



Pasienters og ergoterapeuters erfaring med bruk av kartleggingsinstrumentet Occupational Self Assessment (OSA)

AV TONE AUTHEN, MARIE BERG OG ANN-CHRISTIN ELIASSON

Ved Sunnaas sykehus HF, Klinikk for Nevrorehabilitering har ergoterapeutene prøvd ut kartleggingsredskapet Occupational Self Assessment (OSA), som måler pasienters egenvurdering av aktivitetsområder (1). Målet var å finne ut om OSA var et egnet redskap ved de ulike enhetene i vår klinikk for å kartlegge funksjon og dagligaktiviteter utover primær-ADL-funksjonen, hos både pasienter med nevrologiske lidelser og pasienter med smerteproblematikk.

Occupational Self Assessment (OSA) måler pasientens egen opplevelse av mestring innenfor ulike aktivitetsområder, og hjelper pasienten med å etablere mål og prioritere endringer i hverdagslivet. Instrumentet kartlegger aktivitetsutførelse og egne ferdigheter, vanedannelse og vilje, samt hvordan miljøet påvirker dette.

OSA ble prøvd ut ved de ulike programmene ved vår klinikk over en periode på seks måneder. Pasientene ga uttrykk for at OSA ga mulighet for refleksjon, men at formuleringene i instrumentet kan være vanskelige å forstå. Ergoterapeutene erfarte at OSA var et godt utgangspunkt for samtale og ga en bred oversikt over pasientens hverdagsproblemer, rutiner og roller. OSA ble funnet godt egnet for programmene i avdelingen.

Nøkkelord:

Kartleggingsredskap, Occupational Self Assessment, OSA, ergoterapi.

Bakgrunn

Occupational Self Assessment har teoretisk forankring i Model of Human Occupation og ble utviklet av en internasjonalt sammensatt gruppe ergoterapeuter ledet av Gary Kielhofner i 1998. OSA-kartleggingsskjema (fig.1) beskriver ulike påstander som reflekterer aktivitetsutførelse i tre trinn. I trinn en og to scorer pasienten sin evne til utførelse og hvor viktige de opplever at aktivitetsområdene er. I trinn tre velger pasienten ut fire områder som de ønsker å endre. Pasientene fyller selv ut skjemaet ved

å sette ring rundt riktig alternativ i en firepunkts vurderingsskala. Redskapet er utviklet for å kunne brukes for voksne med ulike diagnoser og problemstillinger (1). OSA-skjemaet er delt i to deler: Meg selv og Mine omgivelser.

OSA er oversatt til norsk i 2001 av Kjersti Vik og Brian Ellingham (3). Kartleggingsskjemaet vi har brukt, er fra denne oversettelsen (fig.1) Vi har ellers forholdt oss til en dansk oversettelse av manualen til OSA fra 2005 (1). En studie (4) viser at OSAs validitet ikke er påvirket av kultur eller

språk, og at redskapet således er godt egnet som et internasjonalt brukt redskap. Det er gjennomført en Rasch-analyse av OSA som viser at alle fire skalaene har god intern validitet og unidimensjonalitet (4). OSAs validitet og reliabilitet er undersøkt i en japansk studie av 98 ergoterapistudenter. Resultatene viste moderat reliabilitet ved en test-retest med to ukers mellomrom. Egenvurdering av aktivitetsskalaen samsvarte godt med den helserelaterte skalaen i SF-36 (5).

I løpet av arbeidet med denne artikkelen er vi blitt klar over at omgi-



Tone Authen er spesialergoterapeut ved Sunnaas sykehus HF, Klinikk for Nevrorehabilitering i Askim. E-post: tone.authen@sunnaas.no



Marie Berg, PhD, er ergoterapeut ved Sunnaas sykehus HF, Forskningsavdelingen, Nesodden.



Ann-Christin Eliasson er professor og ergoterapeut ved Karolinska sjukhuset, Stockholm.

Egenvurdering av aktivitet Meg selv									
Navn: _____					Dato: _____				
Trinn 1: Under vil du finne påstander om ting du gjør i dagliglivet ditt. For hver påstand sirkle inn hvor godt du gjør dette. Om et spørsmål ikke passer for deg, kryss det ut og gå til neste spørsmål.					Trinn 2: For hver påstand sirkle inn hvor viktig dette er for deg.				Trinn 3: Velg ut 4 ting med deg selv som du ønsker å endre.
	Jeg gjør dette usedvanlig godt	Jeg gjør dette godt	Jeg har noen problem med å gjøre dette	Jeg har store problem med å gjøre dette	Dette er ekstremt viktig for meg	Dette er veldig viktig for meg	Dette er litt viktig for meg	Dette er ikke så viktig for meg	Jeg vil endre
Konsentrerer meg om det jeg skal gjøre.	Usedvanlig godt	godt	Noen problem	Store problem	Ekstremt viktig	Veldig viktig	Litt viktig	Ikke så viktig	
Kan gjøre det jeg må gjøre fysisk.	Usedvanlig godt	godt	Noen problem	Store problem	Ekstremt viktig	Veldig viktig	Litt viktig	Ikke så viktig	
Ta vare på stedet jeg bor	Usedvanlig godt	godt	Noen problem	Store problem	Ekstremt viktig	Veldig viktig	Litt viktig	Ikke så viktig	
Ta vare på meg selv.	Usedvanlig godt	godt	Noen problem	Store problem	Ekstremt viktig	Veldig viktig	Litt viktig	Ikke så viktig	

Figur 1. Del av den første siden av OSA-kartleggingsskjema.

velsesdelen er fjernet fra den siste utgaven av OSA (versjon 2.2. 2006). Denne delen er ikke funnet pålitelig, og MOHO Clearinghouse har planer om å utvikle omgivelsesvurderingen som et selvstendig redskap. Omgivelsesdelen av OSA kan fremdeles anvendes for å få kvalitativ informasjon (1), noe vi har valgt å gjøre hos oss (fig. 1).

OSA er et kartleggingsredskap som er utviklet for å brukes i en rehabiliteringsprosess. Det har derfor egne skjemaer for oppfølging og planlegging av ergoterapitiltak.

Vi har prøvd ut OSA i forbindelse med kartlegging, og har derfor ikke brukt oppfølgingsdelen av redskapet. Utprøving av OSA ble valgt på bakgrunn av et pilotprosjekt som prøvde ut egnede kartleggingsredskaper ved vårt femdagers vurderingsopphold (6). For å gjøre en ytterligere vurdering av OSA's muligheter, ble det bestemt å prøve ut OSA ved de ulike programmene ved klinikken for å vurdere hvilke pasienter og programmer redskapet egnet seg for.

Programmene ved klinikken er:
Neurologisk rehabiliteringsopphold

Da OSA ble utprøvd, ga enheten tilbud om én til to ukers vurdering og fire til seks uker rehabilitering for pasienter med sjeldne og komplekse neurologiske sykdommer eller muskelsykdommer. Enheten har fjorten pasienter. Hvor mye ergoterapi hver

pasient får, avhenger av problemstillingen. Målsettingen med ergoterapi er å øke pasientenes kunnskap, innsikt, funksjonsnivå, egenomsorg og muligheter til å leve et selvbestemt liv. Ergoterapeutene kartlegger aktivitetsutøvelse og gjør ulike tester knyttet til sensorikk, kognitiv/perseptuell funksjon og håndfunksjon. Det utarbeides rehabiliteringsplan.

Poliklinikken «Raskere Tilbake».

Dette er en klinikk for tverrfaglig, poliklinisk vurdering av sykmeldte med muskel-/skjelettlidelser og/eller lettere psykiske plager for å utrede arbeidsevne. Målsettingen for ergoterapi er å kartlegge vaner, rutiner og roller knyttet til arbeid, samt fysiske og psykiske miljøfaktorer ved arbeidsplassen. Enheten har ti til tolv pasienter til vurdering hver uke, og ergoterapeut hadde gjennomsnittlig én times kartlegging per pasient da OSA ble utprøvd.

Smerterehabiliteringsprogrammet består av to deler:

- Femdagers tverrfaglig utredning og vurdering av funksjons- og arbeidsevne for personer med muskel-/skjelettlidelser, smertetilstander og/eller lettere psykiske vansker. Målsettingen for ergoterapi er å kartlegge funksjons- og deltakelsesnivå i forhold til pasientens arbeidsevne og hverdagsliv. Enheten har ti pasienter hver uke,

og ergoterapeutene har gjennomsnittlig én times kartlegging av hver pasient.

- Seksukers gruppebasert smertemestringsopphold, basert på kognitive tilnæringsmetoder. Målet for ergoterapi er økt livskvalitet gjennom større deltakelse i eget liv, minsket smerteopplevelse og økt aktivitetsfunksjon.
- Tilbudet er gruppebasert, men det utarbeides individuell rehabiliteringsplan, der ergoterapeut og andre faggrupper er pasientkoordinatorer. Her avhenger tidsbruk av problemstilling. Utover dette er det ikke individuelle pasientsamtaler. Enheten har åtte pasienter per gruppe.

Metode

Datainnsamling med OSA

OSA ble prøvd ut på pasienter fra alle enhetene over en periode på cirka seks måneder.

Ved smerterehabiliteringens vurderingsenhet og ved poliklinikken fikk pasientene OSA-kartleggingsskjema på forhånd, enten delt ut av sykepleier eller per post. Med OSA fulgte et følgeskriv som informerte om utfyllingen av kartleggingsskjemaet og hensikten med det. OSA ble så fylt ut av pasientene før første samtale med ergoterapeut, og dannet grunnlaget for denne samtalen. På neurologisk

rehabiliteringsenhet delte ergoterapeutene selv ut kartleggingskjemaet og ga pasienten den nødvendige informasjonen.

Da OSA krever god norskforståelse, ble pasienter som ikke forstår norsk, godt ekskludert fra utprøvingen. Pasienter med tydelig mangel på innsikt og evne til egenvurdering, og pasienter som var helt nydiagnostiserte, ble også ekskludert.

Datainnsamling av erfaringer med OSA fra pasienter og terapeuter

Pasientenes og terapeutenes kommentarer om opplevd nytteverdi av instrumentet ble registrert i et eget skjema. Her ble det laget to kolonner, en der ergoterapeutene noterte ned hvilke tilbakemeldinger pasientene ga, og en kolonne der ergoterapeutene selv noterte sine erfaringer med å bruke OSA. Dette ble kommentert fortløpende og uten at kommentarene var systematisert etter noe tema. Noen av ergoterapeutene kommenterte etter hver kartlegging, andre bare hvis det var spesielle ting å bemerke.

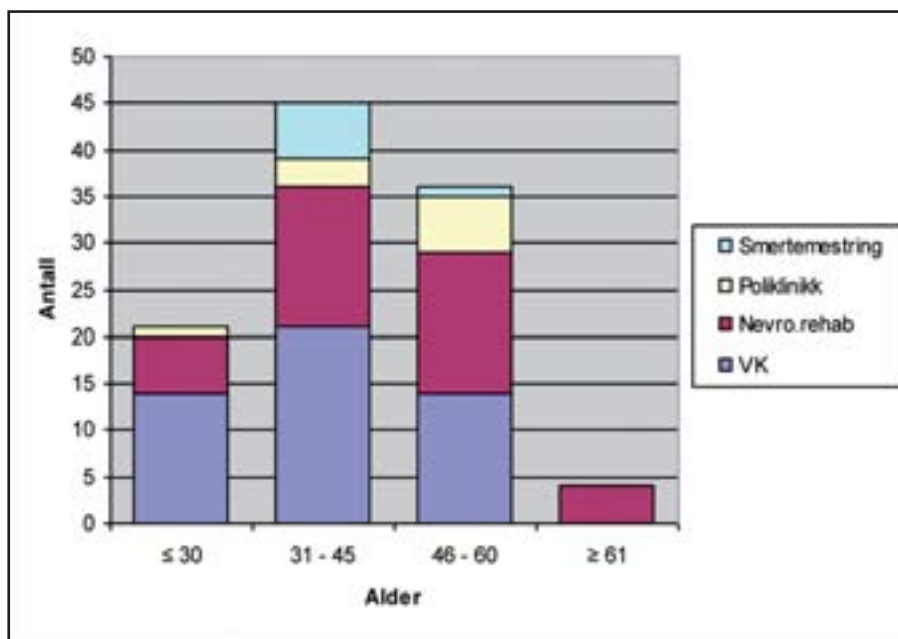
Dataanalyse: Da kommentarene i registreringsskjemaet ble sammenfattet og analysert, ble det tydelig at de kunne grupperes under tre temaer for ergoterapeutenes kommentarer, og to for pasientenes kommentarer. Øvrige kommentarer som ikke kunne plasseres i disse gruppene, refereres det til separat.

I tillegg ble pasientene registrert med alder, kjønn, hvilken enhet de var innlagt i, trykdestatus eller arbeidsforhold, samt hvilken ergoterapeut som hadde gjort vurderingen.

Resultat

OSA ble prøvd ut på til sammen 112 pasienter, hvorav 42 pasienter hadde en nevrologisk diagnose og opphold på nevrologisk rehabilitering. 70 pasienter hadde ulike muskel-/skjelettlidelser og/eller lettere psykiske lidelser. Disse 70 var pasienter på smerterehabiliteringsprogrammet, fordelt på vurderingsopphold (49 personer), og smertemestringsopphold (7 personer). 14 pasienter hadde vært på poliklinikken.

De fleste var i aldersgruppen 31-45 år (tabell 1). Mange mottok en form



Tabell 1. Aldersfordeling i forhold til de ulike programmene for pasientene som OSA ble prøvd ut på.

for stønad, flest var uføretrygdede eller mottok rehabiliteringsstønad. Mange var også sykmeldte (tabell 2).

Av de fem ergoterapeutene som samlet erfaringer med OSA, jobbet to ved det nevrologiske rehabiliteringsteamet, én ved det gruppebaserte smertemestringsprogrammet, én ved vurderingsenheten, og én ved både poliklinikken og vurderingsenheten. Alle ergoterapeutene hadde langvarig og bred erfaring fra ulike deler av rehabiliteringsfeltet.

Pasientenes erfaring med bruk av OSA

OSA gir mulighet for refleksjon

Flere av pasientene ga uttrykk for at utfyllingen av OSA bidro til å starte en ny tankeprosess rundt egen situasjon. Mange ga uttrykk for at de gjennom formuleringene i kartleggingskjemaet fikk hjelp til å sette ord på problemene sine. Det ble også kommentert at OSA kunne oppleves nærgående, men at det likevel var viktig. Noen opplevde at OSA fikk fram deres ressurser, og at det kunne være en tydeliggjøring av at de faktisk mestret mer enn de var klar over. Noen opplevde en tydeliggjøring av at forventninger de hadde til seg selv, ikke svarte til egen kapasitet. Flere uttrykte også at det var positivt at momenter

fra OSA kunne tas med i rehabiliteringsplanen.

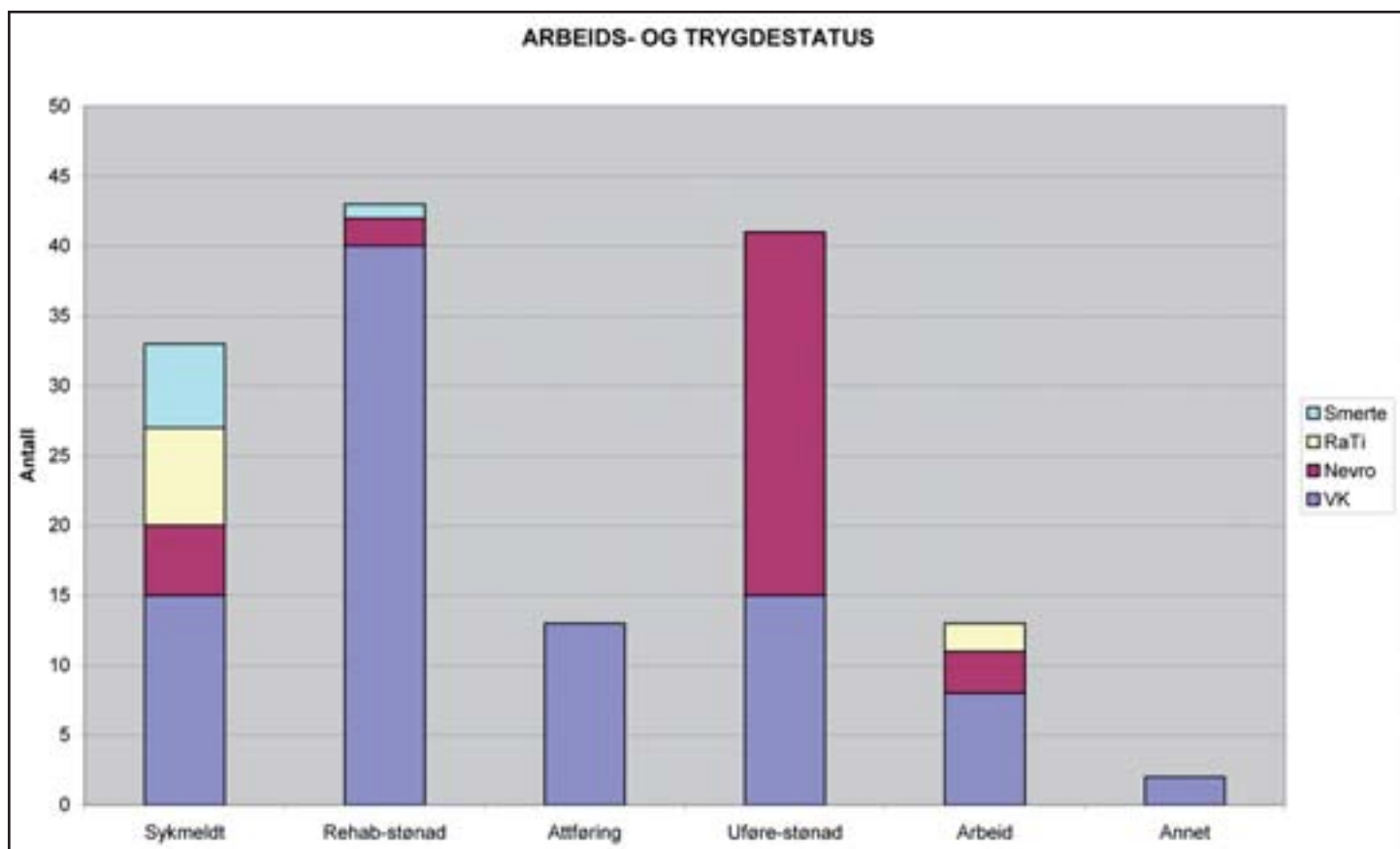
Formuleringer i OSA kan være vanskelige å forstå

Flere av pasientene ga uttrykk for at det kunne være vanskelig å få tak i hva som var ment med enkelte av utsagnene, og var usikre på om de hadde forstått de ulike punktene riktig. Noen mente at det var brukt et unaturlig språk, og flere påpekte at begrepet «ekstremt viktig» var vanskelig å bekrefte. Enkelte sa at dette medførte at de var usikre på hvordan de skulle svare.

Ergoterapeutenes erfaring med bruk av OSA

OSA som utgangspunkt for samtale

De fleste ergoterapeutene kommenterte at OSA var et godt utgangspunkt for å strukturere samtalen med pasientene. De kommenterte også at OSA åpnet for dialog på områder man kanskje ellers ikke ville kommet inn på, og gjorde det lettere å få til samtaler om utfordrende og vanskelige temaer. Noen av ergoterapeutene opplevde at pasientens markeringer i OSA ikke stemte med hva de observerte hos pasienten i praksis. Denne erfaringen var hyppigst hos ergoterapeutene på nevrologisk rehabiliteringsteam, og kunne i seg selv gi



Tabell 2. Arbeids-/trygdeforhold blant pasientene som OSA ble prøvd ut på.

utgangspunkt for arbeid og samtaler med pasienten videre.

Ergoterapeutene ved smerterehabiliterings vurderingsenhet opplevde at OSA kunne gi et raskt inntrykk av hvor hovedutfordringene til pasienten var, slik at man kunne fokusere samtalen mest rundt dette. Ved poliklinikken beskrev ergoterapeuten at nytten av OSA var størst hos pasienter som hadde en sammensatt problematikk, og hvor det var viktig å få tak i forhold som handlet om mer enn arbeidssituasjonen.

OSA gir bred oversikt over pasientens aktivitet og deltakelse

Ergoterapeutene erfarte at OSA kunne gi en bred oversikt over både dagligaktiviteter, aktivitetsmønstre, rutiner, vaner og roller. Spesielt hos dem som hadde pasienter med muskel-/skjelettlidelser og/eller lettere psykiske plager, kom behovet for energiøkonomisering og struktur i hverdagen klart fram. På smerterehabiliterings vurderingsenhet opplevde man at

bruk av OSA kunne bidra til å få fram problemstillinger som ikke var nevnt i henvisningen, og på den måten muliggjøre en bredere vurdering. Ergoterapeutene som jobber i en rehabiliteringsprosess med pasientene, opplevde at OSA kunne gi gode innspill til rehabiliteringsplanen. De erfarte at de fikk et godt grunnlag for å sette prioritinger og lage dagsplaner. OSA kunne være klargjørende i forhold til å være med på å identifisere videre hjelpebehov etter utskrivelse. Dette ble spesielt nevnt fra ergoterapeutene ved nevrologisk rehabiliteringsenhet. På poliklinikken ble kartleggingsredskapene WRI og WEIS brukt rutinemessig, og ergoterapeuten der opplevde at OSA utfylte disse kartleggingsredskapene godt, fordi områder utenfor arbeidssituasjonen kom tydeligere fram.

Flere ergoterapeuter uttrykker at miljødelen av OSA er den delen de får mest konkret informasjon fra. Omgivelsesdelen av OSA er fjernet i siste utgave, men i følge den danske

manualen kan denne delen av OSA fremdeles anvendes for å få kvalitativ informasjon (1).

Ressursbruk

Den siste hovedgruppen som ble sammenfattet av ergoterapeutenes kommentarer, handlet om kapasitet og ressurser. Alle ergoterapeutene var enige om at OSA ikke kunne betraktes isolert, men at det var nødvendig med en samtale rundt utfyllingen for å konkretisere ressurser og problemstillinger. På smerterehabiliterings vurderingsenhet medførte dette redusert mulighet til å gjennomføre annen form for kartlegging, for eksempel håndstyrkemåling eller sensibilitetstesting når dette var nødvendig. I situasjoner der andre undersøkelser måtte gjøres, erfarte ergoterapeutene at gjennomgangen av OSA ble mangelfull. I smertemestringsgruppene er det i utgangspunktet ikke satt av tid til individuelle samtaler, da opplegget er gruppebasert og har gruppedynamikk som viktig intervensjon.

Pasientene fikk OSA med nødvendig veiledning, men kartleggings skjemaene ble ikke gjennomgått med dem etterpå. Funnene ble systematisert i et journalnotat etter viktighetsgrad og mestringsgrad. De utfylte kartleggings skjemaene ble deretter tilbakelevert til pasientene som et bidrag til individuell rehabiliteringsplan.

På poliklinikken erfarte ergoterapeuten at det ikke ble tilstrekkelig tid til å gjennomgå OSA i tillegg til WRI / WEIS, som ikke kunne utelates.

Andre erfaringer fra pasienter og ergoterapeuter som framkom i registreringen

Noen av kommentarene var det vanskelig å plassere innenfor disse fem kommentargruppene. Pasienter fra nevrologisk rehabiliteringsenhet påpekte at det kunne være vanskelig å vite om de skulle ta utgangspunkt i de gode eller de dårlige periodene når de fylte ut skjemaet. Ergoterapeutene så også at det tydelig framkom hvor lenge pasientene hadde hatt diagnosen eller funksjonsnedsettelsen.

Vi har også erfart at det framkommer mer informasjon fra pasienter med høyere utdanning. OSA krever at pasientene har en viss evne til refleksjon og evner å se sin situasjon i et utenfra-perspektiv.

Diskusjon

OSA gir bred oversikt over hverdagsproblemer, rutiner og roller

I motsetning til for eksempel ADL-indeks, kartlegger ikke OSA konkrete aktiviteter. Fokuset er mer på rutiner, rolleperforar, aktivitetsvalg og miljømessige faktorer. På den måten synliggjør OSA ergoterapiens brede plattform, hvor både fysiske, psykiske og sosiale faktorer og deres forhold til pasientenes uavhengighet og livskvalitet kommer fram (4). Vik (3) mener at dette kan medføre at OSA er mindre egnet til bruk i starten av en rehabiliteringsprosess, siden ergoterapeuter i norsk rehabiliterings-tradisjon gjerne tar utgangspunkt i mer konkrete aktiviteter som må kunne utføres, eller som pasienten ønsker eller har interesse av å kunne utføre. OSA passer for pasientene i våre pro-

grammer, fordi de sjelden har konkrete aktivitetsproblemer. Utfordringene handler mer om dagliglivets struktur, vaner og roller. Behov på dette området kartlegges godt av OSA, og OSA er et godt alternativ til ADL-status for denne målgruppen. Samtidig underbygges Viks erfaringer hos oss, da vi fant at utbyttet av å bruke OSA var best hos pasienter som hadde god evne til refleksjon rundt sin situasjon, og hvor de hadde hatt funksjonsproblemer i en lengre periode. OSAs manual sier ikke noe om kartleggingstidspunktet i forhold til rehabiliteringsprosess, men påpeker at OSA ikke er egnet for pasienter som «føler sig overvældet af hospitalisering eller sygdom» (1).

Vi opplevde at det kunne være nyttig å bruke OSA i sammenheng med andre kartleggingsinstrumenter. Noen av terapeutene har valgt å bruke både KDA (Kartlegging av Dagligaktiviteter / Occupational Questionnaire) (7) og OSA ved kartlegging på smerterehabiliterings vurderingsenhet.

Samtidig vurderer vi det som nyttig å kunne få fram data om pasientenes vanemønster, rutiner og verdier. Vår erfaring er at dette i liten grad kommer fram i annen kartlegging, og en dokumentasjon av dette er derfor et viktig supplement i en tverrfaglig vurdering.

Hitch et al. (8) har vurdert instrumenter som kartlegger pasientenes mål, deres aktivitetsidentitet (occupational identity) samt hvilke aktiviteter pasientene tillegger verdi ut fra sitt perspektiv. De konkluderer med at COPM og OSA møter disse behovene, og at OSA gjør det på den mest strukturerte måten.

Vi opplevde at det var positivt at utfylling av OSA skapte egenrefleksjon hos flere av pasientene. Dette beskrives også av Vik (3), som angir at pasientene hadde fått nye tanker om sammenhenger mellom hvilke aktiviteter de gjorde i hverdagen, og hva som var viktig for dem. Kielhofner (2) sier også at redskapet setter i gang en «process that can empower and enable clients to achieve more control over their situations». Disse erfaringene tilsier at det er viktig å gi rom for samtalen etter utfylling, der denne

refleksjonen kan komme fram og deles med ergoterapeuten. Dette kan medføre et kapasitetsproblem hvis det er behov for å gjøre andre tester eller undersøkelser innenfor den tilmålte tiden.

Erfaringer fra de ulike programmene

De fleste pasientene på nevrologisk rehabiliteringsopphold har progredierende lidelser, og ergoterapeutene fant at kartleggingen av hva pasientene vil le prioritere å bruke energi og krefter på, var viktig. Samtidig opplevde de også at OSA bidro til å utvide aktivitetsperspektivet hos pasientene. Mange av dem så sammenhenger mellom de ulike aktivitetsområdene, og ble bevisst at rehabilitering handler om mer enn fysisk trening.

Ergoterapeutene her påpekte at OSA ga mye informasjon som var nyttig for deres oppgave å kartlegge ICF-områdene aktivitet og deltakelse (9). Haglund (10) har vurdert kartleggingsinstrumentene AMPS, DOA og OSA i forhold til ICF, og konkluderer blant annet med at OSA er det instrumentet som har flest variabler relatert til ICF.

Ergoterapeutene ved Nevrologisk Rehabiliteringsteam opplevde at informasjonen om pasientens verdier og roller var viktige innspill til den enkeltes rehabiliteringsplan. Vi har derfor valgt å bruke OSA her, i tillegg til ADL-status og Kartlegging av Daglige Aktiviteter (KDA), som var i bruk fra tidligere.

I forhold til pasienter som har en muskel-/skjelettlidelse og/eller lettere psykiske vansker, og som er inne til en vurdering eller poliklinisk konsultasjon, har ergoterapeutene gjennomsnittlig én time til samtale med pasientene. På poliklinikken valgte ergoterapeuten å bruke WRI og WEIS, som var nødvendig for kartlegging av arbeidsevne. Av den grunn ble ikke OSA brukt videre her. Det opplevdes som et etisk problem ikke å ha tid til å gjennomgå et skjema sammen med pasientene hvis de opplevde at det hadde vært vanskelig å fylle ut.

På vurderingsenheten kan pasientene ha til dels langvarige smertetilstander, og teamet har fokus på at smerte er et sammensatt problem. I forhold til dette er den brede infor-

masjonen OSA gir, nyttig. OSA er også konstruert for å kartlegge vanskeligheter knyttet til hverdagsstruktur og energiøkonomisering, noe mange av disse pasientene opplever. Vi anbefaler derfor fortsatt å bruke OSA her. ADL-status brukes ikke lenger på vurderingsenheten, fordi utføring av ADL vanligvis ikke er et problem for disse pasientene.

For pasientene ved det gruppebaserte smertemestringsprogrammet er også hverdagsstruktur og energiøkonomisering viktig. Men her er tilbudet ikke organisert slik at det er individuelle ergoterapisamtaler med hver pasient, og pasientene hadde ikke samtale med ergoterapeut etter utfylling av OSA. Vi valgte derfor å bruke OSA bare for de pasientene ergoterapeuten er pasientkoordinator for, og da som et utgangspunkt for å lage individuell rehabiliteringsplan. Vi tror imidlertid at bruk av OSA ville gitt mulighet til nyttig refleksjon hos alle pasientene her, da egenrefleksjon og endringsprosesser står sentralt i dette programmet.

Språket i OSA

Flere av pasientene kommenterte at formuleringene i OSA kunne være vanskelige å forstå. Ingen av ergoterapeutene har kommentert dette i registreringsskjemaet, og det er derfor ikke tatt med i presentasjonen av erfaringene. Likevel har dette kommet fram i den muntlige prosessen der vi har diskutert redskapet.

OSAs fokus på temaer som har med vaner, hverdagsstruktur og roller å gjøre, kan være vanskeligere å kommunisere om enn mer konkrete aktivitetsproblemer. I den originale engelskspråklige utgaven av manualen er det tatt med en ordliste som terapeutene kan ta utgangspunkt i for å tydeliggjøre de enkelte punktene i OSA for pasientene. Dette er en ulempe ved redskapet.

Noen av pasientene opplevde at uttrykket «ekstremt viktig» var vanskelig å bekrefte. Den engelske utgaven bruker begrepet «most important». I Danmark har de oversatt dette til «mest viktig». Det er sannsynlig at et mer moderert uttrykk kunne passet bedre på norsk, for eksempel «svært viktig».

Når det gjelder vurdering av utførelse brukes «usedvanlig god» på norsk. Den engelske utgaven bruker «extremely well», mens den danske oversettelsen bruker «særlig godt». Også her kunne en moderering vært hensiktsmessig, for eksempel «svært godt». De fleste vil tenke at utførelsen skal være ganske spesiell hvis de vil kalle den «usedvanlig god».

Vik beskriver at det er en utfordring å være tro mot originalteksten samtidig som språket skal fungere for pasientene i praksis (3).

Ergoterapeutene opplever at det ikke er greit å presentere et redskap som språklig ikke oppleves helt bra. Men samtidig beskriver de at nytteverdien av å bruke OSA først og fremst ligger i samtalen som besvarelsen i OSA åpner for. Her er det mulig å få avklart eventuelle språklige uklarheter.

Det ble erfart at man fikk mer informasjon gjennom OSA fra pasienter med høyere utdanning. Dette kan ha å gjøre med at disse kan ha en større evne til å formidle sin refleksjon, men også at «skjemaskrekk» kan være mindre utbredt i denne gruppen. Vi ser at mange av våre pasienter uttrykker vanskeligheter med å forholde seg til skjemaer. Dette gjelder ikke bare OSA, men mange av selvrapporteringsskjemaene som brukes i klinikken. En slik «skjemaskrekk» kan være en bakenforliggende årsak når pasientene kommenterer at skjemaet er «vanskelig å forstå.»

Vi så også at det kunne være problematisk for pasienter med ADHD eller konsentrasjonssvikt å fylle ut OSA. En del av våre pasienter har også ulik grad av dysleksi, og mange skjemaer med mye språklig innhold er selvfølgelig problematiske for denne gruppen.

Begrensninger ved utprøvingen

Vi har bare brukt OSA som hjelp i kartleggingen av pasientene. Det kan diskuteres om det er riktig å bruke bare deler av et redskap. Hoveddelen av OSA er imidlertid kartleggings-skjemaet og de tre trinnene det inneholder. Trinn tre, der pasientene velger ut fire områder de ønsker å endre, har vi valgt å la komme fram som anbefaling til tiltak videre.

OSA inneholder også et skjema til bruk i planlegging og implementering av tiltak. Dette er et arbeidsredskap for individuell ergoterapiintervensjon, og har ikke vært i bruk, siden slike tiltak i liten grad blir iverksatt mens pasientene er hos oss. Det samme gjelder oppfølgings-skjemaet, som inneholder de samme områdene som kartleggings-skjemaet, men er laget for bruk i oppfølging.

Det er også laget et dataoppsummeringsark og et nøkkelformular for presentasjon av OSA-resultatene. Nøkkelformularet har vi vurdert, men vi har flere problemstillinger knyttet til dette som ikke er avklart. Det velges derfor ikke å presentere dette nærmere her.

Konklusjon

Vi fant at OSA var godt egnet for pasienter ved alle våre programmer, og ved to av de tre programmene brukes nå OSA regelmessig. Den bredden OSA gir når det gjelder oversikt over mer generelle aktivitetsområder, er verdifull for alle våre pasientgrupper. Pasientene rapporterer sjelden om konkrete aktivitetsproblemer, utfordringene handler mer om struktur og vaner i hverdagen. Vi erfarer også at den egenrefleksjonen rundt livsområder som OSA kan bidra til å sette i gang hos pasientene, er verdifull, både som utgangspunkt for samtale og ikke minst som fasilitator for pasientenes egen endringsprosess.

Samtidig ser vi at behovet for samtale etter utfyllingen nødvendiggjør at det er kapasitet for dette. Med fokus på brukerperspektiv vil kartleggingsredskaper som OSA, der pasientens perspektiv og prioriteringer kommer fram, også være viktige i forhold til organisering av arbeidet rundt pasientene.

Det er nødvendig å se på tilpasning av språket i OSA for å gjøre det tydeligere både for pasienter og ergoterapeuter. Konkret anbefaler vi å endre vurderingen «ekstremt viktig» til «svært viktig», og «usedvanlig godt» til «svært godt». Det er også behov for å vurdere hvilke av uttalelsene om aktivitetsområder som oppleves som uklare, og gjennomføre en tilpasning av disse. □

faglig

Takk til Åse Sissel Hagen, Ingrid Jovall Dahl, Elisabeth Haugerud og Bjørg Irene Halvorsen, som har medvirket i datainnsamlingen.

Det er ikke oppgitt noen uenigheter om rettigheter til dette manuskriptet.

Referanser

1. Baron, Kielhofner, Lynger, Goldhammer & Wolenski (2002) User Manual for the Occupational Self Assessment (OSA) MOHO Clearinghouse, Chicago. Brugermanual for Aktivitets selv vurdering (OSA) Version 2.2. Dansk validert oversettelse av Kirsten Pettersen 2006.
2. Kielhofner G (2002) A model of Human Occupation: Theory and Application. Third ed. Baltimore, Williams & Wilkins.
3. Vik K (2001) The Occupational Self Assessment. Egenvurdering av aktivitet. Ergoterapeuten nr 11, 26-28.
4. Kielhofner G og Forsyth K (2001): Measurement Properties of a Client Self-report for Treatment Planning and Documenting Therapy Outcomes. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 8, 131-139.
5. Youshikazu Ishi, Takashi Yamada. A study of the reliability and validity of the Japanese version of Occupational Self Assessment version second in Occupational therapy students. Poster presentasjon 15th International Congress of the World Federation of Occupational Therapists, 2010, Santiago, Chile. Studien er også publisert på japansk i Journal of Japan Academy of Health Sciences, Vol. 11 (2), 2008.
6. Belsvik Espedal P, Berg M og Haugstad T (2009) Finnes det kartleggingsredskap for funksjonsvurdering og vurdering av restarbeidsevne. Ergoterapeuten nr 5, 18-23.
7. Smith NR (1986) Occupational Questionary. American Journal of Occupational Therapy, 40, 278-283
8. Hitch D, Hevern T, Cole M og Ferry C (2007) A Review of the Selection for Occupational Therapy Outcome Measures in a Community Mental Health Rehabilitation Setting. Australian Occupational Therapy Journal, 54, 221-224.
9. Sosial og Helsedirektoratet (2003) ICF. Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse.
10. Haglund, L (2007) ICF och bedömningsinstrument inom arbetsterapi – likheter och olikheter ur ett psykiatrisk perspektiv. Arbetsterapeuten nr 8, 15 – 19.