

En australsk modell for aktivitetsutførelse

(Occupational Performance Model)

En praksismodell i ergoterapi

AV CHRISTINE CHAPPARO OG JUDY RANKA

OVERSATT AV RITA JENTOFT OG SIGRID TONSTAD, HØGSKOLEN I TROMSØ
I SAMRÅD MED NILS ERIK NESS, HØGSKOLEN I TRONDHEIM

Kan ergoterapi uansett virksomhetsområde og klientgruppe beskrives med samme modell? Hva skal i så fall være med i en slik modell? Den australske modellen Occupational Performance Model (OPM) tar utgangspunkt i Aktivitetsutførelse og beskriver ulike dimensjoner knyttet til dette. Modellen inkluderer bl.a. romlige, tidsmessige og åndelige aspekter i tillegg til dimensjoner vi kjenner fra andre Aktivitetsmodeller, men vektlegger – spennende nok – personens egen tolkning av Aktivitetsbehov.

Modell for Aktivitetsutførelse, Occupational Performance Model (OPM), vil bli presentert for første gang i Skandinavia ved Høgskolen i Tromsø til høsten. Et av kapitlene fra boka med samme navn (ref) er med forfatternes godkjenning oversatt til norsk. I oversettelsen er det til dels brukt begreper som anvendes i oversettelsen av MMA (Ergoterapeuten nr 13/1997). Begrepet Occupation blir gjennomgående oversatt med Aktivitet (blir skrevet med stor A i teksten), vel vitende om at begrepet er mer utvidet og har en annen betydning enn det norske aktivitet. Sentrale engelske begreper vil også bli presentert på engelsk sammen med den norske oversettelsen.

Introduksjon til modellen

De siste 20 årene har begrepsmodeller fått stor oppmerksomhet innen ergoterapiutdanning og praksis. (American Occupational Therapy Association (AOTA), Inc., 1973; Hopkins, 1990; Kielhofner 1985; Reed & Sanderson, 1983; Reed 1984.) Til tross for at det er utviklet en rekke begrepsmodeller har ingen enkel modell klart å dekke hele profesjonens behov både når det gjelder teori, praksis og utviklingsarbeid. (Hubbard 1991). Forståelse av begrepet Aktivitetsutførelse (Occupational Performance, OP) har vært utviklet siden 1972 (AOTA 1973).

Denne forståelsen er senere brukt som guide for klientrettet praksis (Canada OTA, 1991) og som terminologi i klassifiseringssystem (AOTA, Inc., 1989) og i studieplaner (School Occupational Therapy, 1986, 1992). I tillegg har enkelte terapeuter anvendt begrepet Aktivitetsutførelse, for å beskrive ergoterapeutisk innhold og prosess i ulike områder av praksis. (Arnadottir, 1990; Christiansen, 1991; Dunn & Champell, 1991; Llorens, 1976; Mosey, 1986; Nelson 1984, 1988; Pedretti & Pasquinnelli-Estrada, 1985).

Denne artikkelen beskriver en utvidet Modell for Aktivitetsutførelse, som er utviklet ved Universitetet i Sydney, Australia. Presentasjonen er begrenset til å omhandle modellens struktur, definering av nøkkelbegreper og en beskrivelse av hvordan modellen kan anvendes til å forklare ergoterapi og strukturere praksis.

Oppbygging av modellen

Krefting (1985) foreslo at begrepsmodeller skal besvare følgende spørsmål i ergoterapeutisk praksis: Hva evaluerer og behandler

ergoterapeuter og hvorfor? Å skape begrepsmodeller er en utviklende prosess som begynner med en idé (Reynolds, 1980). Prosessen går fra et sett ideer til et klassifiseringssystem som utvikler begreper som en guide. Til slutt utvikles begrepene til en felles anerkjent forståelse innen profesjonen (Reynolds, 1980, Yerxa, 1983).

Modellen som beskrives her representerer et eksempel på ulike stadier i bygging av modeller hvor begreper er blitt utviklet og klassifisert som resultat av forskning i praksis.

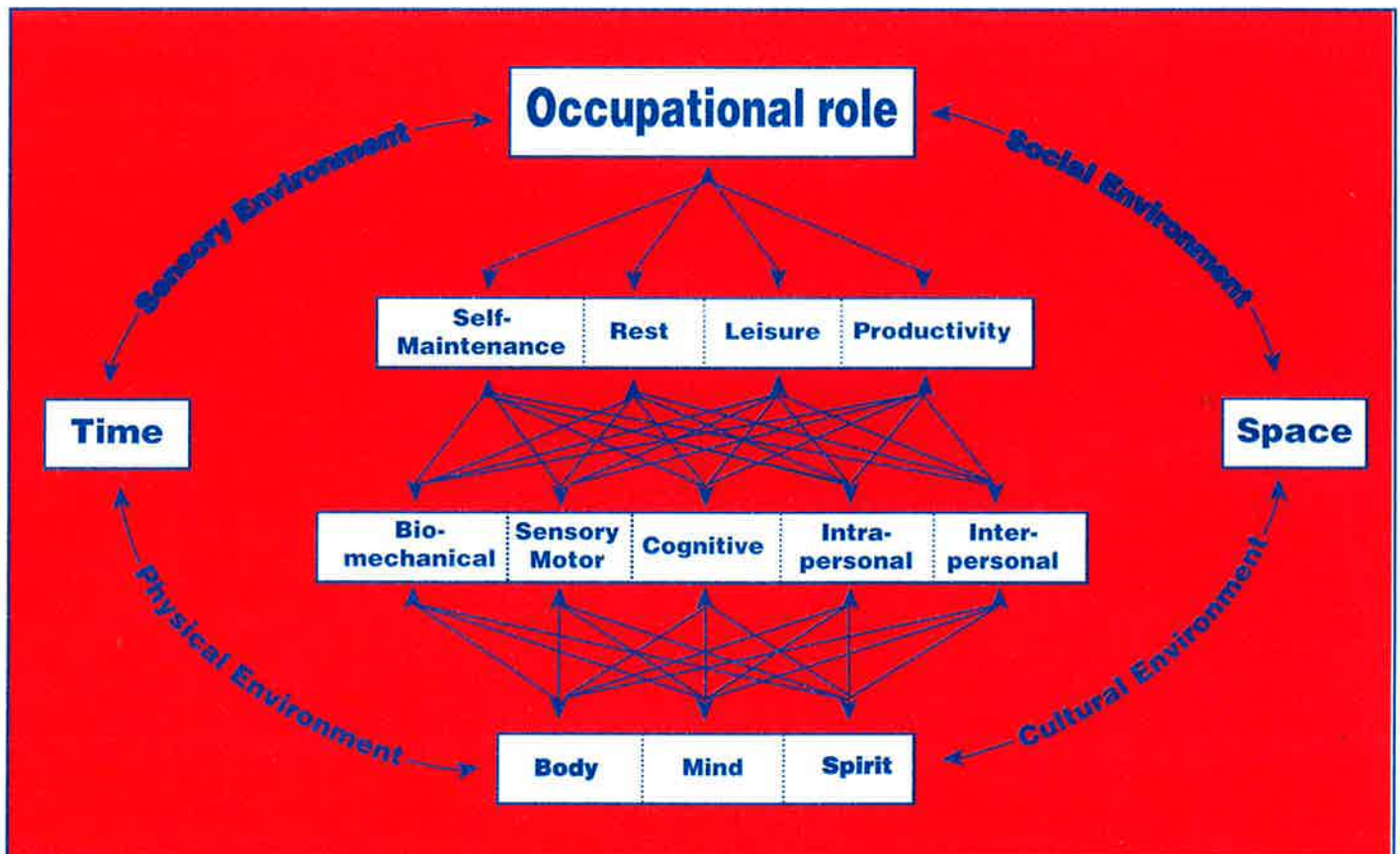
Åtte hoveddeler (constructs) former strukturen i modellen; Aktivitetsutførelse, Aktivitetsroller, Aktivitetsområder, komponenter i Aktivitetsutførelse, kjerneelementer i utførelse, ytre omgivelser, rom og tid. De ulike delene vektlegger interaksjonen mellom personens indre og ytre omgivelser som er knyttet til aktivitet (se fig. 1);

Personens indre omgivelser inkluderer Aktivitetsroller, Aktivitetsområder, komponenter i Aktivitetsutførelse, kjerneelementer i utførelse, opplevd tid og opplevd rom.

Personens ytre omgivelser inkluderer

Christine Chapparo, PhD, DipOT, FAOTA er Senior Lecturer in the School of Occupational Therapy, The University of Sydney.

Judy Ranka, Bsc, MA, OTR er Lecturer in the School of Occupational Therapy, The University of Sydney.



Occupational Performance Model (Australia)

© Chapparo & Ranka, 1996

fysiske, sensoriske, kulturelle og sosiale omgivelser, dessuten fysisk tid og fysisk rom.

DEL 1: AKTIVITETSUTFØRELSE (Construct 1: Occupational Performance)

Utførelse har ofte blitt fremstilt som en motorisk handling. Her utvides det til å inkludere både forutgående og påfølgende aktivitet som er relevant i den oppgaven som blir utført.

Utførelse er evnen til å oppfatte, hente frem og handle som respons på krav fra de indre og /eller ytre omgivelser (internal and/or external environment). Dette er forandringer som kan være fysiske, kognitive eller psykososiale.

Aktivitet er deltagelse i roller, aktiviteter, og oppgaver der hensikten er egenomsorg, produktivitet, fritid/lek og hvile (self-maintenance, productivity, leisure/play, and rest).

Aktivitetsutførelse er evnen til å oppfatte, hente frem, planlegge og utøve roller, aktiviteter og oppgaver der hensikten er egenomsorg, produktivitet, fritid/lek og hvile som respons på de krav som stilles fra de indre eller ytre omgivelser.

DEL 2: AKTIVITETSROLLER (Construct 2: Occupational Performance Roles)

Aktivitetsroller er mønster av Aktivitetsatferd som er skapt for å strukturere rutiner i egenomsorg, produktivitet, fritid/lek og hvile. Roller bestemmes av forholdet mellom enkeltpersonen, omgivelsen og utførelsen. De etableres gjennom valg og/eller behov og endrer seg med alder, mestringsevne, sosiokulturell erfaring, omstendigheter og tid. Roller avhenger av alder, mestringsevne og omstendigheter. De fleste mennesker innehar en betydelig mengde roller på samme tid. Den måten mennesker balanserer i de ulike rollene og avgjørelsen om hvilke roller som velges bort eller en tar på seg, former overganger til ulik Aktivitetsatferd som utvikles gjennom hele livsløpet.

Aktivitetsroller påvirker og blir påvirket av andre aspekter i systemet. For eksempel påvirkes en arbeiders Aktivitetsrolle av balansen mellom egenomsorg, fritid, produktivitet og hvile. Alternativt kan en person velge å etablere en Aktivitetsrolle som er basert på komponenten styrke, som for eksempel en bryter som driver med styrketrening. Aktivitetsroller blander seg med

andre livsroller som for eksempel sosiokulturelle roller.

DEL 3: AKTIVITETSOMRÅDER (Construct 3: Occupational Performance Areas)

Ergoterapi har vanligvis fokusert på tre aktivitetsområder; egenomsorg, produktivitet (arbeid/skole) og fritid/lek. Denne modellen foreslår et fjerde område nemlig Aktiviteten hvile (rest occupation) (se fig. 1). Å atskille hvile fra egenomsorg er et forsøk på å se at en orientering mot «å gjøre» endrer seg gjennom livsløpet. Gjennom å etablere Aktivitetsområdet hvile, anerkjenner man at det er sosiokulturelle-, daglige- og livsløpshendelser som gjør at folk er eller velger å være passive fremfor å velge aktivitet og produktivitet.

Hvileaktiviteter viser til en meningsfull overbevisning om ikke å være i aktivitet. Dette kan inkludere den tiden man bruker til å gjøre betraktninger, sove (Meyer, 1922) så vel som rutiner, oppgaver og deloppgaver som man gjør for å slippe av.

Egenomsorgsaktiviteter er rutiner, oppgaver og deloppgaver som fremmer personens helse og velbefinnende i sine omgivel-



En av artikkelforfatterne, Judy Ranka, utenfor ergoterapeututdanningen i Sydney.

Foto: Rita Jentoft.

ser. (Reed, 1984, p.499). Disse Aktivitetene kan være vaner (påkledning, spising), eller tilfeldige og ikke vanemessige (ta medisiner midlertidig).

Produktive Aktiviteter er rutiner, oppgaver og deloppgaver som personen gjør for å forsørge seg selv, familien eller nærmiljøet gjennom produksjon av varer eller anskaffelse av tjenester (Reed, 1984, p.499).

Fritid/lekaktiviteter er rutiner, oppgaver og deloppgaver som man utfører for underholdning, kreativitet, fornøyelse og feiring. Dette innebærer for eksempel lek med leker, fantasilek, historiefortellinger, hagearbeid, og hobbyer (Christiansen, 1991; Reed, 1984)

I denne grove strukturen er det ikke mulig å generalisere en statisk klassifikasjon av Aktivitet innenfor hvert område av utførelsen basert på kunnskap om en spesifikk enkeltoppgave. Denne klassifiseringen må gjøres av den personen som utfører oppgaven. For eksempel kan lesing noen ganger klassifiseres som en egenomsorgsoppgave (å lese en oppskriftsbok), arbeidsrelatert oppgave (å lese en datamannual), fritidsoppgave (å lese en morsom bok) eller hvileoppgave (lese for å sovne). Klassifiseringen av en hver oppgave eller rutine kan endre seg fra dag til dag. Det området som en gitt oppgave eller rutine faller innenfor avhenger av

dens natur, kontekst, samt utførers hensikt.

Modellen foreslår at Aktivitetens natur slik den blir utført i denne oppbyggingen bidrar til motivasjon og innhold i utviklingen av Aktivitetsroller.

DEL 4: KOMPONENTER I AKTIVITETS-UTFØRELSE

(Construct 4: Components of Occupational Performance)

Mestring av roller, rutiner, oppgaver og deloppgaver bygger på evnen til å opprettholde en effektiv fysisk, psykisk og sosial fungering. Dette aspektet i modellen er begrepsfestet til å forme både de komponentene som kan tilskrives utføreren, såvel som komponentene i Aktivitetsoppgaven. Komponentene i utførelse kan grovt klassifiseres i fem områder; biomekanisk, sensomotorisk, kognitiv, intrapersonlig og interpersonlig. Dette er kjente komponenter og vil ikke bli nærmere presentert i denne artikkelen.

Hvert område avhenger og påvirker hverandre og andre områder i modellen.

DEL 5: KJERNEELEMENTER I UTFØRELSE

(Core Elements of Performance)

Denne komponenten anerkjenner det paradigmet som viser til at veien til mental helse og velvære avhenger av samspill mellom ånd (spirit) - sinn (mind) - kropp (body). I denne modellen blir ånd - sinn - kropp sett på som kjerneelementer, både legemlig (fysisk og håndgripelig) og ikke legemlig (uten fysisk eller materiell eksistens).

Kroppen defineres som alle legemlige, fysiske komponenter i menneskekroppen.

Sinnet defineres som kjernen i vårt bevisste og ubevisste intellekt som skaper basis i vår evne til å forstå og resonnerer.

Åndelighet (spirituality) er grovt definert som den siden hos mennesket som søker og finner en slags harmoni hos seg selv eller mellom seg selv og naturen, andre mennesker og i noen tilfeller en Gud, hvor en søker etter livets mysterier og jobber med sin indre overbevisning eller vilje.

I modellen blir kjerneelementene kropp - sinn - ånd sentralt i alle andre deler gjennom å gjøre, å vite, å være, som er fundamentet i alle roller, aktiviteter, oppgaver og komponenter i Aktivitetsutførelsen.

DEL 6: OMGIVELSER

(Construct 6: Environment)

De ytre omgivelsene er alle forhold som omgir en person og klassifiseres på ulike måter. Modellen begrepsfester de ytre omgi-

velsene som et interaktivt fysisk-sensorisk sosialt-kulturelt fenomen. Samhandling mellom disse fire dimensjonene av omgivelsene skaper nye subdimensjoner som for eksempel politiske og økonomiske omgivelser. Disse har stor betydning for Aktivitetsutførelsen. Selv om hver dimensjon i omgivelsene defineres hver for seg, er omgivelsenes påvirkning på Aktivitetsutførelsen en integrering av fysiske, sensoriske, sosiale og kulturelle elementer (fig. 1).

De fysiske aspektene i de ytre omgivelsene er det som omgir en person, både naturlige og konstruerte. De former de fysiske rammene og bidrar til å skape Aktivitetsatferd.

De sensoriske aspektene ved de ytre omgivelsene viser til det som gir en person sanseintrykk. De sensoriske omgivelsene gir en person informasjon om de fysiske og sosiokulturelle aspektene ved omgivelsene og dets overlevelsessevne.

De kulturelle ytre omgivelsene er en organisert struktur som er satt sammen av verdier, tro, idealer og vaner som bidrar til å sette rammer for atferd hos en person eller en gruppe mennesker.

De sosiale omgivelsene er også en organisert struktur som blir dannet av relasjonsmønstre mellom mennesker som fungerer sammen i en gruppe og som videre bidrar til å etablere rammer for Aktivitetsatferd.

Mennesker er sosiokulturelle skapninger. Akkurat slik som de indre omgivelsene er begrepsfestet til å omhandle ulike nivåer, har noen teoretikere foreslått å organisere de sosiokulturelle omgivelsene på samme måte. Denne forståelsen er basert på kjennskap til den intimitet som oppstår mellom mennesker i en familie, nabolag, nærmiljø og i et større samfunn.

Aktiviteter og oppgaver utføres i ulike fysiske, sosiale og kulturelle omgivelser som har ulike atferdskoder. Forventningen som knyttes til en rolle er ikke bare et individuelt valg, men omgivelsenes forventninger spiller også en stor rolle. Hvordan Aktivitetsrollen og de fysiske, sosiale og kulturelle omgivelsene passer sammen, vil påvirke utførelse av Aktivitetsrollen.

DEL 7: ROM (Construct 7: Space)

Rommet er definert som en ekspansjon som strekker seg i alle retninger og lokaliserer alle materielle objekter eller former. I modellen inkluderer rommet både de indre og ytre komponentene i det som omgir oss (Fig. 1).

Menneskets forståelse av det indre og det ytre rommet opptrer gjennom to dimensjo-

ner som benevnes som det fysiske rommet og det opplevde rommet.

Det fysiske rommet er utledet fra en teknisk konstruksjon av rommet, slik som fysikere ser det. Det fysiske rommet styres av fysikkens lover, som gjennom sin forskning forklarer hvordan vi skal oppfatte kroppsoppbygningen, objekter som mennesker håndterer samt den store fysiske verdenen der mennesket eksisterer og fungerer.

Mer betydningsfullt i Aktivitetsutførelsen er forestillingen om det opplevde rommet. Selv om mennesker er omgitt av det fysiske rommet, så er den meningen de gir det, den måten de bruker det på og den gjensidige påvirkningen de har på hverandre, i stor grad blitt bestemt av ens egen tolkning. Slik tolkes det opplevde rommet i denne modellen.

Det opplevde rommet er et personlig, dynamisk syn på det fysiske rommet slik som det oppfattes av hver enkelt individ. Den meningen som knyttes til det fysiske rommet gjennom Aktivitetsatferd finnes i alle deler av modellen.

DEL 8: TID (Time)

Tid har blitt definert som et system av påfølgende hendelser som relateres til hverandre. Slik som begrepet rom, vil også forestillingen om tid variere fra person til person og fra en kultur til en annen. Modellen begrepsfester tid som både *fysisk tid* og *opplevd tid* (fig. 1).

Opplevd tid er en persons forståelse av tid basert på den meningen som knyttes til den. Som med opplevd rom involverer også opplevd tid en høyst personlig abstraksjon av tid som finnes på alle nivåer i modellen. Denne oppfatningen forandrer seg stadig og justeres gjennom erfaring.

Aktivitetsutførelsen blir dypt påvirket av spatiotemporale dimensjoner. Anerkjennelse av den plassen som tid og rom utgjør, som noe unikt og viktig i utførelse av Aktivitet, bekrefter at det er dimensjoner i menneskets Aktivitetsutførelse som ikke er produktivitetrettet. Disse dimensjonene opptrer når vi husker livshistorier, gjennom fantasi og dagdrømmer eller gjennom andre aspekter ved det å være til stede, som er en del av konteksten ved klinisk ergoterapi.

På samme måte, når man vurderer de spatiotemporale aspekter ved de ytre omgivelsene, blir det mye mer enn de fysiske eller sosiokulturelle «settingene» for utførelse. Omgivelser er den kulturelt definerte spatiotemporale setting, eller horisonten i det daglige liv. Dette fenomenologiske perspektivet av opplevd tid og rom omfatter

både fysiske, sosiale, kulturelle og historiske dimensjoner av en omgivelse som er fylt av livets erfaringer. Derfor vil omgivelsene som en spatiotemporal verden, ikke bare inkludere personens nåværende setting, men også ha en rom-tid dimensjon, som unikt erfares innenfor rammen av personens historie.

Anvendelse av modellen

I det følgende vil det komme frem hvordan OPM kan anvendes for å forklare ergoterapi og strukturere ergoterapi praksis og forskning.

Det unike ved ergoterapi

Hvordan identifiserer OPM det unike ved ergoterapi?

Det grunnleggende dogmet i OPM er at ergoterapeuter er opptatt av menneskets Aktivitetsnatur. Den antar at en persons evne til å identifisere, velge og utføre roller, rutiner, oppgaver og deloppgaver tilfredsstillende for seg selv og/eller andre, er betydningsfullt for helse. Denne Aktivitetsdimensjonen ved mennesket kan bli svekket av sykdom, funksjonssvikt eller omgivelsene. Når mennesker ikke er i stand til å tilpasse seg disse utfordringene, eller å mestre dem tilfredsstillende for seg selv eller andre, oppstår et Aktivitetsbehov. Selv om ergoterapeuter påstår at de har et holistisk bilde av klienten (Hubbard, 1991; Jenkins, 1993), viser forholdet mellom de ulike delene i modellen at ergoterapeuter ikke behandler «hele» personen:

- *Ergoterapeuter er opptatt av klientens Aktivitetsbehov*
- *De målene ergoterapeuter har for klienten, er at han/hun skal være tilfreds med sine Aktiviteter (occupational existence).*
- *Ergoterapeuter gjør bruk av strategier for å bedre klientens Aktivitetsutførelse.*
- *Aktivitetsutførelse er evnen til å utføre (inkluderer dimensjonene «gjøre», «vite» og «være») de aktivitetene (roller, aktiviteter og oppgaver) han/hun eller de ønsker å gjøre, har behov for og er i stand til å gjøre.*

Noen terapeuter hevder at modellen bruker for mye sjargong – at klienter og andre vil ha problemer med å forstå bruken av Aktivitet (occupation). Vi fastholder at Aktivitet er en del av det profesjonelle språket i ergoterapi. OPM gir terapeuter et middel til å forklare kompleksiteten av denne konstruksjonen og til å beskrive de unike anliggender i ergoterapi.

Begrepsmodellen viser at ergoterapi er unik ved at praksis dreier seg om å fremme utførelsen av Aktivitetsroller. Hvis dette ikke skjer, kan ergoterapi bli vanskelig å skille fra andre profesjoner, som for eksempel sykepleiere, fysioterapeuter, psykologer, etc.

- *Oppbygningen av OPM viser at vi kan bare kalle det ergoterapi dersom behandlingen knyttes til utførelse av Aktivitetsrolle.*

Sammenheng i ergoterapi profesjonen

- *Hvordan bidrar Aktivitetsutførelse til å etablere sammenheng i ergoterapifaget?*

Ergoterapeuter som bruker denne modellen for Aktivitetsutførelse vurderer klientens Aktivitetsbehov.

- *Aktivitetsbehov blir fokus i ergoterapi uavhengig av:*
 - *virksomhetsområde*, f.eks. psykiatri, rehabilitering, kommunehelsetjeneste, akuttbehandling, i bedrifter.
 - *klientgruppe*, f.eks. fysisk funksjonshemmet, klienter med demens oa.
 - *omfang av dysfunksjonen* f.eks. kronisk smerte, akutte stressrelaterte forstyrrelser, multihandicap oa.
 - *den enkelte terapeuts metodiske tilnærming* («technical» orientation) f.eks. om han/hun foretrekker tilnærminger som sanseintegrasjon, psykodynamisk, biomekanisk, kompensatorisk oa.

For eksempel, kan en ergoterapeut som arbeider i kommunehelsetjenesten eller i en døgninstitusjon fokusere på klientens Aktivitetsbehov ut fra utførelse av Aktivitetsroller (egenomsorg, lek), Aktivitetsrutiner, oppgaver og deloppgaver (lage mat, hvile, ta medisiner, spille kort) og ut fra omgivelsene (tilgjengelighet, sosial støtte) ved å bruke kompensatoriske tiltak (boligtilpasning, tekniske hjelpemidler). Men ergoterapeuten må fremdeles vurdere andre deler i modellen og hvordan disse påvirker Aktivitetsutførelsen, slik som forandring av kroppslige funksjoner (kjerneelement).

En annen ergoterapeut som arbeider i akuttpsykiatri eller på en akutt hjerneskadeavdeling fokuserer på kjerneelementer i utførelsen (effekt av medisin, kontraktur) og komponentene i Aktivitetsutførelse (intrapersonelle, biomekaniske). Denne terapeuten kan bruke psykodynamisk tilnærming (intrapersonelle komponenter) eller håndortose (biomekanisk tilnærming) og vurderer hvilken påvirkning miljøet på akuttavdelingen (mengde stimuli, plassering av møbler) vil ha på klientens atferd for å kunne vurdere Aktivitetsbehovet til klienten. Denne terapeuten

forsikrer seg om at intervensjon i akutfasen tar hensyn til klientens Aktivitetsroller, og på sikt klientens hjemmemiljø.

En tredje ergoterapeut som arbeider med helsefremmende tiltak, vurderer spesielle aspekter på alle nivåer i modellen. For eksempel å tilby klienten kunnskap (kognitiv komponent) om konsekvenser av røyking (risikofylt hvileoppgave), eller om usunn og feit mat (risikofylt egenomsorg eller fritidsvane) og om hvilke konsekvenser det har for kroppen (kjerneelement) og om hvilke konsekvenser passiv røyking har på andre mennesker (omgivelsenes sosiale dimensjon). Denne terapeuten kan også tilby klienten kunnskap om den langtidseffekt røyking og kosthold har på helse (tid og rom), slik at de kan gjøre et veloverveid valg om atferd i Aktivitetsroller.

En ergoterapeut som arbeider med barn anvender de delene i modellen som omhandler utviklingen av Aktivitetsroller (tid og rom).

Disse eksemplene viser at:

- *OPM gir ergoterapeuter en felles struktur for å utarbeide og utføre ergoterapi uavhengig av virksomhetsområde.*
- *OPM forsikrer at ergoterapeuter vurderer alle aspekter ved menneskets funksjon som påvirker Aktivitetsutførelsen.*

Retningslinjer for praksis

- *På hvilken måte bidrar OPM til å gi retningslinjer for praksis og forskning?*

Nytten av modeller i praksis bestemmes av i hvilken grad den gir retningslinjer for kartlegging, funksjonsvurdering, hvilke mål som settes og gjennomføring av tiltak.

Når OPM blir brukt, er fokus i ergoterapi å vurdere klienters Aktivitetsbehov. Terapien gir muligheter for valg og deltagelse i rolle (utførelse av Aktivitetsrolle), rutiner og utførelse av oppgaver (utførelse av Aktivitetsområder).

Ergoterapeuter vil deretter utarbeide behandlingsplan som søker å endre eller kompensere for underliggende biomekaniske, sensorisk-motoriske, kognitive, intrapersonelle eller interpersonelle problemer (komponenter i Aktivitetsutførelse). Videre vil ergoterapeuter være opptatt av hvilken tilknytning det er til kjerneelementene, og vurdere om det foreligger begrensninger for utførelse i omgivelsene (fysiske-sensoriske-sosio-kulturelle omgivelser), ved primært bruk av målretta aktiviteter og oppgaver.

- *Det er klientens behov for eller ønske om Aktivitetsroller som avgjør strukturen på behandlingsplanen i ergoterapi.* På dette stadiet i utviklingen av Aktivitetsut-

førelse, kan terapeuten bruke følgende spørsmål som retningsgivende for praksis:

Hvilke Aktivitetsroller ønskes eller trengs? F.eks; hva trenger eller ønsker klienten å gjøre? Hva forventer klientens familie, partner eller andre betydningsfulle personer at klienten skal gjøre? Hva er klienten i stand til å gjøre?

Hvilke Aktivitetsrutiner, oppgaver og deloppgaver kreves innenfor de ulike Aktivitetsområdene for å mestre utførelse av rollen? F.eks. tannpuss, lede et møte (gjøre); instruere i forflytningsteknikker (vite); riktig arbeidsstilling og sitetekomfort (være).

Hvilke utførelseskomponenter eller miljøfaktorer er det som forårsaker problemer med utførelse av oppgaver? F.eks. nedsatt kraft, lav selvtillit, manglende kunnskap, utilgjengelighet på badet, sosial skyhet, værelset er for mørkt og varmt, økonomiske problemer.

Hvilken tilnærming foretrekker jeg som terapeut? F.eks. ulike metoder/teknikker, som biomekanisk, nevrouviklingsmessig, sanseintegrasjon, læringsteoretisk, psykodynamisk eller interpersonelle.

Hvordan kan jeg tilpasse de metodene jeg foretrekker for å fremme klientens mestring av rolle, rutine, oppgave eller deloppgave? Ved å anvende metodene i en kontekst som er relevant for oppgaven som utføres eller for de omgivelsene oppgaven utføres i.

Svarene på disse spørsmålene vil være retningsgivende for de kliniske valgene en tar. For eksempel ville en fysioterapeut kanskje bestemme at et fire år gammelt barn med høyre hemiparese bare trenger å arbeide med finmotoriske ferdigheter på høyre side. Ergoterapeuten vil kanskje ta hensyn til at dette barnet snart kommer til å utføre Aktivitetsrollen som skoleelev. En av oppgavene som kreves i denne rollen er å kunne skrive for hånd. Denne terapeuten velger å fokusere på venstre hånds aktiviteter for å lære og skrive med venstre. Intervensjonene fra disse to terapeutene kan ligne på hverandre, men hensikten med dem er ulike – for ergoterapeuten er intervensjonen rettet mot Aktiviteten.

På den annen side kan ergoterapeuter som arbeider med klienter med alvorlige kognitive eller psykososiale forstyrrelser spørre seg om disse klienter har en Aktivitetsrolle i det hele tatt. Dette berører det fundamentale omkring verdsetting av liv. Slike klienter er medlemmer av en familie eller et fellesskap. De har rett til å kunne delta i familie- eller fellesskapshendelser ut fra de res-

sursene de har, så lettvent som mulig. I dette tilfellet kan Aktivitetsbehovet være, eller prioritert gis til sittestilling, forflytning eller sikkerhetstiltak for å gjøre deltakelse mulig.

OPM gir retningslinjer for ergoterapitjenester ved å fokusere på ergoterapi praksis. Denne praksisen starter med å identifisere klientens Aktivitetsroller.

Oppsummering

OPM (Australia) er en modell som blir utviklet i dag for å «samle» praksis og å gi retningslinjer for praksis. Den gir terapeuten mulighet til å anvende andre praksismodeller og de metodene de foretrekker, men disse er plassert innenfor en vanlig ergoterapeutisk forståelse.

Referanse

Authors: Christine Chapparo, Judy Ranka
Occupational Performance Model (Australia) monograph 1
April 1997, ISBN 0909353 95 6

Litteratur

- American Occupational Therapy Association, Inc. (1973). *The roles and functions of occupational therapy personnel*. Rockville, MD: Author
- American Occupational Therapy Association, Inc. (1989). *Uniform terminology for reporting occupational therapy services - second edition*, American Journal of Occupational Therapy, 43 (12), 808-815.
- Arnadottir, G. (1990). *The brain and behavior: Assessing cortical dysfunction through activities of daily living*. St. Louis: CV Mosby
- Canadian Occupational Therapy Association (1991). *Guidelines for client-centered practice in occupational therapy* (Available from CAOT, 110 Eglinton Ave. West, 3rd floor, Toronto, Ontario, Canada M4R 1A3).
- Christiansen, C. (1991). Occupational therapy: intervention for life performance. In C. Christiansen and C. Baum (Eds). *Occupational therapy: Overcoming human performance deficits* (pp 3-44). Thorofare, NJ: Slack, Inc.
- Dichoff, J., Janles, P., & Wiedenbach, B. (1968). *Theory in a practice discipline; Part 1: practice oriented theory*. Nursing Research, 17(5), 415-435.
- Dunn, W & Carnpbell P. (1991). *Designing pediatric service provision*. In W. Dunn (ed.) *Pediatric occupational therapy: facilitating effective service provision* (pp. 139-160). Thorofare, NJ: Slack, Inc.
- Hopkins, H.L. (1990). *Philosophy of occupational therapy*. In H.L. Hopkins & H.D. Smith (Eds.) *Willard and Spackman's occupational therapy* (7th ed.). Philadelphia: J.B. Lippicott
- Hubbard, S. (1991). *Towards a truly holistic approach to occupational therapy*. British Journal of Occupational Therapy, 54 (11), 415-419.
- Jenkins, M. (1993). *So we think we are unique...* British Journal of Occupational Therapy, 56(t), 1.
- Kielhofner, G. (1985). *A model of human occupation: theory and application*. Baltimore: Williams & Wilkins
- Kreffing, L. (1985). *The use of conceptual models in clinical practice*. Canadian Journal of Occupational Therapy, 52 (4), 175-178.
- Llorens, L. (1976). *Application of a developmental theory for health and rehabilitation*. Rockville, MD: AOTA, Inc.
- Meyer, A. (1921/1977). *The philosophy of occupational therapy*. American Journal of Occupational Therapy, 31(10), 639-642. (Reprinted from original)
- Mosey, A. (1986). *Psychosocial components of occupational therapy*. New York: Ravens Press
- Nelson, D. (1984). *Children with autism and other pervasive disorders of development and behavior: Therapy through activities*. Thorofare, NJ: Slack, Inc.
- Payton, O. (1979). *Research the validation of clinical practice*. Philadelphia: FA Davis
- Pedretti L.W., & Pasquinelli S. (1985). *A frame of reference for occupational therapy in physical dysfunction*. In L. Pedretti and B. Zoltan (Eds), *Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction* (2nd ed.) (pp. 1-16). St. Louis: C.V. Mosby
- Reed, K & Sanderson, S. (1983). *Concepts of occupational therapy* (2nd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins
- Reed, K (1984). *Model of practice in occupational therapy*. Baltimore: Williams & Wilkins
- Reynolds, P. (1980). *A primer in theory construction*. Indianapolis: Bobbs-Merrill
- Roberts, J. (1985). *Successful submission writing: project development and management of change*. Melbourne: Information Australia - Margaret Gee Publication
- School of Occupational Therapy (1986). *Stage IV review, Bachelor of Applied Science (Occupational Therapy) course* (Available from author: the University of Sydney (C42), PO Box 170, Lidcombe, NSW, Australia 2141)
- School of Occupational Therapy (1992). *Stage IV review, Bachelor of Applied Science (Occupational Therapy) course* (Available from author: the University of Sydney (C42), PO Box 170, Lidcombe, NSW, Australia 2141)
- Yerxa E.R. (1983). *Research priorities*. American Journal of Occupational Therapy, 37(10), 699.