canadian Association of Occupational Therapists. Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective. Revised edition ed. Ottawa, Ontario: CAOT publications ACE; 2002.
- (2) Townsend E. Fremme af menneskelig aktivitet. Ergoterapeutforeningen (dansk); 2002.
- (3) Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Wellbeing & Justice through Occupation. First ed. 2007.
- (4) Townsend E, Polatajko H. Menneskelig aktivitet II. En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter. 1 ed. Ergoterapeutforeningen (dansk); 2008.
- (5) Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (Manual). 4 ed. CAOT Publications ACE; 2005.
- (6) Kjekken I, Slatkowsky-Christensen B, Kvien TK, Uhlig T. Norwegian Version of the Canadian Occupational Performance Measure in Patients With Hand Osteoarthritis: Validity, Responsiveness, and Feasibility. Arthritis Rheum 2004;51:709-15.
- (7) Kjekken I, Dagfinrud H, Uhlig T, Mowinckel P, Kvien TK, Finset A. Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in Patients with Ankylosing Spondylitis. J Rheumatol 2005;32:1503-9.
- (8) Børge Hansen F, Mengshoel AM. Effekt av ADL-trening for personer med kronisk obstruktiv lungesykdom - en randomisert kontrollert studie. Ergoterapeuten (norsk) 2011;3:38-46.
- (9) Bøge M. Effekt av rehabilitering for personer med KOLS i forhold



*Håndledds ortosene fungerer godt og det har blitt en vane å bruke dem når hun kjører bil.*

- til utførelse av og tilfredshet med daglige aktiviteter.  
Ergoterapeuten (norsk) 2007;50(3):14-20.
- (10) Wilhelmsen FK. Bedre samarbeid, færre fallskader! Fysioterapeutens og ergoterapeutens samarbeid og resultater. Ergoterapeuten (norsk) 2007;(8):24-9.
- (11) Kaland S, Nurmohamed TJ. Bruk av COPM i intervensjon med schizofrene pasienter. Ergoterapeuten (norsk) 2006;(29):22-5.
- (12) Bø I, Rønningen A, Kjekken I, Dagfinrud H. Tverrfaglig rehabiliteringsopphold for pasienter med Bekhterevs sykdom ved Revmatismesykehuset Lillehammer. Fysioterapeuten 2010;4:24-30.
- (13) Kjekken I. Ergoterapi ved nyoppstått revmatoid artritt. In: Horg-hagen S, Sveen U, Holm J, Hagby C, Hammervold B, Reinsberg S, et al., editors. Beste praksis i ergoterapi. Trondheim: Tapir akademiske forlag; 2007. p. 141-56.
- (14) Kjekken I, Darre S, Smedslund G, Hagen KB, Nossum R. Effect of assistive technology in hand osteoarthritis: a randomised controlled trial. Ann Rheum Dis 2011;70:1447-52.
- (15) Kjekken I, Bø I, Rønningen A, Spada C, Mowinckel P, Hagen KB, et al. Long term effects of a three week in-patient rehabilitation program in patients with ankylosing spondylitis: a randomised controlled trial. In process 2011.
- (16) Lund A, Michelet M, Kjekken I, Wyller TB, Sveen U. Development of a person-centred lifestyle intervention for older adults following a stroke or transient ischaemic attack. Scand J Occup Ther 2011; E-pub ahead of print.
- (17) Paulsen T, Grotle M, Garratt A, Kjekken I. Development and psychometric testing of the patient-reported measure of activity performance of the hand (MAP-Hand) in rheumatoid arthritis. J Rehabil Med 2010;42:636-44.
- (18) Dagfinrud H, Kjekken I, Mowinckel P, Hagen KB, Kvien TK. Impact of functional impairment in ankylosing spondylitis: impairment, activity limitations, and participation restrictions. J Rheumatol 2005;32:516-23.
- (19) Kjekken I, Dagfinrud H, Slatkowsky-Christensen B, Mowinckel P, Uhlig T, Kvien TK, et al. Activity limitations and participation restrictions in women with hand osteoarthritis: patients' descriptions and associations between dimensions of functioning. Ann Rheum Dis 2005;64:1633-8.
- (20) Ellingham B., Jakobsen K. Worker Role Interview. Brukermanual. Norsk versjon. Høgskolen i Oslo. Avdeling for helsefag.; 2003. Rapport nr. 37.
- (21) Ellingham B., Jakobsen K. Work Environment Impact Scale. Brukermanual. Norsk versjon. Høgskolen i Oslo. Avdeling for helsefag.; 2003. Rapport nr. 38.