

«FRA SKOLEPULTEN TIL KJØKKENBENKEN»

KLINISK ANVENDBARHET AV ET PEDAGOGISK UTVIKLET AKTIVITETSANALYSESYSTEM

Av Ellen Gjertsen Clark, Lene Fogtmann Jespersen, Brian Ellingham og Therese Brovold



Ellen Gjertsen Clark er ergoterapeut og enhetsleder for ergoterapeutene i Klinisk Aktivitetsavdeling ved Diakonhjemmet Sykehus.



Lene Fogtmann Jespersen er fagutviklingsergoterapeut/studentkoordinator ved Seksjon for klinisk service, Oslo Universitetssykehus HF.



Brian Ellingham er høyskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag.



Therese Brovold, PhD, er fag- og forskningsleder i Klinisk Aktivitetsavdeling ved Diakonhjemmet Sykehus.

Sammendrag

Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system (EVA) er utviklet som undervisningsmateriale ved ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus. De siste årene har enkelte ergoterapeuter og fagmiljøer prøvd ut deler av EVA-systemet som observasjons- og kartleggingsverktøy i klinisk virksomhet. Spørsmål om EVAs egnethet for klinikk ble aktualisert ettersom systemet opprinnelig var utviklet for pedagogisk formål og ikke validert for klinisk bruk. I 2011 - 2012 ble det gjennomført et samarbeidsprosjekt mellom ergoterapeututdanningen i Oslo og tre sykehus i Oslo-regionen for å vurdere deler av EVA-systemets anvendbarhet i klinisk praksis. Utvalgte skjemaer ble prøvd ut i kliniske miljøer som inkluderte somatikk, psykiatri og førstelinjetjeneste. Prosjektet viste at de utvalgte EVA-skjemaene var egnet innen utprøvede områder og med et stort mangfold av aktiviteter. De utvalgte EVA-skjemaene ble et supplement til etablerte og validerte redskaper, og kan benyttes av klinikere uavhengig av erfaring og sertifisering, samtidig som de gir god struktur og entydig begrepsbruk i dokumentasjon av aktivitetsobservasjoner. For praksisstudier har EVA-systemet vist seg meningsfullt i opplæring av metodisk bruk av aktivitet og bidratt til å skape en sammenheng mellom undervisning og praksis.

Nøkkelord: Kartlegging, dokumentasjon, aktivitet, observasjon, praksisundervisning

Det er ingen iinteressekonflikter knyttet til denne artikkelen.



Ergoterapeututdanningen i Oslo er en del av Høgskolen i Oslo og Akershus.

Bakgrunn

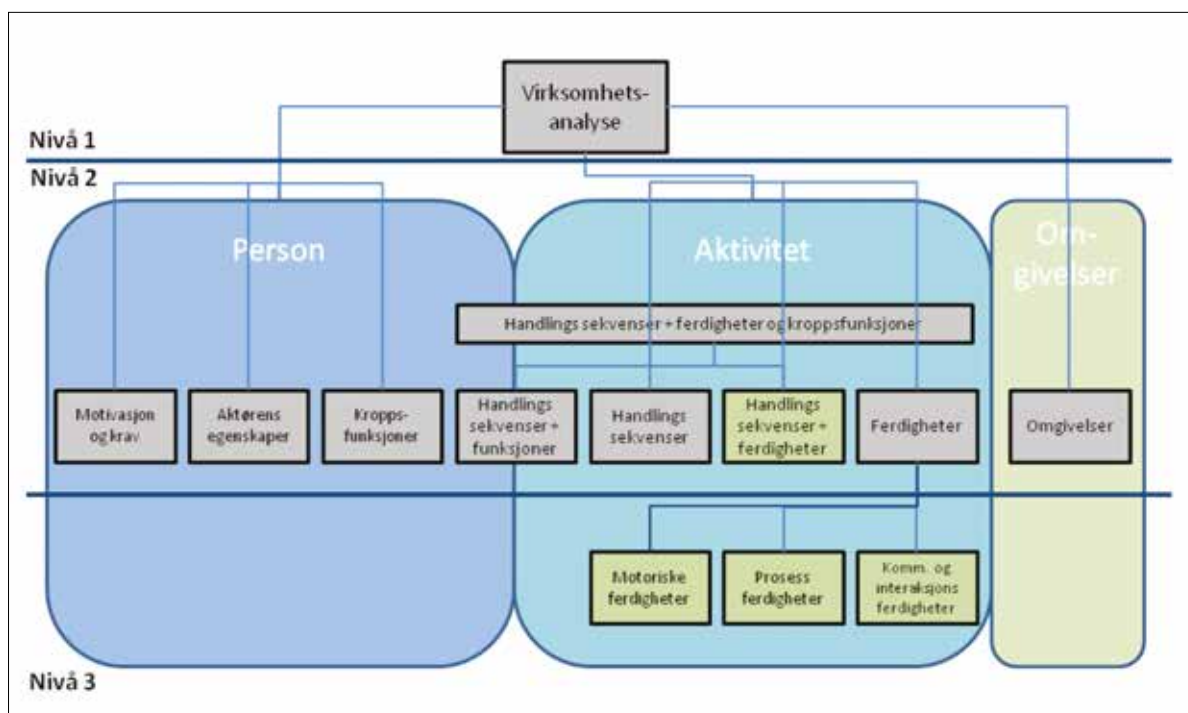
I takt med endringer i spesialisthelsetjenesten tilknyttet samhandlingsreformen har det blitt mindre rehabiliteringsfokus i spesialisthelsetjenesten (1). Det er kortere liggetid og økt poliklinisk virksomhet, og flere sykehus har ikke lenger egne rehabiliteringsenheter. Henvisninger til ergoterapeutene om kartlegging i et tidsavgrenset forløp inneholder i stor grad forespørsler om «funksjonsvurdering». Funksjonsvurderinger blir for mange opplevd som en generell betegnelse som kan inneholde flere ulike vurderinger. Det kan innebære strukturert og ustrukturert kartlegging av kroppsfunksjoner, kognisjon, ofte i form av skrivebordstester, samt aktivitetsobservasjoner (2,3). Disse henvisningene har aktualisert behovet for flere hensiktsmessige redskaper som tydeliggjør aktivitetsperspektivet (3). Samtidig må vurderingene tilpasses de logistiske utfordringene med rask og fleksibel administrasjon innenfor rammene av dagens spesialisthelsetjeneste (1,4). Ergoterapeutenes formidling av observasjoner må fokusere på kjernen i ergoterapifaget, aktivitet (5). Rapportering må utføres på en enhetlig og gjenkjennerbar måte.

Ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten opplever avstand mellom utdanningens definerte krav til

studentenes læringsmål for praksis og veiledernes kliniske hverdag (6). Studentene må gis mulighet til å praktisere metodisk bruk av aktivitet uavhengig av praksisplass (6). Veilederne i klinikk utfordres med et begrenset utvalg tilgjengelige redskaper som også studentene kan benytte. Dette kan være spesielt utfordrende for veiledere tilknyttet akutte sengeposter og poliklinikker grunnet den korte liggetiden og begrensede fysiske rammer. I fagmiljøene er det i dag et behov for felles ergoterapeutfaglig vokabular og enhetlig form i dokumentasjonen av aktivitetsobservasjoner (5).

Ergoterapeututdanningen i Oslo bruker EVA (Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system) som et pedagogisk verktøy for aktivitetsanalyse for å øke studentenes forståelse av metodisk bruk av aktivitet. Det kliniske miljøet ved akuttsykehusene i Oslo-området fattet interesse for systemet via et videreutdanningstilbud for ergoterapeuter i 2009 samt ved faglige regionale nettverksmøter (7). Etter initiativ fra dette fagmiljøet ble det dannet en prosjektgruppe med ergoterapeutene ved tre lokalsykehus i Oslo-området sammen med ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Prosjektgruppens formål var å undersøke an-



Figur 1: EVA-systemet

vendbarheten til utvalgte deler av EVA-systemet for den kliniske hverdagen, samt å etablere og utvikle en felles begrepsbruk og struktur for dokumentasjon av aktivitetsutførelse. Prosjektet ønsket også å bedre overgangen fra teori til praksis ved bruk av felles verktøy på skole og i klinikk for å kvalitetssikre metodisk bruk av aktivitet i praksisperioden. Prosjektet undersøkte deltakernes erfaring med bruk av EVA-skjema i klinisk praksis og studentveiledning.

EVA - ERGOTERAPEUTISK VIRKSOMHETSBASERT AKTIVITETSANALYSESYSTEM

Metodisk bruk av aktivitet forutsetter at ergoterapeuten analyserer og vurderer aktiviteter og identifiserer rammefaktorer som påvirker aktivitetsutførelsen. Aktivitetsanalyse er en kjerneferdighet for ergoterapeuter og gir utgangspunkt for blant annet kartlegging av personers prestasjon, kapasitet, ferdigheter og muligheter til å utføre aktiviteter (8,9,10,11,12). Dette gir grunnlag for tilrettelegging av aktiviteter som kan fremme deltakelse (13).

Over mange år er EVA blitt utviklet for undervisning ved ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) (14). EVA brukes i ferdighetstrening, studentoppgaver, praksis og eksamen. EVA er et omfattende system og består av mange skjemaer med flere nivåer for analyse av ulike deler av systemet menneske-aktivitet-omgivelse (MAO),

som på engelsk omtales som person-environment-occupation (PEO) (15,16). Hele EVA-systemet er beskrevet mer utfyllende i prosjektets manual og på nettsidene til HiOA (14,17). Virksomhetsanalyse er en helhetlig analyse som omfatter alle deler av samspillet menneske-aktivitet-omgivelse. Figur 1 illustrerer EVA-systemets struktur, innhold og relasjoner mellom systemets skjemaer. Øverst i systemet (figur 1, nivå 1) er et forenklet skjema som brukes til å oppsummere hovedelementene av MAO-samspillet. På lavere nivåer (figur 1, nivå 2 og 3) er skjemaet brukt til dypere analyse av enkelte områder.

EVA består av skjemaer med begrepssystemer hentet fra standardiserte instrumenter, formaliserte kontrollerte ordlister, teoretiske modeller, konsensus og erfaring (14). Flere av skjemaene i EVA er basert på terminologi fra Model of Human Occupation (MOHO), Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS), American Occupational Therapy Associations (AOTA) «Uniform Terminology» samt Virksomhetsteorien (18,19,20,21,14).

EVA-skjemaene brukes i ulike kombinasjoner ut fra analysens formål. I denne artikkelen viser vi til EVA både som system i sin helhet og som et utvalg skjemaer brukt i prosjektet. Der begrepet EVA ikke er spesifisert i forhold til systemet eller på annen måte definert, henvises det videre i artikkelen til

de utvalgene og delene av systemet som prosjektet omfatter: trinnanalyse og ferdighetsanalyse av motoriske-, prosess- og kommunikasjonsferdigheter. Skjemaene kan settes sammen for å gi en helhetlig oversikt over handlinger i en aktivitet og de personlige og kontekstuelle faktorene som påvirker aktiviteten (14,17).

EVA I PROSJEKTET

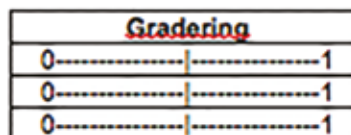
Prosjektgruppen valgte å fokusere på fire analyse-skjemaer, et fra nivå 2 (Handlingsssekvenser) og tre fra nivå 3 (Ferdigheter i underkategorier) (jæmfør figur 1). Analyseskjemaene er valgt fordi de vektlegger observasjon av aktivitetsutførelse med fokus på:

- handlingsssekvenser – analyse og beskrivelse av trinn og operasjoner i gjennomføring av aktiviteter (trinnanalyse)
- motoriske ferdigheter – analyse av observerbare bevegelser og kroppsbruk i aktiviteter
- prosessferdigheter – analyse av observerbare handlinger som strukturerer og styrer fremdrift og gjennomføring av aktiviteter
- kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter – analyse av observerbare handlinger som fremmer samarbeid og relasjoner i gjennomføring av aktiviteter.

Disse ferdighetene viser hvordan den enkelte fungerer i en kontekstbestemt aktivitet. Dette vil kunne gi ergoterapeuten et godt grunnlag for systematisk kartlegging av pasientens funksjon i aktivitetsutførelse. Eksempler på bruken av skjemaene vil bli utfyllende presentert i et eget temanummer om kartleggingsverktøy i Ergoterapeuten, planlagt utgitt i 2014. Skjemaene og manualen med eksempler finnes også i sin helhet på <http://www.hf.hio.no/ergo/eva/downloads/eva-download-intro.htm>.

Fremgangsmåte

Prosjektdeltakerne var ergoterapeuter tilknyttet kirurgiske, medisinske og geriatriske avdelinger ved de tre deltakende sykehusene samt avdelinger for psykisk helse ved et sykehus. I tillegg deltok studenter i praksis ved disse stedene samt deres respektive lærerkontakter. Prosjektet gikk over to åtteukers praksisperioder i andre studieår, hvor man i siste prosjektperiode også inkluderte to ergoterapeuter i førstelinjen og ergoterapeuter ved et fjerde sykehus i Osloregionen, noe som utgjorde 24 ergoterapeuter, 16 studenter og to lærerkontakter, totalt 42 personer.



Figur 2. Graderingsskala.

Prosjektgruppen utarbeidet en manual for å sikre forståelse for teorigrunnet og konsekvent fremgangsmåte i anvendelsen av de utvalgte EVA-skjemaene fra valg av aktivitet til dokumentasjon. De utvalgte skjemaene ble redigert med tanke på den kliniske anvendbarheten til aktivitetsobservasjoner av pasienter ved de aktuelle avdelingene. Manualen inneholdt:

- teorigrunnlag for EVA
- beskrivelse av bruk av de utvalgte skjemaene
- glossar (ordliste)
- forslag til mal for dokumentasjon i elektronisk journal
- samt et hjelpekort i lommeformat med ferdighetsbegrepene.

Mange kartleggingsredskaper mangler mal for dokumentasjon i elektronisk journal (EPJ), noe som har gitt ulike måter å formidle funn fra aktivitetsobservasjoner. For prosjektet var det viktig å gjøre begrepene lett tilgjengelige for å sikre kvalitet og konsekvent ordbruk, samtidig som en ønsket å få fram den ergoterapeutiske analysen og observasjonene fra kartleggingen. På bakgrunn av dette ble det utarbeidet en mal for dokumentasjon samt et hjelpekort med nøkkelord. Hjelpekortet var tenkt å kunne brukes både under observasjonen og ved dokumentasjon. Skjema for analyse av de ulike ferdighetene inkluderte en gradering etter en tilpasset skala. Skalaen besto av en todelt linje, verdien 1 på den ene enden og 0 på den andre, fra helt tilfredsstillende og selvstendig til helt uselvstendig eller helt utilfredsstillende (Figur 2). Hensikten med graderingen var å tydeliggjøre en visuell profil for identifisering av ferdigheter som hemmer eller fremmer aktivitetsutførelse (17).

METODE FOR GJENNOMFØRING

Det ble arrangert tre halvdagsseminarer for prosjektdeltakerne i tilknytning til hver av de to praksisperiodene. Første seminardag var ved oppstart av praksis. Deltakerne ble instruert i bruken av de utvalgte EVA-skjemaene og hvordan benytte mal

for dokumentasjon i de lokale elektroniske pasientjournalene. De fikk utlevert manual og hjelpekort. Midtveis i praksisperioden var det et seminar for utveksling av erfaringer og oppklaringer av begreper. Ved endt praksisperiode fylte deltakerne ut et elektronisk spørreskjema utarbeidet på basis av prosjektets mål og problemstilling med 34 spørsmål med fempunktsskala for gradering (Enig - Litt enig - Nøytral - Litt uenig - Uenig) og kommentarfelt. Tema for spørsmålene var de utvalgte EVA-skjemaene, manualen, dokumentasjonsmalen og hjelpekortet. Det ble deretter arrangert et evalueringsseminar som innebar gruppearbeid med utdyping av kommentarer og begrunnelser fremkommet i kommentarfeltet på spørreskjemaet. Fokus for spørsmålene var anvendbarheten av EVA brukt i klinisk praksis, dokumentasjon, praksisundervisning og implementering. Gruppearbeidet ble summert skriftlig og samlet inn. Deltakernes erfaringer og refleksjoner knyttet til prosjektet i sin helhet ble også diskutert og skrevet ned av prosjektmedarbeiderne for senere tekstanalyse.

Gjennom hele praksisperioden ble de utvalgte EVA-skjemaene prøvd ut ved de deltakende sykehusene og i en bydel i Oslo. Hver deltaker skulle gjennomføre minimum tre aktivitetsobservasjoner og levere inn utfylte ferdighetsanalyseskjemaer og kopi av anonymiserte journalnotater. Studentene måtte i tillegg levere trinnanalyse til hver aktivitetsobservasjon som en del av sin faglige utvikling og forståelse for aktivitetsanalyse. Veilederne og studentene gjennomførte observasjon og analyse på minimum én pasient sammen. Klinikere som deltok i begge prosjektperiodene, hadde samme krav begge perioder.

Basert på tilbakemeldinger etter første praksisperiode høsten 2011 ble det gjort mindre justeringer i manualen for å tydeliggjøre enkelte områder og definisjoner i ordlisten før siste gjennomføringsperiode våren 2012.

METODE FOR EVALUERING

Evalueringskjemaene ble anonymisert for kvantitativ analyse i SPSS versjon 17. Resultatene fra spørreskjemaene vil bli presentert i en senere artikkel og vil ikke bli videre omtalt her. For den kvalitative tekstanalysen ble HyperRESEARCH 3.0 benyttet for gjennomgåelse av kommentarer skrevet i tilknytning til de enkelte spørsmålene i spørreskjemaene samt synspunkter fra diskusjoner i de ulike evalueringsseminarene, nedskrevet av prosjektmedarbeiderne.

Erfaringer med bruk av EVA

38 av de 42 deltakerne fylte ut evalueringskjema, og 36 deltok på evalueringsseminarene. I en planlagt vitenskapelig artikkel vil det samlede resultatet fra prosjektet rundt klinisk anvendelse av EVA bli presentert. Erfaringer med klinisk bruk av EVA-skjema, dokumentasjon og veiledning av studenter i praksis blir diskutert nærmere nedenfor.

NYTTEVERDI I KARTLEGGING AV AKTIVITETSUTFØRELSE

Deltakerne var enige om at EVA var nyttig for observasjon av aktivitetsutførelse, og de anså det som hensiktsmessig med en felles plattform for å kunne vurdere både motoriske, prosess- og kommunikasjonsferdigheter for ulike pasientgrupper på sin arbeidsplass. Prosjektdeltakerne anså det som positivt at EVA kunne anvendes for pasienter innen psykisk og somatisk helse uavhengig av diagnose. En av deltakerne kommenterte at «EVA-systemet er veldig dynamisk og kan formes etter hver aktivitet og kontekst som presenteres». Deltakerne fremhevet nytteverdien av å ha EVA tilgjengelig som et supplement i «verktøykassen» i tillegg til andre kartleggingsmetoder, både standardiserte og ikke standardiserte.

Deltakerne fant det fordelaktig å kunne anvende et semi-strukturert analyseredskap med et utvidet valg av aktivitetssituasjoner. Det ble rapportert som spesielt positivt at observasjonene kunne gjennomføres uavhengig av omgivelser og kontekster. Flertallet av deltakerne fremhevet opplevelsen av at EVA-systemet bidro til å øke kvaliteten av deres kliniske arbeid, og at det gjorde det enklere å sette mål for videre intervensjon og behandling. De sier at grunnen til dette blant annet var: «Gir god oversikt over hva pasienten mestrer og ikke mestrer» og «Det er nyttig for å vite akkurat hvilken ferdighet det er problemer med, og hvordan pasienten utfører denne». Prosjektdeltakerne rapporterte at det å bruke et graderings-system for de enkelte ferdighetene var nyttig, men de hadde delte meninger når det gjaldt bruk av den graderte skalaen. Mange syntes det var hensiktsmessig å benytte graderingen. Noen opplevde skalaen som uklar og for åpen for subjektiv tolkning, mens andre så fleksibiliteten som en fordel. Flere deltakere trakk frem visualisering av ressursområder og hvilke ferdigheter som var problemområder som svært gunstig, da det ble lettere å oppsummere og trekke konklusjon, samt å se fokusområder for tiltak. En deltaker uttrykte: «Det kan være nyttig å se graderingen

av hvor pasienten ligger i forhold til selvstendighet og trygghet i den aktuelle ferdigheten, og på hvilket nivå pasienten er.»

Flertallet av deltakerne mente at EVA-systemet bidro til styrking av aktivitetsperspektivet i det kliniske arbeidet. Mange uttrykte behov for rammer til å beskrive den metodiske bruken av aktivitet når «de har tatt en pasient med på kjøkkenet». En terapeut uttrykte: «Det styrker aktivitetsperspektivet fordi det blir mer tydelig hva den enkelte pasient mestrer selvstendig, og hvor mye hjelp det er nødvendig å gi under aktivitet». Flere ergoterapeuter i prosjektet anga å ha hatt aktivitetsperspektivet «i seg», men har opplevd å ha blitt styrt av andres premisser og «blitt fanget av skrivebordstester».

Flertallet av deltakerne rapporterte at tidsbruken med å anvende EVA sto i forhold til utbyttet. Flere veiledere valgte å bruke EVA mellom praksisperiodene, noe som ga dem økt forståelse og erfaring med skjemaene. Dette fremkom også ved at deltakerne opplevde at det tok mindre tid å fylle ut EVA-skjemaene etter noe øving.

DOKUMENTASJON AV AKTIVITETSOBSERVASJONER

Deltakerne anga at EVA var nyttig som grunnlag for dokumentasjon av aktivitetsobservasjon. EVA-malen brukt i dokumentasjon styrket deres faglige bevissthet og fagutøvelse. Flere uttrykte at aktivitetsperspektivet kom bedre og mer konsist fram ved bruk av dokumentasjonsmalen etter bruk av EVA-skjemaene. Opplevelsen av at EVA gjør det lettere å konkludere og skrive rapporter fremheves av deltakerne slik: «Dokumentasjon på ensartet måte, fokus på det vi vurderer i en aktivitetsobservasjon» og «Det er oversiktlig og holder en fast form. Derfor går det raskere å dokumentere, da man har ordene for å beskrive».

Dokumentasjonsmalen ble opplevd av deltakerne som en hjelp til konsekvent begrepsbruk i dokumentasjon, blant annet uttrykt av en deltaker slik: «Enslartet dokumentasjon hver gang, bruk av de samme begreper, alle ergoterapeuter bruker samme språk og uttrykk, som gir objektiv og presis dokumentasjon». Andre sa «Aktivitetsperspektivet kommer kanskje bedre fram gjennom dokumentasjonen, men praksisen har vært den samme».

Begrepsapparatet ble vurdert av deltakerne som relevant med kjente begreper fra ulike ergoterapiteorier, og flere rapporterte at de med dette kunne bruke et forståelig fagspråk med tydelig tilknytning til egen profesjon. En deltaker sa: «Det er nyttig

fordi vi får tilgang til en rekke begrepsapparater og termer som er hensiktsmessige for oss som observerer aktivitet, og har som arbeidsoppgave å beskrive ferdigheter og mestring i aktivitet». Enkelte deltakere anga at EVA-begrepene bidro til å gjøre det enklere å beskrive problemområder i samtale med pasientene, og ikke bare i kommunikasjon med egen faggruppe og annet helsepersonell, uttrykt slik: «Det er nyttig å få en samstemt ordbruk innenfor faggruppen som samtidig er forståelig for Ola Nordmann.»

STUDENTPRAKSIS

Både studenter og veiledere oppga at EVA ga et konkret utgangspunkt i studentveiledningen. Gjennom å bruke aktivitetsanalyse i klinisk arbeid fikk studentene anledning til å øve seg i kartlegging av aktivitet med trinnanalyse, analyse av aktivitetsform, analyse av pasientens aktivitetsutførelse og påfølgende dokumentasjon av denne. Deretter gjennomførte de refleksjoner rundt egen terapeutrolle. Dette ga veilederen mulighet til å følge studentens tankeprosess og faglige utøvelse gjennom metodisk bruk av aktivitet. En veileder kommenterte: «EVA gir en god link til metodisk bruk av aktivitet, noe som gir mulighet for at studentene oppnår et av sine læringsutbytter.»

Studentene uttrykte at EVA ga dem muligheten til å bruke et kartleggingsredskap med fokus på aktivitetsutførelse. Flere av veilederne fant EVA nyttig som grunnlag for klinisk resonnering. Samtidig oppga studentene en opplevelse av økt forståelse for ergoterapi. De uttrykte en følelse av trygghet i forhold til å arbeide selvstendig i løpet av praksisperioden, siden de hadde et redskap de kjente og selv kunne administrere i sitt pasientarbeid under praksisperioden.

Seminarene tilrettela for lik undervisning til alle samt utveksling av erfaringer fra de varierte praksisene. Deltakerne opplevde det som positivt at flere fra en arbeidsplass fikk anledning til å delta på seminarene. Det ble ansett som hensiktsmessig å ha seminarer fordelt over tid for mulighet til utprøving og refleksjon mellom samlingspunktene. Deltakerne etterspurte oppfølgingsseminar og uttrykte behov for å holde fokus på bruken av de utvalgte EVA-skjemaene og det teoretiske grunnlaget over tid for å sikre implementering i praksis.

Diskusjon

Kunnskapskravene til fagutøvelse øker som følge av

både utviklingen i helsevesenet og samfunnsutviklingen generelt. Ved å kombinere fagkompetanse med en bredere systemforståelse vil den enkelte fagperson kunne utnytte sin kompetanse fullt ut til det beste for brukere og pasienter (22). Historisk sett har ergoterapeutiske vurderinger bestått av mindre kvalitetssikrede redskaper, men man har nå økt fokus på bruk av validerte og standardiserte verktøy med bakgrunn i økende krav om kunnskapsbasert praksis (23,24). Samtidig kreves det et klinisk skjønn med intuitive, kreative og mindre definerte metoder som terapeutene må balansere (4). I praksis kan det være vanskelig å finne et egnet valid og reliabelt kartleggingsredskap som favner flere områder når man ofte kun har anledning til én aktivitetsobservasjon. I følge Ikiugu (2) har aktivitetsbaserte vurderinger bedre prediktiv verdi enn andre metoder som intervju og selvrappotering. Observasjon av aktivitetsutførelse er i tråd med fagets kjerne og støtter utdanningens fokus på innlæring av aktivitetsanalyse (25,26). Gjennom observasjon i aktivitet har man mulighet til å kartlegge flere funksjonsområder under ett da aktivitetsutførelse oftest stiller krav til flere ferdighetsområder som motorikk og kognisjon samtidig som en ser den gjensidige påvirkningen av de ulike funksjonene (4,27). De færreste validerte og standardiserte kartleggingsredskaper for aktivitetsvurderinger favner mer enn et eller to ferdighetsområder. Deltakerne i prosjektet fremhevet det som fordelaktig at med bruk av EVA kartlegges tre ferdighetsområder i samme aktivitetsvurdering.

Ved akuttstusykehus har ergoterapeutene fokus på kartlegging av aktivitetsutførelse som en del av den tverrfaglige utredningen. Mestring av aktivitetsutførelse og selvstendighet i ADL er viktige faktorer i forbindelse med trygg utskrivelse (28). Det er mange forhold som spiller inn på aktivitetsutførelse, slik at én vurdering ikke kan vise et fullstendig bilde av den enkeltes funksjon (4). I mange tilfeller er det derfor ønskelig å bruke en kombinasjon av redskaper for å få en helhetlig kartlegging. Dette krever bruk av flere verktøy, og må helst gjennomføres i løpet av få liggedøgn på akuttstusykehusene (29,30,31). Prosjektdeltakerne fremhevet fordelene med EVA ved at det ikke stiller avgrensede krav til aktivitetsvalg eller fysiske og temporale rammer tilknyttet aktiviteten. Dette i motsetning til enkelte standardiserte og validerte ergoterapeutiske observasjonsbaserte kartleggingsverktøy.

I en klinisk hverdag betyr ikke alltid at noe er

valid, standardisert og reliabelt det samme som at det er anvendbart (4). Klinisk anvendbarhet er av Law definert som «the overall usefulness of an assessment in a clinical situation» (32). Prosjektets bruk av EVA kan være en begynnelse på å etablere et kunnskapsbasert kartleggingsredskap for aktivitetsobservasjon som gir en systematisk tilnærming på flere ferdighetsområder samtidig som det møter kravene til anvendbarhet.

Dagens krav til journalføring gjenspeiler økende etterspørsel av kunnskapsbasert praksis der dokumentasjonen og prosedyrer knyttes til teori og metoder (4,24). I spesialisthelsetjenesten kan det være en utfordring å dokumentere observasjonsbaserte vurderinger kortfattet, strukturert og med en konsekvent form. Generelt er det mangel på retningslinjer for dokumentasjon tilknyttet ulike kartleggingsredskaper, noe som kan gi stor variasjon i formen ved formidling av funn og ergoterapeutisk arbeid (28,29). For å kunne bidra til å skape struktur, enhetlig form og konsekvente begreper i journalføring av aktivitetsvurderinger, ble utarbeiding av en dokumentasjonsmal vesentlig for prosjektet. De fremtredende kommentarene fra deltakerne under prosjektet knyttet seg i stor grad til at man fant dokumentasjonsmalen svært nyttig, og at den dekket et behov for gjenkjennbarhet i dokumentasjon av aktivitetsvurdering. Malen bidro til å skape struktur og enhetlig språk i journalføring. Erfaringer med bruk av dokumentasjonsmal i klinisk praksis tyder på at den gir muligheter for å vurdere endringer og sammenligne aktivitetsutførelse, i motsetning til ikke å anvende en fast struktur for journalføring av aktivitetsobservasjoner. Dette må imidlertid dokumenteres ytterligere, da det ikke inngikk i dette prosjektet. Prosjektdeltakerne mente at dokumentasjon etter den fastsatte EVA-malen fremmet deres faglige identitet og at ergoterapikompetanse i metodisk bruk av aktivitet kom tydeligere frem. Dette samsvarer med tidligere beskrevne behov for dokumentasjonsveileder tilknyttet kartleggingsredskaper (28,29).

I løpet av praksisperioden er et av læringsutbyttene metodisk bruk av aktivitet (33). Dette kan gi utfordringer for veileder, fordi praksisstedet anvender enten standardiserte kartleggingsverktøy med krav om sertifisering eller ustrukturerte observasjoner som vanskeliggjør teoretisk begrunnelse av aktivitetsanalysen. For å minske skillet mellom skole og praksis trenger studentene mulighet til å benytte kunnskap fra utdanningen i sin kliniske praksis og

øve seg i aktivitetsobservasjoner. Gjennom prosjektet har det kommet fram at der hvor EVA har vært benyttet i en klinisk hverdag, har dette bidratt til fokus på metodisk bruk av aktivitet i studentpraksisen. EVA viste seg å være et godt hjelpemiddel i veiledningen av studentene, da det bygger på kjente teorier og begrep fra undervisningen. Bonsaksen m.fl. skriver at utprøving i prosjekt gir erfaringer som bidrar i relasjonen mellom student og veileder, da begge parter er en del av en læringsprosess (34). Forfatterne fremhever det som positivt at temaer fra undervisningen ved utdanningen blir innlemmet i praksisperioden. Dette kan bidra til å forsterke samarbeidet mellom utdanning og praksis, noe som er i samsvar med dette prosjektets erfaringer. Samtidig fremkom det at prosjektmedarbeidernes oppfølging av de lokale deltakerne var en vesentlig faktor for å lykkes med utprøving av EVA i klinisk praksis. På denne måten var kompetanse om verktøyet tilgjengelig gjennom de lokale prosjektmedarbeiderne. De samme personene medvirket også til å skape engasjement, motivasjon og fremdrift i utprøvingen blant klinikere og studenter. Utover å avklare problemstillinger fortløpende kunne prosjektmedarbeiderne ta med seg spørsmål og innspill til prosjektgruppen. Prosjektmedarbeiderne opplevde at definerte arbeidskrav til deltakerne bidro til å sikre at EVA ble anvendt i henhold til manualen, og at deltakerne dermed fikk erfaring i anvendelsen og dokumentasjon. Gjennom samarbeidsavtalen hadde arbeidsgiverne forpliktet seg til at klinikere ble fristilt fra pasientarbeid for å kunne delta på alle seminarer, noe som var viktig for gjennomføringen av prosjektet. Det var aksept for at klinikere kunne jobbe med fagutvikling og bruke tid på å implementere mer kunnskapsbasert praksis.

Samlingene ga mulighet for å skape et kulturelt fellesskap, noe som andre prosjekter har vist betydning av (7,34). Redskapets tilgjengelighet, i dette tilfelle hjelpekort og mal for dokumentasjon, samt manualen ble også trukket frem som viktige faktorer for implementering. Noen steder har man etter endt prosjektperiode valgt å ha EVA som tema på fagmøter. Slik holdes fokus på EVA for implementering av ny praksis. Bruken og nytteverdien av nye arbeidsmetoder fordrer en grundig opplæring og lojalitet til redskapet som beskrevet i manualen (23).

Konklusjon

Erfaringene fra prosjektet var at EVA er et anvend-

bart redskap til vurdering av aktivitetsutførelse innen ulike kliniske områder. Deltakerne rapporterte at bruk av de utvalgte EVA-skjemaene muliggjorde kunnskapsbasert praksis ved kartlegging av aktivitet. EVA ble ansett som anvendbart ved et stort mangfold aktiviteter uavhengig av pasientgruppe. Prosjektdeltakerne mente at EVA var et godt supplement til etablerte og validerte redskaper og kunne brukes av klinikere uavhengig av erfaring og sertifisering.

EVA gir grunnlag for enhetlig begrepsbruk og gjenkjennbar, strukturert dokumentasjon samt mulighet for fokus på aktivitetsutførelse i det kliniske arbeidet. EVA bidro til tydeliggjøring av sammenhengen mellom innhold i utdanningens undervisning i aktivitetsanalyse og utøvelsen av læringsutbyttene knyttet til studentpraksis.

Prosjektet har resultert i en arbeidsmanual som nå er tilgjengelig for klinikere og studenter. Manualen inneholder blant annet eksempler på utfylling av skjemaer og dokumentasjon, basert på materiale levert av prosjektdeltakerne. Imidlertid kreves det mer forskning for å validere og kvalitetssikre EVA som kartleggingsredskap.

TAKK TIL:

Alle deltakende studenter, veiledere og klinikere som bidro med innspill, erfaringer og positive holdninger i utprøving og EVALuering av prosjektet samt prosjektmedarbeider Liv Annerløv og prosjektets veileder Hege Bentzen. Vi takker også våre arbeidsgivere, som har gjort det mulig for oss å gjennomføre prosjektet og presentere det i ulike nasjonale og internasjonale fora.

REFERANSER

1. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, Helse- og omsorgsdepartementet
2. Ikiugu, M.N. The Validity of Occupational Performance Assessments: A Validity Generalization Meta-Analysis. *Occupational Therapy In Health Care*, 2013, 27 (4): 372-391
3. Fisher, A.G., Short-DeGraff, M. Improving Functional Assessment in Occupational Therapy: Recommendations and Philosophy for Change, *The American Journal of Occupational Therapy*, 1993, 47 (3):199-201

4. Laver Fawcett, A. Principles of Assessment and Outcome Measurement for Occupational Therapists and Physiotherapists, Theory, Skills and Application. West Sussex: John Wiley & Sons, 2007
5. Fisher, A. G. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2013, 20(3), 162-173
6. Programplan for bachelorstudiet i ergoterapi ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, 2013
7. Jespersen, L.F., Galgerud, K. & Opsahl, K. Felles arena for faglig løft – en modell for fagfordypning og etterutdanning i ergoterapi. *Ergoterapeuten*, 2010; 4:32-39
8. Thomas, H. Occupation-based activity analysis. Thorofare, NJ: Slack Inc. 2012
9. Kuhaneck, H. M., Spitzer, S. L., & Miller, E. Activity Analysis, Creativity, and Playfulness in Pediatric Occupational Therapy: Making Play Just Right. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2010
10. Latham, C. A. T. Occupation as Therapy: Selection, Gradation, Analysis and Adaptation. In Radomski, M. V. & Latham, C. A. T. (Eds.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Williams, 2008: 358-381
11. Chard, G. Analysis of occupational performance. In Curtin, M., Molineux M. & Supyk-Mellson, J. (Eds.), *Occupational therapy and physical dysfunction* (6 ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone, 2010: 161-187
12. Creighton, C. The Origin and Evolution of Activity Analysis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 1992;46 (1): 45-48
13. Crepeau, E.B. Analyzing occupation and activity: A way of thinking about occupational performance. In Crepeau, E.B., Cohn, E.S & Schell, B.A.B. (red.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (10. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003
14. Ellingham, B. & Opsahl, K. Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system for Ergoterapi (EVA) 2006. <http://www.hf.hio.no/ergo/eva/>
15. Reed, K.L., & Sanderson, S.N. Concepts of occupational therapy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999
16. Townsend, E.A., & Polatajko, H.J. (Eds.). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice Through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE, 2007
17. Ellingham, B, Clark, E.G., Jespersen, L.F., Annerløv, L.) *Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system - Manual for kartlegging og vurdering av ferdigheter i aktivitetsutførelse*; 2012. <http://www.hf.hio.no/ergo/eva/downloads/eva-download-intro.htm>
18. Kielhofner, G.A. *Model of Human Occupation, Theory and Application* (2nd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins; 1995
19. Fisher, A.G. & Bray Jones, K. *Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 1: Development, Standardization, and Administration Manual* (7th ed.). Fort Collins, CO: Three Star Press; 2010
20. Forsyth, K, Salamy, M, Simon, S, & Kielhofner, G. *A User's guide to the Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)*. Version 4. Chicago: University of Illinois; 1998
21. Hopkins, H. & Smith, H. *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (9th ed.), Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1993
22. Melding til Stortinget nr. 13 (2011-2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Kunnskapsdepartementet.
23. Engeset, A. Kvalitetssikring av praksis, *Ergoterapeuten*, 2013;1:16-17
24. Lov om helsepersonell, Kap. 2. Krav til helsepersonell §4. Faglig forsvarlighet. <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html#4>
25. Smith, D.E. Assessment and evaluation: an overview. In Hopkins, H. & Smith, D.E. (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (8 ed.). Philadelphia: Lippincott, 1993: 169-191
26. Fisher, A.G. *Assessment of Motor and Process Skills. Volume 1: Development, Standardization and Administration Manual* (5 ed.). Fort Collins: Three Star Press, 2003
27. Borg, T, Runge, U, Tjørnov, J, Brandt Å, Madsen A.J. *Basisbok i ergoterapi, aktivitet og deltakelse i hverdagslivet*. 2. utgave. København: Munkgaard Danmark, 2007
28. Robertson, L, Blaga, L. Occupational Therapy assessments used in acute physical care settings. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2013;20:127-135
29. Skøien R, Rosseland H, Vågsmyr U, Hovden, H, Kornkveen S.. *ErgUs - Vurdering av kognitiv funksjon i akuttstusykehus*. *Ergoterapeuten*, 2011;5:18-25
30. *Nasjonale faglige retningslinjer. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. IS-1688, Helsedirektoratet 2010.
31. <http://netf.no/NETF/om-ergoterapi/verktøey-og-redskap/Undersokelser-og-vurderingsredskap> (mai 2013)
32. Law, M. Self care. In Van Deusen, J, Brunt, D. (red.), *Assessment in Occupational Therapy and Physical Therapy*. London: WB Saunders, 1997
33. *Høgskolen i Oslo og Akershus. Fagplan for bachelorstudiet i ergoterapi*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, 2012
34. Bonsaksen, T, Myraunet, I, Celso, C, Granå, K.E, Ellingham, B. *Bedre samarbeid mellom utdanning og praksis: Erfaringer fra ACIS-prosjektet*. *Ergoterapeuten*, 2010;6:1-4