

Oppgaverelatert trening – fremmer læring!

Sammendrag

Artikkelen tar for seg oppgaveorientert trening. Oppgaveorientert trening og tilnærming søkes belyst ved teori og ved to kaseksemppler, samt ved en drøfting av praksis opp mot teori. I tillegg presenteres eksempler på mål og egentrening som er valgt av 41 brukere i deres rehabiliteringsprosesser i tilknytning til et utviklingsprosjektet i Bergen kommune. Valg av mål og egentrening drøftes opp mot deltakelse og meningsfull aktivitet – aktivitet som gir livet innhold. Artikkelen gir innledningsvis en kort presentasjon av prosjekt Slagbehandlingskjeden Bergen 2009 - 2011 og Bergen kommunes utviklingsprosjekt, utvikling av dagrehabilitering og oppsøkende rehabilitering i brukers hjem.

Nøkkelord: Hjerneslag, Rehabilitering, Oppgaverelatert trening, Ergoterapi, Aktivitet.

AV KATHRINE AASEBØ

«Jeg blir så forbannet, det kan da ikke være så vanskelig å få på seg en jakke, jeg har jo alltid klart det! Jeg går inn på soverommet og lukker døren så ingen ser meg, så prøver jeg på nytt og på nytt, men det blir feil. I går skulle jeg ta på meg penskone, de har lisser. Jeg pleier å gå i mokasiner, så det var en ny erfaring. Det var umulig, jeg følte meg så dum, måtte skifte til mokasiner likevel. Vil ikke at noen skal se at jeg strever sånn, de kommer jo til å tro at jeg er blitt komplett dum.»

Per har kommet hjem fra sykehuset. Etter en akutt innleggelse ble det påvist hjerneslag for fire uker siden. Etter hjemkomst fikk han tilbud om oppfølging fra innsatsteamet i kommunen.

Innledning

Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag anbefaler oppgaverelatert trening i rehabiliteringsfasen. I mitt daglige virke som ergoterapeut i innsatsteamet i kommunen ble jeg nysgjerrig på hva som ligger i begrepet oppgaverelatert trening. I tillegg ønsket jeg å finne ut hvordan ergoterapeuter i et innsatsteam kan utøve en oppgaveorientert tilnærming overfor slagpasienter. Jeg tok utgangspunkt i innsatsteamets syn på rehabilitering og i vår måte å utøve rehabilitering på ved dagrehabilitering og ved oppsøkende rehabilitering. For å øke min

forståelse for rehabilitering ved hjerneslag, foretok jeg litteratursøk. Jeg fant blant annet en tidligere artikkel i Ergoterapeuten ved Unni Sveen hvor hun skriver om rehabilitering ved hjerneslag; hun sier at «en kan anta at det vies for liten oppmerksomhet på sosiale aktiviteter og fritidsysler, aktiviteter som er med på å gi livet innhold» (Sveen, 2004). Dette utsagnet fikk meg til å undres over om fokus på oppgaverelatert trening vil føre til økt fokus på deltakelse og meningsfulle aktiviteter.

Problemstilling og metode

I artikkelen ønsker jeg å belyse to problemstillinger: *Hvordan kan ergoterapeuter i et innsatsteam utøve oppgaverelatert trening? Fører fokus på oppgaverelatert tilnærming til større fokus på meningsfulle aktiviteter?*

For å belyse den første problemstillingen, valgte jeg å gjøre litteratursøk på begrepet «oppgaverelatert trening» og «oppgaverelatert tilnærming». Søkene førte meg til teori om tilnærmingen i norsk og engelsk faglitteratur. Jeg ønsket så å se nærmere på egen praksis og sammenligne denne med prinsippene for oppgaverelatert trening gitt i teorien. Artikkelen presenterer først teori om oppgaverelatert trening, deretter to kaser fra egen praksis. Jeg stilte så spørsmålet «på hvilken måte anvender fagpersonene prinsippene for oppgaverelatert trening?» Problemstillingen drøftes.

Den andre problemstillingen er søkt belyst ved å se nærmere på et utvalg brukeres egne valg av mål og egentrening i en gitt periode. Jeg ønsket å se om innsatsteamets fokus på oppgaverelatert trening førte til et større fokus på aktiviteter som for den enkelte er meningsfulle i deres hverdag. Mål og egentreningsaktiviteter er her systematisert innen fire aktivitetskategorier og talt opp for en periode.



Kathrine Aasebø er ergoterapeut i Innsatsteam rehabilitering i Bergen kommune.

E-post:

kathrine.aasebo@bergen.kommune.no

Det er ingen interessekonflikter i forhold til manuskriptet.

Disse er presentert i figurene 1 - 4. Ved å se nærmere på antall mål og egentreningsaktiviteter innen de ulike kategoriene, drøfter jeg om brukernes valg av mål og trening i egen rehabiliteringsprosess innebærer aktiviteter som kan tolkes som meningsfulle og innholdsskapende i den enkeltes liv.

Disse søkemotorene er anvendt for litteratursøk: Bibsys, SweMed+ og Google. Det er ikke anvendt en vitenskapelig analyse av materialet.

Bakgrunn:

I 2007 ble Bergen kommune invitert med i et treårig prosjekt i regi av Universitetet i Bergen og Helse Bergen som handlet om rehabilitering etter hjerneslag, Slagbehandlingsskjeden Bergen 2009 - 2011. Prosjektet innebar akutt behandling av slagpasienten i slagenhet i sykehus og deretter tidlig utskriving og intensiv rehabilitering i kommunen. Målgruppen for prosjektet var pasienter med nydiagnostisert hjerneslag. Totalt deltok 223 pasienter i kommunens utviklingsprosjekt.

Bergen kommune så at prosjekt Slagbehandlingsskjeden Bergen ville gi kommunen gode muligheter til å utvikle tilbud om dagrehabilitering og oppsøkende rehabilitering i brukers hjem. Det ble opprettet et tverrfaglig team i kommunen, Innsatsteam-rehabilitering (IT), bestående av en sykepleier, to fysioterapeuter og tre ergoterapeuter, for å utvikle disse nye rehabiliteringstilbudene. Innsatsteamet var ansvarlig for den aktive rehabiliteringen av brukerne etter utskriving fra sykehus. I tillegg innebar innsatsteamets mandat å utvikle rehabilitering i et relasjonelt perspektiv og ut fra en relasjonell forståelse av funksjon, i tråd med WHO's syn på sykdom, helse og funksjon vist i modellen ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

I løpet av prosjektperioden utgav Helsedirektoratet «Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag». Retningslinjene gir anbefalinger om hvilke tiltak som kan ha effekt etter et hjerneslag. Den sier at når det gjelder tiltak som kan være nyttig for bedring av funksjon og aktivitet, er det i mange tilfeller oppgaverelatert trening som er best dokumentert (Helsedirektoratet, 2010).

Rehabilitering som tilnærming

Rehabiliteringsmeldingen definerer rehabilitering slik: «rehabilitering er tidsavgrensete, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (St.meld.nr. 21, 1998-99).

Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag sier at rehabilitering betyr «å gjennsinsette i verdighet». Videre sier retningslinjene at for slagpasienten betyr dette en personsentrert, målrettet prosess som begynner første dag etter slaget. Målet er å forbedre funksjon og/eller hindre tap av funksjon, og å oppnå høyest mulig grad av uavhengighet, fysisk, psykisk og ervervsmessig. Rehabilitering handler ikke alene om trening og

gjenvinning av fysisk funksjon, men også om å venne seg til en ny livssituasjon, samt å reintegreres i samfunnet (Helsedirektoratet, 2010).

Utviklingsprosjektet i Bergen kommune la stor vekt på en klientsentrert tilnærming og stor grad av brukermedvirkning i målprosessen, planprosessen og ved gjennomføringen av tiltak.

I tillegg ble det lagt vekt på egeninnsats også i form av egentrening. Egentrening ble gjennomført i hovedsak i brukerens hjemmemiljø.

Innsatsteamet benyttet verktøyet COPM (Canadian Occupational Performance Measure). COPM er et individualisert verktøy laget for å fange opp klientens vurdering av egen aktivitetsutførelse over tid. COPM kan brukes til å identifisere problemområder, å vurdere hvordan brukeren prioriterer sine daglige aktiviteter, å vurdere utførelse og brukerens egen tilfredshet med utføringen, og til å måle endringer under eller etter intervensjon (Kjeken, 2005). Ut fra problemer som ble belyst ved COPM-intervjuet, tilstrebet innsatsteamet og brukeren å formulere klare mål for rehabiliteringsprosessen.

Deltakerne i utviklingsprosjektet

Slagpasientene som var inkludert i prosjekt Slagbehandlingsskjeden Bergen viste seg å være en lite ensartet gruppe. Aldersspennet i brukergruppen var fra 29 år til 95 år, kvinner og menn, yrkesaktive og ikke-yrkesaktive.

Hjerneslag er en fellesbetegnelse på skader som får svært ulike konsekvenser. Det mest synlige utfallet er lammelser eller nedsatt sansemotorisk funksjon i den ene kroppshalvdelen. Like vanlige, men ikke fullt så synlig utfall er kognitive funksjonsnedsettelse. Her kan nevnes apraksi, neglect, rom- og retningvansker, agnosi, nedsatt evne til initiativ og konsentrasjon og økt trøtthet. I tillegg afasi og utfall i synsfunksjon.

Oppgaverelatert trening – hva er det?

Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag definerer oppgaverelatert trening som konkret trening på de bevegelser, oppgaver og aktiviteter som pasienten har som mål å mestre. Retningslinjene sier at noen bruker begrepet funksjonell trening som betyr at oppgavene er knyttet til daglige praktiske gjøremål, og at treningen er hensiktsmessig, sammensatt, variabel og gir mening – en målorientert konkret trening i forhold til oppgaver som det er viktig for personer å mestre (Helsedirektoratet, 2010).

Oppgaveorientert tilnærming bygger på systemiske modeller for motorisk kontroll, som igjen er bygget på nyere utviklingsteori og teori om motorisk læring. I tillegg bygger tilnærmingen på kunnskap om brukermedvirkning, meningsfulle aktiviteter og til dels kognitiv adferdsteorier (Tuntland, 2011).

Motorisk læring kan beskrives som en problemløsningsprosess som skjer via en interaksjon mellom personen, oppgaven og omgivelsene. Motorisk læring fokuserer på at en skal øve på det en vil bli god på. Innen fysioterapilitteratur beskrives oppgaveorientert trening som en prosess der pasienten aktivt skal løse den funksjonelle oppgaven i

Treatment Principles of a Task-Oriented Approach

Client-Centered Focus

- Adopt a client-centered focus in treatment.
- Elicit active participation of the client during treatment.

Occupation-Based Focus

- Use functional tasks as the focus in treatment.
- Select tasks that are meaningful and important to the client's roles.
- Analyze the characteristics of the tasks selected for treatment.
- Describe the movements used for task performance.
- Determine whether the movement patterns are stable or in transition.
- Analyze the movement patterns and functional outcomes of task performance.

Person and Environment

- Identify personal and environmental factors that serve as major influences on occupational performance.
- Anticipate that the personal and environmental variables influencing occupational performance will change.
- Address critical personal and environmental systems to cause change in occupational performance.
- Treat neural and non-neural factors of the sensorimotor systems that interfere with optimal occupational performance.
- Adapt the task or broader environment to promote optimal occupational performance.
- Use natural objects and natural environments.

Practice and Feedback

- Structure practice of the task to promote motor learning.
- Design the practice session to fit the type of task and learning strategies.
- Provide feedback that facilitates motor learning and encourages experimentation with solutions to occupational performance problems.
- Optimize occupational performance given the constraints on the person and environment.

General Treatment Goals

- Discover the optimal movement patterns for task performance.
- Achieve flexibility, efficiency and effectiveness in task performance.
- Develop problem-solving skills with clients so they can identify their own solutions to occupational performance problems in home and community environments.

Boks 1: Notat fra «Optimizing Motor Behavior Using the Occupational Therapy Task-Oriented Approach» in Occupational Therapy for Physical Dysfunction, sixth edition, ved Bass-Haugen, Mathiowetz and Flinn, 2008.

stedet for å repetere et normalt bevegelsesmønster. Samtidig sies det at tiltak på kroppsfunksjonsnivå ofte inngår i behandlingen for å optimalisere sensomotorisk kontroll (Shumway-Cook and Woolacott, 2007).

Occupational Therapy Task-Oriented Approach, en ergoterapeutisk oppgaveorientert tilnærming, ble beskrevet av Mathiowetz og Bass-Haugen i 1994. Tilnærmingen

er basert på en systemisk modell for motorisk kontroll, motorisk utvikling og motorisk læringsteori. Basis for tilnærmingen er oppgaveorienterte tilnærminger diskutert innen fysioterapi og bevegelsesvitenskap, samt ergoterapi-modeller som er aktivitets- og klinetsentrert (Bass-Haugen i Randsoski og Trombly, 2008).

Bass-Haugen skriver at ideer om sammenheng mellom aktivitetsutføring, person og miljø er like gamle som ergoterapifaget. Nyere litteratur om motorisk adferd gir en strengere teoretisk basis for å bruke meningsfull aktivitet som primær treningsmodalitet (Bass-Haugen i kapittel 22, Trombly, 2008).

I litteraturen kan en noen steder ane en skepsis til å ta i bruk oppgaverelatert tilnærming overfor mennesker med kognitiv funksjonssvikt. I en artikkel i The American Journal of Occupational Therapy fra 2010 beskriver Preissner hvordan hun lykkes med tilnærmingen overfor en eldre dame med stor grad av kognitiv svikt (Preissner, 2010).

I boks 1 gjengis behandlingsprinsipper i en ergoterapeutisk oppgaveorientert tilnærming beskrevet av Bass-Haugen og Mathiowetz (Trombly, 2008).

Tuntland har gjort en fri oversettelse og sammenfatning av prinsippene. Hun beskriver disse treningsprinsippene for oppgaveorientert tilnærming: «Aktiv deltakelse anses grunnleggende. Instruksjonen bør være kortfattet og ha et eksternt fokus, være uforutsigbar, sjelden og oppsummerende. Øving og tilbakemelding er vesentlig for læring. Tilbakemelding trekkes gradvis tilbake for å stimulere personens indre tilbakemelding til å overta. Treningen bør foregå som tilfeldig, fleksibel trening av helhet. Hyppig og kortvarig trening gir best resultat. Oppgavens karakter og treningsmiljøet varieres» (Tuntland, 2011).

Bass-Haugen og Mathiowetz beskriver prinsippet oppgaveanalyse (se boks 1). Prinsippet innebærer analyse av oppgaven eller aktiviteten og av bevegelsene som kreves for utføring av aktiviteten. Oppgaveanalyse som beskrevet her, minner om ergoterapibegrepet aktivitetsanalyse. Ergoterapeuter i Norge har begynt å anvende en metode for oppdeling av mål som krever aktivitetsanalyse, GAS (Goal Attainment Scaling). Metoden er brukt ved målrettet trening og trening som er basert på motorisk læring, slik oppgaverelatert trening er. Metoden ble belyst i en egen spesialutgave av Ergoterapeuten, «Målrettet trening basert på motorisk læring – en metodisk framgangsmåte basert på Goal Attainment Scaling» (Elverum, 2006).

Målet ved oppgaverelatert trening er læring eller relæring av oppgaver. Generalisering av læring er mest ønskelig. Med generalisering av læring menes personens evne til å overføre et prinsipp fra en situasjon til en annen. En læringsprosess kan deles inn i tre stadier: det verbal-kognitive stadiet, det motoriske stadiet og det autonome stadiet. I det kognitive stadiet handler det om å få en idé om hva oppgavene handler om. Det motoriske stadiet handler om å forbedre utførelsen ved å ta i bruk mer effektive bevegelsesmønstre. I det autonome stadiet er personen i stand til å utføre oppgaven automatisk med minimalt behov for oppmerksomhet på oppgaven (Tuntland, 2011).

Nils Erik Ness har skrevet om ulike perspektiver på tre-

ning og behandling på nettsidene til NETF. Han skiller mellom bottom-up-perspektiv og top-down-perspektiv (www.netf.no). Oppgaveorientert tilnærming vises til som et eksempel på et top-down-perspektiv. Tuntland sier at en top-down-tilnærming innebærer å fokusere på målet eller aktiviteten i seg selv, heller enn de underliggende kroppsfunksjonene. Implisitt i dette ligger en erkjennelse av at det er å trene på selve aktiviteten som gir best resultat (Tuntland, 2011).

Per – en historie om rehabilitering ved dagrehabilitering

Sitatet innledningsvis er fra Per. Han er 65 år og pensjonert. Han var innlagt ved sykehusets slagenhet og utskrevet til hjemmet for rehabilitering ved dagrehabilitering. Ved utskrivelse fra sykehuset ble det beskrevet utfall i form av afasi og nedsatt funksjon i høyre hånd.

Innsatsteamet foretok kartlegginger av funksjon etter hjemkomst. Ergoterapeuten kartla håndfunksjon ved bruk av Ad-AHA (Assisting Hand Assessment - Adult), samt gjennomførte en screening av kognitiv funksjon og observasjon i praktiske daglige aktiviteter. Sykepleieren hadde samtale om medisiner og dosering. Det ble gjennomført et COPM-intervju.

Ad-AHA bedømmer og beskriver hvor effektivt personer med unilaterale funksjonsnedsettelse bruker sin påvirkede hånd/arm (hjelpehånd) når de utfører bimanuelle aktiviteter. AHA er utviklet gjennom Rasch-analyse (Krumlinde Sundholm L, 2010).

Den tverrfaglige kartleggingen viste at Per ikke hadde motoriske utfall etter hjerneslaget.

Ad-AHA viste vansker med utføring av handlinger som mest sannsynlig skyldtes rom- og retningsvansker, noe den kognitive screeningen støttet. I tillegg lette Per etter ord og uttalte ofte et annet ord enn det han mente å si. Heldigvis registrerte han feilsnakkingen selv, men det gjorde ham veldig frustrert.

Per og innsatsteamet kom fram til disse målformuleringene med bakgrunn i COPM-intervju og tverrfaglig kartlegging:

- Å snakke flytende uten «feilsnakk» eller leting etter ord.
- Å mestre sammensatte oppgaver: knyte skolisser, ta på jakke, legge sammen tøy, skifte på sengen, legge sammen klær og rydde i klær, bruke medisindosetten og dosere egne medisiner.

Per og innsatsteamet la opp en plan for treningen ved dagrehabilitering og for egentrening i hjemmet.

Per trente på ulike aktiviteter: ta på/av jakke og skjorte, knyte skolisser, skifte sengetøy, brette klær, henge opp klær. Han trente av-/påkledning av ulike jakker og skjorter, stående og sittende, trente knytning av skolisser sittende med skoen på bordet foran seg og med skoen på foten. Aktivitetene ble gjentatt flere ganger i løpet av hver dag på dagrehabiliteringen, både i naturlige situasjoner og i kunstige treningsøkter. Teamet forsøkte å lage et hjemmemiljø i forhold til aktiviteter som å skifte på sengetøy, henge opp klær og legge sammen klær, av- og påkledning. Treningsbenken ble redd opp med sengetøy, og en lenestol ble plassert ved siden av benken.

Per hadde i tillegg treningsøkter hvor han øvet på å dosere medisin riktig ut fra sine resepter, og å legge rett mengde medisin på rett sted i dosetten. I felleslunsjen fikk han mulighet til uformell samtale med personalet og medpasienter.

I begynnelsen av rehabiliteringsperioden hadde Per behov for instruksjon via håndledning/guiding. Etter hvert responderte han på korte, muntlige instruksjoner underveis og deretter kunne han gjøre nytte av en oppsummering etter gjennomført aktivitet.

Per og innsatsteamet ble enige om disse aktivitetene for egentrening hjemme:

- Ta av/på jakke og skjorte i naturlige sammenhenger.
- Knytte skolissene selv.
- Ta rett medisin selv fra dosetten.
- Motta besøk og delta aktivt i samtaler hjemme.

Ved sluttsamtalen siste rehabiliteringsdag gjorde innsatsteamet og Per en evaluering av målene. Det kom fram at Per nå snakket mer tydelig og i lengre setninger, og at han raskere hørte om han brukte feil ord. Han oppfattet også muntlig instruksjon bedre enn i begynnelsen av perioden. Nå deltok han oftere i sosiale sammenhenger i hjemmet, og han var motivert for å prøve seg gradvis mer ute blant folk. Han mestret påkledning av jakke og skjorter bedre, og ga selv uttrykk for at han ønsket å mestre oppgaven «på gamlemåten», noe han etter hvert mestret når han konsentrerte seg. Skolissene mestret han etter en intensiv treningshelg hjemme. Han hadde nå innøvd en rutine for når han skal ta tabletter hjemme, og mestret administrasjon av medisiner selv.

Kari - en historie om rehabilitering i hjemmet

Kari er 55 år og yrkesaktiv. Hun var innlagt sykehusets slagenhet og deretter utskrevet til hjemmet for oppsøkende rehabilitering i hjemmet. Ved utskrivelse fra sykehuset ble det beskrevet utfall i form av nedsatt sansemotorisk funksjon i venstre kroppshalvdel.

Innsatsteamet foretok kartlegginger av funksjon etter hjemkomst. Fysioterapeuten gjennomførte ulike motoriske tester, ergoterapeuten gjennomførte Jebsen & Taylors Håndfunksjonstest (Jebsen m.fl., 1969) og Ad-AHA. Det ble gjennomført et COPM-intervju.

Den tverrfaglige kartleggingen viste nedsatt muskeltonus i venstre skulderbue, i venstre side av truncus og i venstre hånd. Innskrenket bevegelsesfrihet, nedsatt tempo og koordinasjon i venstre arm og ben. Jebsen & Taylors Håndfunksjonstest viste nedsatt tempo ved utføring av ulike finmotoriske aktiviteter i begge hender. Ad-AHA viste at venstre hånd kan gripe ulike objekter uten å miste dem, men Kari bruker sjelden venstrehanden til å gripe. Hun griper i stedet med høyre hånd og plasserer ting over til den venstre. Venstre hånd har vansker med å slippe. Når hun utfører tohåndsaktiviteter sees lite bevegelse i venstre overarm og skulder, venstre arm strekker seg sjelden etter ting på bordet. Aktivitetsutføring skjer med noe langsomt tempo. Fysioterapeuten observerte at situasjoner som krever spontan og rask bevegelse av venstre arm/hånd er problematisk, for eksempel å ta seg for ved fall i ulendt

faglig

terreng. Innsatsteamet og Kari formulerte disse målene med bakgrunn i COPM-intervju og tverrfaglig kartlegging:

Hovedmål:

- Tilbake til jobb.
- Delta i fritidsaktiviteter og hverdagsaktiviteter som tidligere. Kjøre bil.

Delmål:

- Være mer utholdende i aktivitet.
- Utføre av-/påkledning inklusive knapper selvstendig.
- Lage middag og ta oppvasken uten kompensatoriske bevegelser.
- Skrive på pc med Touch-metoden.
- Klippe plenen og trille trillebårlass.
- Padle kajakk og sykle.

Innsatsteamet og Kari ble enige om en kombinasjon av trening med spesifikke sansemotoriske øvelser og oppgaverelatert trening. Kari gjennomførte treningsøkter med fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier tre ganger i uken. I tillegg gjennomførte hun egentrening flere ganger daglig.

Treningen ble gjennomført i det miljøet Kari vanligvis utførte aktivitetene, og med de redskapene hun var vant til å bruke. Kari og innsatsteamet gjennomførte treningsøkter på hennes kjøkken, på kontoret og i hagen. Innsatsteamet vektla tilrettelegging av aktivitetene ut fra hennes mestringsnivå. Teamets rolle var å observere og korrigere aktivitet utføringen med hensikt å unngå kompensatoriske bevegelser, samt å tilrettelegge for relevante øvelser. Teamet la vekt på aktiviteter som gav Kari utfordringer i forhold til de sansemotoriske vanskene hun hadde, samt på aktiviteter Kari ønsket å mestre igjen. Tilbakemelding ble gitt muntlig som en oppsummering i etterkant av utføringen.

Oppgaver Kari trente på sammen med innsatsteamet og som egentrening:

- Knepe knapper. Skrive brev på pc. Tømme oppvaskmaskin og sette på plass i skap. Sette inn skitten oppvask i maskinen. Skrelle poteter og gulrøtter, skjære brød.
- Kjøre trillebår og klippe plenen.
- Sykle ergometersykel inne. Gå tur med ektefelle. Trene på treningsstudio.

Ved sluttsamtalen kom det fram at Kari hadde trent mye på egenhånd. Hun hadde syklet ute og vært på fjelltur med ektefelle. Aktivitetene hadde vært tankevekkende for henne, hjerneslaget hadde endret henne mer enn hun trodde; det ville ta tid før hun kunne forvente å være tilbake til sitt vanlige funksjonsnivå på alle områder. På den andre siden opplevde hun nå mestring i daglige aktiviteter som påkledning, også knapper, matlaging og oppvask og hagearbeid. Hun var mindre trøtt etter aktivitet og fikk utført flere oppgaver i løpet av dagen. I tillegg gav hun uttrykk for mer bevissthet i forhold til bruk av venstre arm og hånd. Retest med Jebson & Taylors Håndfunksjonstest viste bedring av tempo i begge hender. Det var nå naturlig

for henne å bruke venstre hånd nesten likeverdig som høyre i tohåndsaktiviteter.

På hvilken måte anvender fagpersonene prinsippene for oppgaverelatert trening?

I begge kasusbeskrivelsene har innsatsteamet brukt COPM. COPM-intervjuet bidrar til å sette brukerens egne ønsker, behov og fokusområder på dagsorden. Dermed kan en si at en tilnærming hvor en benytter COPM bidrar til en klientsentrert praksis hvor brukeren bidrar aktivt. Fagpersonene er ansvarlige for faglige vurderinger, og skal bistå brukeren til å gjøre valg som er realistiske og meningsfulle ut fra det funksjonsnivået brukeren har. Det betyr ikke at brukeren ikke skal sette seg høye mål. Fagpersonene må være hjelpelige med å vurdere hva som er oppnåelig i dag, på lengre sikt og på lang sikt.

En oppgaverelatert tilnærming skal være aktivitetsbasert. Aktiviteten det fokuseres på, skal være valgt av brukeren, den skal oppleves som meningsfull for brukeren, og den skal føre fram til selvstendighet og mestring i akkurat denne aktiviteten. Tilnærmingen innebærer at en skal øve på det en ønsker å mestre. En kan spørre om det betyr at det er nok å utføre aktiviteter i trening. I litteraturen settes det krav til tilnærmingen som tilsier at svaret på dette spørsmålet er nei.

I boks 1 beskriver Bass-Haugen ulike faktorer som inngår i et aktivitetsbasert fokus. Hun skriver at terapeuten skal:

- analysere eller finne det karakteristiske ved oppgaven som er valgt
- beskrive bevegelser som brukes i aktivitetsutføringen
- bestemme om bevegelsesmønstrene er i bevegelse eller stabile
- analysere bevegelsesmønstrene og det funksjonelle resultatet av oppgaveutføringen.

Mange ergoterapeuter vil gjenkjenne disse kravene til oppgaveanalyse som tilsvarende vårt begrep aktivitetsanalyse. Det er betimelig å spørre om vi er flinke nok til å gjennomføre aktivitetsanalyse før vi igangsetter oppgaverelatert trening. Dette kommer ikke fram i eksemplene over. En synliggjøring av aktivitetsanalysen vil antakelig være nyttig for både brukeren og terapeuten. GAS (Goal Attainment Scaling) er en metode som krever aktivitetsanalyse, og som muligens kan være et nyttig redskap her.

I kasuseksemplene over har brukerne valgt aktiviteter som var viktige for dem. Per ønsket å kunne kle på seg jakken og knyte skolissene uten at han følte seg uvel i sosiale settinger. Han trente på disse aktivitetene. Likevel er det ikke implisitt at han kunne trent uten veiledning fra en fagperson. Fagpersonen bisto ham med tilrettelegging i forhold til miljøbetingelser og i forhold til instruksjon/tilbakemelding og veiledning gradert ut fra hans mestringsnivå.

Fagpersonene la opp til treningsøkter som innebar trening på hele aktivitetsutføringen framfor trening av enkeltferdighet. Per trente på å ta på jakken og av jakken, ulike jakker og i forskjellige omgivelser. Han trente på å knyte skolissene når skoen sto på bordet og når han hadde fått den på foten. En kan stille spørsmål ved om denne tilrette-

leggingen innebar trening på helheten. Ut fra det perspektivet at Pers problem var å knyte lissene, kan en si at han trente på helheten, men på en variert måte. Treningen var tilfeldig. Dersom Pers problem også innebar å få på seg skoene, burde han trent på å ta skoene på foten også.

Et annet kriterium innen oppgaverelatert trening er å trene fordelt framfor mengdetrening. Kasuseksempelene over sier noe om at Pers trening i større grad enn Karis trening var preget av mengdetrening. Per kom til dagrehabilitering tre ganger i uken à fire timer. Timene på dagrehabilitering skulle fylles med meningsfull og nyttig trening i forhold til Pers mål. Dette førte sannsynligvis til en viss grad av mengdetrening. På den andre siden fikk Per anledning til mer tilfeldig trening hjemme, trening på aktivitetene i naturlige situasjoner. Karis trening foregikk på hennes hjemlige arenaer. Hun fikk mulighet til mer fordelt trening. Innsatsteamet var innom henne tre ganger i uken, som oftest en time hver gang. I tillegg fikk hun god anledning til å prøve seg og trene i daglige aktiviteter i sitt miljø gjennom hele dagen og uken.

Opgaverelatert trening skal gi utøveren innsikt i problemløsning, som igjen skal føre til læring og generalisering av læring. Eksempelene med Per og Kari viser at det skjedde en læring. Per trente og trente på å ta på jakke, ulike jakker og skjorter. En dag kom han til dagrehabiliteringen og fortalte at nå tok han på jakken på «gamlemåten», nå husket han hvordan det skulle gjøres. Dette kan tolkes som relæring. Kari fortalte at hun var blitt bevisst på hvordan hun best skulle bruke sin affiserte kroppshalvdel i aktivitet. Hun hadde lært hvordan bevegelsene skulle gjøres i ulike aktiviteter, og hun opplevde at bevegelsene stadig ble mer automatiske.

Innsatsteamet har erfart at rehabiliteringsarena påvirker muligheten for gjennomføring av oppgaverelatert trening. I hjemmet har brukeren mulighet til å trene på aktiviteter i det miljøet hvor aktiviteten skal gjennomføres, og med de redskapene som vanligvis benyttes. Denne muligheten er ikke i samme grad til stede ved dagrehabilitering. På den andre siden er det mange aktiviteter og aktivitetstilgjør som kan skapes nesten tilsvarende brukernes naturlige aktivitetstilgjør. For eksempel arbeidsrelaterte aktiviteter som kontorarbeid og daglige aktiviteter som kjøkkenaktivitet, kan tilrettelegges slik at miljøet blir nokså realistisk. En forutsetning for dette er at fagpersonene gis innblikk i brukerens ulike aktivitetsarenaer.

En veksling mellom å trene oppgaverelatert på dagrehabilitering og hjemme, kan sees som en ressurs i forhold til generalisering av læring. Ved å få mulighet til å trene på de samme aktivitetene i ulike miljøer, kan en tenke at brukeren blir utfordret i forhold til problemløsning. Dermed kan denne vekslingen av miljø muligens være med på å stimulere til større grad av læring.

Tilbakemelding er en viktig forutsetning. Tilbakemelding skal helst gis tilfeldig og aller helst oppsummerende etter aktivitet utføringen. Innsatsteamet har erfart at en individuell tilpasning er nødvendig. Fagpersonene må gjøre en vurdering av brukerens ressurser i forhold til å motta instruksjon. Instruksjonen kan gis på ulike måter. For eksempel muntlig instruksjon i forkant, trinnvis instruksjon

underveis eller som oppsummerende tilbakemelding, og den kan gis som håndledning/ guiding. Per responderte ikke på muntlig instruksjon i begynnelsen av rehabiliteringsprosessen. Etter hvert hadde han nytte av en oppsummerende kommentar eller evaluering i etterkant. Kari responderte på kort, muntlig instruksjon i oppstart av aktiviteten. Innsatsteamet vektla etter hvert å gi Kari tilbakemelding på utført aktivitet i etterkant av utføringen.

Eksempler på mål og egentrening i utviklingsprosjektet

I løpet av prosjektet ble innsatsteamet nysgjerrig på brukernes valg av mål og egentrening. Vi tok en oppstilling av mål og egentreningsaktiviteter hos brukere vi fulgte i 2010. I løpet av dette året hadde 41 brukere fulgt opp egentrening, vi så nærmere på disse 41 brukerne.

Vi valgte ICF som mal for å systematisere mål og egentrening. Mål, aktiviteter og øvelser ble sortert innen kroppsfunksjonsnivå, aktivitets- og deltakelsesnivå.

Brukere av dagrehabilitering formulerte 38 mål innen kroppsfunksjonsnivå og 50 mål innen aktivitets- og deltakelsesnivå.

Brukere av oppsøkende rehabilitering formulerte 36 mål innen kroppsfunksjonsnivå og 117 mål innen aktivitets- og deltakelsesnivå.

Videre presenteres mål og egentrening innen nivået aktivitets- og deltakelsesnivå. Se figurene 1 - 4 som viser mål og egentrening fordelt innen fire aktivitetskategorier for brukere av dagrehabilitering og brukere av oppsøkende rehabilitering henholdsvis.

Aktiviteter innen aktivitets- og deltakelsesnivå ble fordelt innen disse fire aktivitetskategoriene:

P-ADL: Personlige aktiviteter. Personnære aktiviteter i dagliglivet som hygiene, påkledning, spising, mobilitet.

I-ADL: Instrumentell ADL. Utadrettede og komplekse aktiviteter som matlaging, husarbeid, innkjøp.

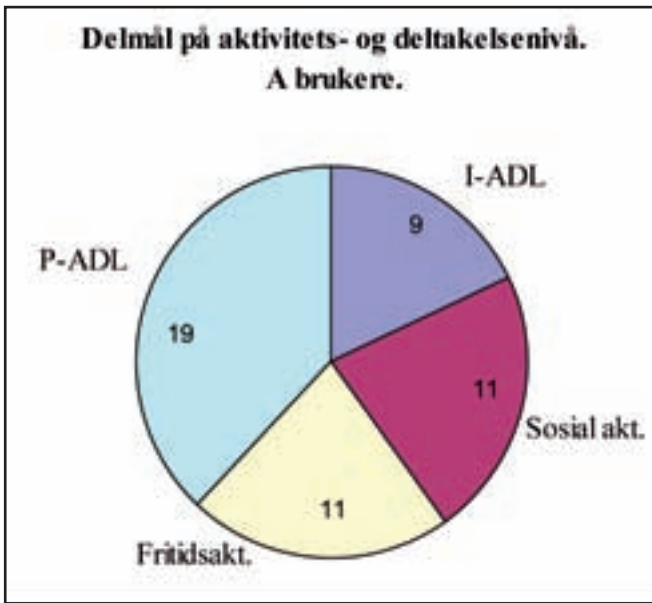
Fritidsaktiviteter: For eksempel hagearbeid, sykle på tur, skrive, lese, strikke, vedlikeholde båt, trene på treningsstudio.

Sosiale aktiviteter: For eksempel klubbmøter, leke med barn, bytur/shopping med andre, delta i samtaler, komme tilbake i jobb, mestre jobbrelaterte aktiviteter og delta i sosiale sammenhenger generelt.

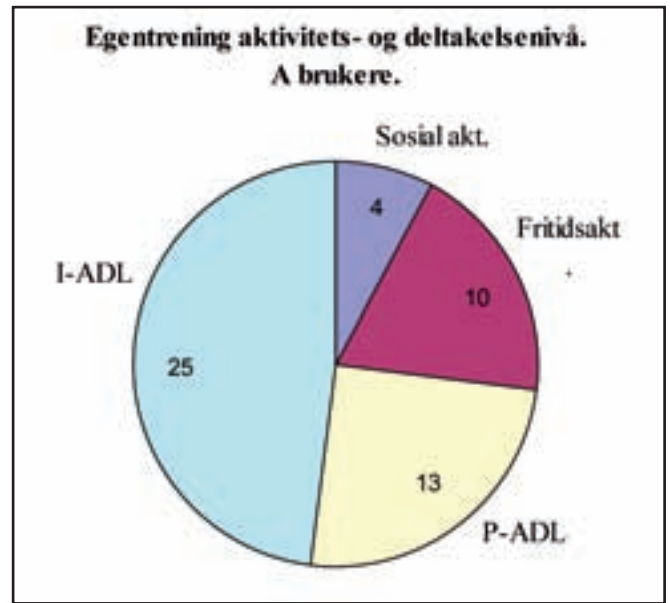
Fører oppgaverelatert tilnærming til større fokus på aktiviteter som gir livet innhold?

Diagrammene i figur 1 og 3 viser at brukere ved dagrehabilitering og oppsøkende rehabilitering har vektet mål innen sosiale aktiviteter ulikt, elleve mål mot tre mål. Det er trolig mange ulike årsaker til dette. En mulig forklaring er at brukere av dagrehabilitering har kommet seg ut på en sosial arena etter hjerneslaget. På dagrehabiliteringen opplevs den sosiale faktoren større, og de kan oppdage mestring innen sosial aktivitet. Brukere av oppsøkende rehabilitering møter innsatsteamet i eget hjem. De har kanskje ikke våget seg ut ennå, og har kanskje ikke troen på at de vil mestre sosiale situasjoner så tidlig etter hjerneslaget.

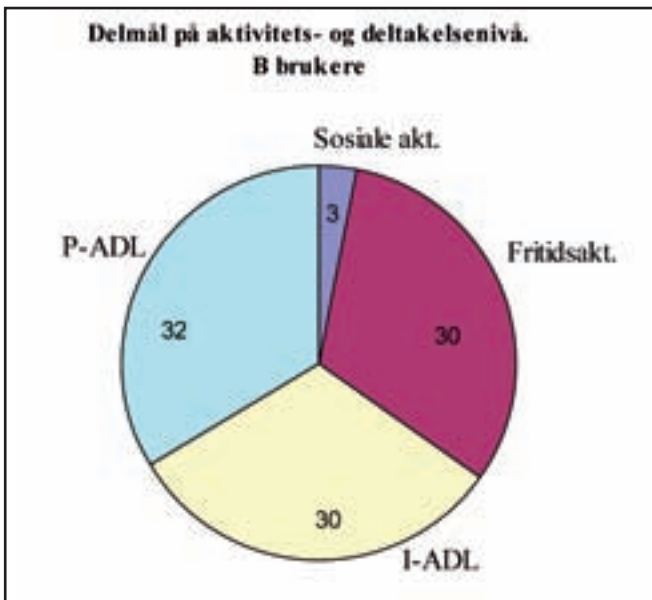
Innen fritidsaktiviteter er det motsatt. Her har brukere av oppsøkende rehabilitering valgt flere mål enn brukere



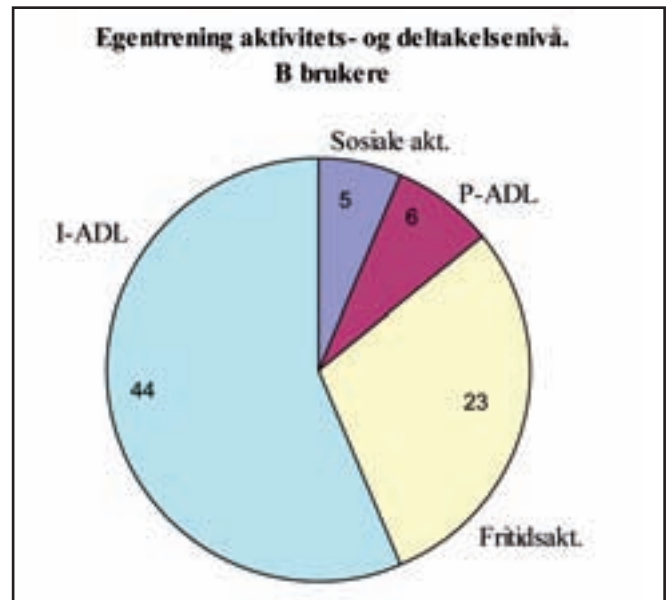
Figur 1. Dagrehabilitering. Delmål aktivitets- og deltakelsenivå.



Figur 2. Dagrehabilitering. Egentrening aktivitets- og deltakelsenivå.



Figur 3. Oppsøkende rehabilitering. Delmål aktivitets- og deltakelsenivå.



Figur 4. Oppsøkende rehabilitering. Egentrening på aktivitets- og deltakelsenivå.

av dagrehabilitering. En kan spørre seg som brukere som får rehabilitering i hjemmet har mer overskudd til å tenke på fritidsaktivitet. Kanskje er det slik at brukere av dagrehabilitering har nok med å komme seg ut flere ganger i uken. En annen mulighet er at brukere av oppsøkende rehabilitering kommer på å nevne egne fritidsaktiviteter under COPM-intervjuet. Kanskje kan de se noe som minner dem på interessene sine i omgivelsene. Sett i dette perspektivet, kan det være mer krevende for brukere av dagrehabilitering å fokusere på fritidsaktiviteter når COPM-intervjuet foregår i ukjente omgivelser.

Innen områdene I-ADL og P-ADL er det også en forskjell på brukere av dagrehabilitering og oppsøkende rehabilitering. Diagrammene i figur 3 og 4 viser et større fokus på egentrening innen P-ADL for brukere av dagrehabilite-

ring. Dette kan være en tilfeldighet, men det kan også ha sammenheng med arena for rehabilitering. Kanskje har innsatsteamet ment at lokalitetene på dagrehabiliteringen ikke er egnet for trening på aktiviteter innen P-ADL. Dermed har brukerne i større grad blitt oppfordret til å trene disse aktivitetene på egenhånd hjemme. På den andre siden kan muligens det lavere fokuset på egentrening innen P-ADL for brukere av oppsøkende rehabilitering ha sammenheng med at innsatsteamet har en bedre mulighet til å trene på disse aktivitetene sammen med brukeren i deres naturlige miljø. Dermed er det kanskje ikke like stort behov for å fokusere på egentrening i tillegg.

Det vises et motsatt forhold i forhold til egentrening innen I-ADL. Brukere av oppsøkende rehabilitering har gjennomført flere aktiviteter for egentrening innen I-ADL

enn brukere av dagrehabilitering. En mulig årsak til dette er at hjemmet som arena gir en mer realistisk mulighet til trening innen I-ADL. I hjemmet vil aktiviteten foregå i et naturlig miljø og med de redskapene brukeren vanligvis vil bruke.

I artikkelen «Ergoterapi i rehabilitering etter hjerneslag» spør Sveen om vi i for stor grad vektet aktiviteter innen P- og I-ADL framfor sosiale aktiviteter og fritidssysler. Ut fra erfaringene i prosjektet kan det se ut til å være ulike årsaker til dette og ulike sannheter. Det kan se ut til at både arena for rehabilitering og tidspunkt og arena for COPM-intervjuet har betydning.

COPM-intervjuet fokuserer på aktiviteter som brukeren vil gjenoppta, mestre igjen eller begynne med. I prosjektet har COPM-intervjuet blitt gjennomført i løpet av de første ukene, en til to uker, etter utskrivelse fra sykehus til hjemmet. Slagpasienter har svært ulike utfall, og det kan være vanskelig å si når det rette tidspunktet for COPM-intervjuet er. Noen brukere vil antakelig oppleve at de første ukene etter hjemkomst er for tidlig. De er kanskje fortsatt i en «sjokkfase» og ikke i stand til å se hvordan livet var og hvordan de ønsker at livet skal bli. For andre kan det være gunstig å komme raskt i gang med å tenke framover og fokusere på hva de vil mestre og fylle livet med.

Prosjektet har synliggjort en antakelse om at brukerne har mer fokus på «livet sitt» når de blir møtt i eget hjem framfor på en dagrehabilitering. Det kan se ut til at omgivelsene påvirker fokuset.

Oppsummering

Ved å se nærmere på noen brukeres valg av mål og egentrening i Bergen kommunes utviklingsprosjekt, ønsket jeg å belyse om oppgaverelatert tilnærming fører til større fokus på deltakelse og meningsfulle aktiviteter – aktiviteter som gir livet innhold. Refleksjonene som er gjort i forbindelse med utviklingsprosjektet, er for svakt belyst til at en kan trekke noen klare konklusjoner. Erfaringene har likevel vist at en klientsentrert rehabiliteringsprosess med bruk av verktøy som fokuserer på pasientens hverdag og hverdagsaktiviteter, er med på å sette et større fokus på aktiviteter som gir den enkeltes liv mening. Innsatsteamet erfarte at både arena for kartlegging, målsetting og trening, samt fagpersonenes valg av kartleggingsverktøy påvirker fokus i brukerens rehabiliteringsprosess.

Artikkelen søker å belyse hvordan ergoterapeuter i et innsatsteam praktiserer oppgaverelatert trening. Erfaringene fra utviklingsprosjektet i Bergen kommune viser at ergoterapeuter har nyttig kunnskap og verktøy for utøvelse av oppgaverelatert trening. Aktivitetsanalyse og tilrettelegging av aktivitetsbasert trening er gode verktøy for utøvelse av oppgaverelatert trening, men ergoterapeuter kan muligens bli tydeligere overfor seg selv og andre i forhold til aktivitets- eller oppgaveanalyse. Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag anbefaler hjemmerehabilitering og fokus på oppgaverelatert trening. Her kan ergoterapeuter bidra! □

Referanser

Elverum A-K (2006): *Målrettet trening basert på motorisk*

læring – en metodisk framgangsmåte basert på Goal Attainment Scaling. Utarbeidet av ergoterapeuter. Norsk Ergoterapeutforbund.

Helsedirektoratet: *Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.* 2010.

Jebsen, R.H., Taylor, N., Trieschmann, R.B. (1969). Objective and standardized test of hand function. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 50, 311-319.

Kjeken I. (2005): *Canadian Occupational Performance Measure.* Norsk utgave. NRRK. Oslo.

Krumlinde Sundholm L, Lindkvist B, Holmefur M. 2010: *Manual Adolescent/Adult Assisting Hand Assessment, Ad-AHA,* Svensk forskningsversjon 4.6

Trombly, C.A.L og Randsomski, M.V: *Occupational Therapy for Physical Dysfunction.* Sixth Edition. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 2008.

Preissner, K: Use of the Occupational Therapy Task-Oriented Approach to Optimize the Motor Performance of a Client with Cognitive Limitations. *The American Journal of Occupational Therapy*, September/October 2010, Volume 64, Number 5.

Shumway-Cook, A. og Woolacott, M. (2007): *Motor Control. Translating Research into Clinical Practice.* Third edition. Lippincott Williams & Wilkins.

Sveen, U. (2004): Ergoterapi i rehabilitering etter hjerneslag – fokus på aktivitet og deltakelse. *Ergoterapeuten* nr. 08, 2004.

Tuntland, H. (2011): *En innføring i ADL. Teori og intervensjon.* 2. utgave. Høgskoleforlaget. Kristiansand.

<http://www.ergoterapeuten.no/NETF/Fag-og-yrkesutøvelse/Yrkesutøvelse/Undersoekelser-og-vurderingsredskap>