

Samverkan mellan arbetsterapeuter inom hälso- och sjukvården och omsorgsverksamheten med stöd av "A Model of Human Occupation"

Lena Haglund

Anette Kjellberg

I följande artikel beskrivs hur "A Model of Human Occupation" (Kielhofner) kan tillämpas inom arbetsterapi. Med modellen som utgångspunkt redogörs för hur samverkan kan underlättas mellan arbetsterapeuterna inom olika delar av landstingets ansvarsområden. Författarna ger avslutningsvis sin syn på modellens praktiska användbarhet i det svenska samhället.

Lena Haglund är högskolelärare vid Arbetsterapeututbildningen, Hälsouniversitetet i Linköping, arbetsterapeut vid Psykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping och doktorand vid Psykiatriska institutionen. Anette Kjellberg, arbetsterapeut, förstandare på Dagcenter Ekholmen, Omsorgsförvaltningen, Linköping samt arbetar parallellt som högskolelärare vid Arbetsterapeututbildningen, Hälsouniversitetet i Linköping.

sorgslagen (2) tillgodoses. När lagen 1986 kompletterades med en ny grupp "personer som på grund av hjärnskada, föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, har fått ett betydande och bestående begåvningshandikapp", betydde det att samverkan mellan arbetsterapeuter inom bland annat den slutna hälso- och sjukvården och omsorgsverksamheten behövde utvecklas. Vi två som skrivit denna artikel representerar olika delar av landstingets ansvarsområden. Den ena av oss arbetar inom slutna psykiatrisk vård och den andra inom omsorgsverksamheten. Samarbetet mellan dessa ansvarsområden kommer ytterligare att behöva intensifieras när och om "Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)" ska ersätta Omsorgslagen.

Vi vill med denna artikel presentera ett exempel på samverkan där "A Model of Human Occupation" är ett stöd för detta och vi kommer avslutningsvis att ge vår syn på modellens tillämpbarhet.

Inledning

När vi först fick frågan om vi var villiga att skriva en artikel till detta temanummer var den spontana reaktionen: Nej - vi har inte tid! Nej - vi kan inte! Men efter några dagars betänketid och efter diskussioner med kollegor så började vi upptäcka att det var ju spännande, förfrågan stimulerade oss, vi såg en utmaning i att skriva denna artikel - vår "arousal" var väckt. Detta är ett centralt begrepp i "A Model of Human Occupation" (1), den modell som ligger till grund för denna artikel. Att miljön stimulerar människan till aktivitet kommer vi att komma tillbaka till, denna idé har vi som arbetsterapeuter att beakta hos våra patienter när vi bedömer deras aktivitet. Samspelet mellan människan och hennes miljö utgör grunden för förståelsen av människan i aktivitet.

Omsorgsförvaltningen inom landstinget ansvarar för att de begåvningshandikappades rättigheter enligt Om-

A Model of Human Occupation

"A Model of Human Occupation" har sin utgångspunkt från kunskap om människans aktivitetsutövande (occupational behaviour) som utvecklats vid University of Southern California, USA och i "moral treatment"-rörelsen. Denna rörelse utvecklades i Europa och Nordamerika under 1700- och 1800-talet. I behandlingsarbetet betonades samspelet mellan människan och hennes miljö. Deltagande i aktiviteter sågs som ett medel i behandlingen. Det var samhällets skyldighet att stödja och hjälpa den "sjuke" att återfå normala vanor och rutiner i det dagliga livet (3).

"A Model of Human Occupation" presenterades första gången 1980 i "American Journal of Occupational Therapy" (4). Därefter har den varit under ständig vidareutveckling. Den beskrevs första gången på svenska i tidskriften Arbetsterapeuten 1985 (5).

Utifrån ett öppet systemteoretiskt tänkande beskriver modellen hur människans aktivitet påverkas av miljön samt hur människan via egen aktivitet påverkar miljön. Den ger också en struktur för att förklara människans unika möjligheter att själv välja sin aktivitet. Olika former av aktivitet är systemets produkt, det vill säga de observerade handlingar som människan utför.

Enligt modellen är "systemet människan" sammansatt av tre subsystem, vilka står i ständig interaktion med den omgivande miljön (environment). Subsystemen är hierarkiskt ordnade där viljekraftsystemet (volition) styr de två underliggande subsystemen, vänjandesystemet (habituation) och utförandesystemet (performance).

1. Viljekraftsystemet består dels av en medfödd energikälla, en drift att utforska och bemästra omgivningen, dels av intressen, värderingar samt den uppfattning människan har om sig själv som aktör.

2. Vänjandesystemet är sammansatt av de vanor och rutiner som människan har utvecklat samt hennes internaliserade roller.

3. Utförandesystemet svarar för själva handlandet. Detta subsystem rymmer tre olika former av färdigheter: motoriska färdigheter, process färdigheter samt kommunikation/interaktionsfärdigheter.

Viljekraftsystemet påverkar valet av aktivitet, vänjandesystemet styr och utlöser uppträdandet och utförandesystemet organiserar färdigheterna som används i aktiviteten.

Människans aktivitetsutövande påverkas i hög grad av interaktionen med den omgivande miljön. Kultur, sociala grupper, uppgifter och föremål är de fyra hierarkiskt ordnade skikten i miljön. Kulturen är det skikt som styr de tre övriga. De sociala gruppernas storlek och slutenhet påverkas av kulturen. Uppgifternas grad av allvar och lek samt svårighetsgrad och föremålens tillgänglighet och deras symboliska betydelse utgör en del av människans omgivande miljö (1).

Att människan föds med en drivkraft att vara aktiv är en uppfattning som är ytterst väsentlig inom arbetsterapin. Modellens öppna systemteoretiska tänkande ger möjlighet att få förståelse för dynamiken i

"systemet människan", att människan påverkas av och påverkar omgivningen. Detta tänkande förklarar för arbetsterapeuten hur betydelsefull miljön är i behandlingsarbetet. Det är genom att t ex förändra uppgifter och föremål som arbetsterapeuten ger patienten möjlighet till att utveckla sina färdigheter.

Modellen ger vidare arbetsterapeuten ett helhetsperspektiv då hon bedömer och förklarar patientens dagliga aktiviteter. Det systemteoretiska tänkandet medför också att behandlingen kommer att styras av tre principer; högre subsystem kan styra lägre, lägre subsystem kan hindra högre, och till sist en permanent funktionsstörning i ett subsystem kan kompenseras genom att utnyttja ett högre system.

Behandlingsplanering

När vi gör ett behandlingsprogram för en patient använder vi den problemlösningssmodell som Pelland (6) presenterar.

Vi börjar med att välja "A Model of Human Occupation" som modell/referensram. Utifrån den samlar vi sedan data som resurser och problem avseende patientens förmåga att utföra dagliga aktiviteter. Uppfattar vi att det finns problem i miljön eller i något av subsystemen går vi tillbaka i problemlösningens steg och väljer en specifik modell/referensram som just behandlar det området vi uppfattar att patienten har problem inom. Därefter formuleras mål med behandlingen och till sist planeras hur behandlingen ska genomföras. Även vid planeringen av genomförandet kan man behöva tillämpa en ny modell/referensram. Vi anser nämligen att "A Model of Human Occupation" inte anger hur vi ska genomföra behandlingen - hur vi rent praktiskt ska gå till väga - här måste nya modeller/referensramar tillämpas.

Pelland (6) ser utvärderingen som ett ständigt pågående moment och anger också utvärdering som ett sista steg i behandlingsarbetet.

Fallbeskrivning

Med nedanstående presentation vill vi visa hur en tänkt person, Anna, kan beskrivas med hjälp av "A Model of Human Occupation".

Framställningen består endast av ett exempel ur respektive miljö, viljekraft-, vänjande- och utförandesystem. När vi gör analysen i praktiken så är det fler begrepp vi använder. Här belyses dock endast arbetssättet.

Vi vill visa att man som arbetsterapeut i olika organi-

Utifrån ett öppet systemteoretiskt tänkande beskriver modellen hur människans aktivitet påverkas av miljön samt hur människan via egen aktivitet påverkar miljön

sationer, här allmän psykiatrisk avdelning och omsorgs-
verksamheter inom landstinget, kan analysera en
individs dagliga aktiviteter och formulera resurser och
problem på samma sätt. Däremot kommer mål och åtgärder
att skilja sig åt beroende på i vilken organisation
Anna befinner sig i.

De arbetsterapeutiska målen och åtgärderna som
presenteras från den psykiatriska behandlingen formu-
lerades av Anna och arbetsterapeuten i början av Annas
vistelse på avdelningen dvs för ett år sedan. De
arbetsterapeutiska målen och åtgärderna från omsorgs-
verksamheten formulerades av arbetsterapeuten och
Anna vid inledningen av den dagliga verksamheten,
dvs de är aktuella för närvarande.

Miljö

En resurs som Anna har är att hon genomgått 9-årig
grundskola. Problemen är att hon har dåliga avgångs-
betyg samt att hon inte har haft något ordnat arbete. På
psykiatriska avdelningen blev målet att få någon form
av daglig verksamhet och åtgärden för detta blev att
ansöka om daglig verksamhet i Omsorgsförvaltningens
regi. Tills denna kunde börja deltog Anna dagligen i
arbetsterapins verksamhet. Exempel på aktiviteter som
blev aktuella var sömnad och köksaktivitet. Ansökan
om Annas dagliga verksamhet beviljades av Omsorgs-
förvaltningen.

Omsorgsverksamhetens mål blir att erbjuda indivi-
duellt anpassad daglig verksamhet med följande åtgär-
der: fem dagar i veckan prova olika typer av arbets-
liknande aktiviteter som Anna själv är intresserad av t
ex enklare kontorsgöromål och textil aktivitet.

Viljekraftssystemet

Ett problem som Anna har är en nedsatt tro på sina
färdigheter samt att hon tror sig misslyckas i olika ak-
tiviteter och därför oftast inte förs delta i aktiviteter.
Målet för den arbetsterapeutiska behandlingen på den
psykiatriska avdelningen blev att utreda i vilka aktivi-
teter detta gällde. En åtgärd blev att stimulera Anna
till att välja en aktivitet hon var intresserad av och i
genomförandet ge henne mycket stöd.

Målet för den arbetsterapeutiska behandlingen inom
omsorgsverksamheten blir att stödja hennes utveckling
av tro på sig själv och att också förvänta sig framgång
i aktiviteterna. Följande åtgärd vidtas: att i kontors-
aktiviteten anpassa svårighetsgraden med ett väl för-
arbetat dokument och att använda en enkel skrivma-

skin med raderfunktion samt att hon via personal får
feedback på sin utförda uppgift.

Vänjandesystemet

Här har Anna den resursen att hon utvecklat vanor och
rutiner för att sköta sin personliga hygien. Problemen
är att hon inte utvecklat vanor vad gäller mathållning
och att hon har rigida vanor och rutiner som gör att det
hon utför alltid ska vara på samma sätt.

Målet man satte upp på psykiatriska kliniken blev
att utreda hennes förmåga att klara matsituationen.
Åtgärden för att nå detta mål blev att i köksaktivitet
låta henne välja maträtt och laga sin lunch.

Omsorgsverksamheten formulerar följande mål att ut-
veckla en större flexibilitet i olika situationer. Åtgär-
derna där är att påvisa i praktiska situationer att det
finns olika sätt att välja t ex vid utskrift av dokument,
att man kan välja olika stilarter. I den textila aktivite-
ten kan mönster och material varieras inom ramen för
samma produkt.

Utförandesystemet

Annas svårigheter består i att söka och använda kun-
skap samt att hålla kvar sin uppmärksamhet. Ytterli-
gare svårigheter är att organisera, förbereda och åter-
ställa t ex redskap i en aktivitet. Målet för den
arbetsterapeutiska behandlingen på den psykiatriska
avdelningen blev att utreda processfärdigheternas kon-
sekvens i dagliga livet. En åtgärd för detta blev att ob-
servera Anna i en köksaktivitet.

Den arbetsterapeutiska behandlingen inom omsorgs-
verksamheten har följande mål: ge Anna möjlighet att
utveckla förmågan att hålla kvar sin uppmärksamhet.
Åtgärden för att uppnå detta mål är att erbjuda Anna
en väl förberedd utskriftsuppgift som hon kan utföra i
en lugn miljö som stöder henne att hålla kvar uppmärk-
samheten på uppgiften. Personal ska finnas med när
hon börjar och avslutar aktiviteten.

Diskussion

Den uppmärksamme läsaren har vid det här laget no-
terat att när vi analyserar patientens resurser och pro-
blem börjar vi med miljöperspektivet för att sedan gå
vidare med subsystemen. Varför tycker vi, till skillnad
från modellens grundare, att man ska starta analysen
med miljön?

Vi har i vårt arbete funnit att patientens dagliga akti-
viteter bör beskrivas och förklaras utifrån miljö-

perspektivet och att många arbetsterapeutiska insatser ligger inom detta område. Om patientens miljö inte tillåter utförande av dagliga aktiviteter är det meningslöst att försöka intressera patienten för träning av dagliga aktiviteter.

Vi människor domineras av kulturen, sociala grupper, uppgifter och föremål som finns i vår omgivande miljö. Praktiska erfarenheter har bekräftat att viljekraftssystemet är det dominerande subsystemet och att dess utformning beror på miljön. Vi ser patientens funktion och störningar i första hand utifrån ett samhälls- och socialt perspektiv och i andra hand utifrån personen själv.

Man kan inte behandla enskilda störningar i utförandesystemet utan att beakta viljekraftssystemets samspel med miljön. Om patienten inte värderar de erbjudna aktiviteterna kan arbetsterapeuten räkna med att aktiviteterna inte accepteras. Patientens vilja måste stimuleras och han måste aktivt delta i behandlingen för att effekt ska uppnås. Genom att prova olika aktiviteter kan arbetsterapeuten ge patienten möjlighet att uppleva arousal och hans vilja till aktivitet stimuleras. Upplevelsen av arousal är ett individuellt inre tillstånd.

I det svenska samhället har vi en hög standard på vår sociala service till medborgarna. Vår samhällsorganisation är välutvecklad sett ur ett internationellt perspektiv. Vi har olika försäkringssystem som skyddar och stöder människorna. Vidare har vi utvecklat service som allmänheten anser ska betalas med skattemedel t ex skolgång och hälso- och sjukvård. När något problem uppstår hos en individ är det naturligt att orsaken till detta söks såväl i miljön runt individen som hos individen själv. Detta perspektiv är antagligen baserat på vår historiska utveckling med ett starkt inslag av idéer hämtade från det humanistiska perspektivet, demokratiska principer och en uppfattning om att alla medborgare har vissa ekonomiska grundrättigheter.

Vår strategi att starta analysen med miljön ger oss förståelse för det nära samband som råder mellan miljö och människan. Vi finner stöd för vår uppfattning hos World Health Organization som deklarerar att en person är inte handikappad förrän miljön hindrar personen från att utföra en aktivitet (7). Även den svenska

handikapputredningen (8) betonar enligt vår mening en miljörelaterad syn på handikapp, tillgänglighet i vid bemärkelse hos miljöer bestämmer handikappets konsekvenser.

Om man ser till utvecklingen av de psykiskt sjukas och de begåvningshandikappades möjligheter i samhället, har mycket förändrats för dessa grupper sedan andra världskriget. Vi har fått nya lagar, öppna vårdformer och en radikal förändring i det vårdpolitiska tänkandet. Idag står vi inför nedläggandet av de sista vårdhemmen, vi bygger små boendeenheter som service åt dessa grupper. Här ser vi ännu ett samband med hur vi använder modellen. Att utveckla intressen och värderingar boende på ett vårdhem alternativt ute i boendegrupper i samhället medför skilda förutsättningar för individen. Det finns helt andra samspelsmöjligheter för att utveckla intressen och värderingar om man befinner sig ute i samhället än på en sluten institution.

I Hälso- och sjukvårdslagen från 1983 (9) anges att människan ska ha medbestämmande och inflytande på sin vårdssituation. Detta kräver att personalen visar respekt för individens vilja. Socialtjänstlagen (10) har samma anda. I denna skrivs att socialtjänsten ska främja människors aktiva deltagande i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor. I lagen står också att socialtjänsten ska visa människor respekt och värna om varje människas integritet.

Omsorgslagen (2) är till skillnad från de övriga lagarna en s k pluslag. De särskilda omsorgerna syftar till att ge gruppen en möjlighet att leva som andra i gemenskap med andra. Omsorgsverksamheten ska vara inriktad på att utveckla den enskildes egna resurser. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet.

"A Model of Human Occupation" är ett redskap för arbetsterapeuten att konkretisera de ovan nämnda lagarna. I samtliga lagtexters anda ligger en tro på människans egna förmåga samt att varje individ ska ha självbestämmanderätt. Detta är helt i linje med modellens filosofi om en hierarki i subsystemen med viljekraften som det dominerande systemet.

"A Model of Human Occupation" har givit oss språk och begrepp för att beskriva människans unika sätt att vara aktiv. Eftersom begreppen är relaterade till varandra i en struktur underlättas förståelsen av samspelet mellan patientens vilja och den miljö som omger honom. Det är begrepp man som arbetsterapeut lätt anam-

Patientens vilja måste stimuleras och han måste aktivt delta i behandlingen för att effekt skall uppnås

Man måste, när man arbetar med modellen, tillämpa all den kunskap som redan finns utvecklad inom arbetsterapi

mar och känner igen. Vi anser att vår yrkesgrupp saknat detta tidigare. Men modellen hjälper oss bara till en viss del i vårt behandlingsarbete. Den ger oss en generell bild av patientens dagliga aktiviteter och en strategi i behandlingsprioriteringen, eftersom det hierarkiska tänkandet påverkar planeringen. Men man måste, när man arbetar med modellen, tillämpa all den kunskap som redan finns utvecklad inom arbetsterapi. Vi anser man måste ta hjälp av andra modeller och referensramar för att få en djupare förståelse för patientens resurser och problem, vilket vi presenterat tidigare under rubriken behandlingsplanering. Om en patient har störningar avseende processfärdigheterna kan vi fördjupa och förtydliga vår datainsamling med hjälp av bl a Kyléns (11) beskrivningar av hur begåvningen utvecklas eller av neuropsykologisk kunskap (12). Vi kan även använda dessa modeller och referensramar när vi planerar behandlingen.

"A Model of Human Occupation" är en modell under utveckling och ju fler arbetsterapeuter som tillämpar modellen desto större möjligheter finns det att modellen utvecklas och fördjupas.

Vi har ett ansvar som yrkesgrupp att utveckla en professionell kompetens, att använda "A Model of Human Occupation" kan vara ett sätt. Detta för att vi ska

säkerställa att de grupper av människor vi arbetar för ska få en så optimal vård och omsorg som möjligt.

Vid utvecklandet av professionell kompetens anser vi att samverkan är av värde och att man då utvecklar kunskap som kan tillämpas av arbetsterapeuter inom olika verksamhetsområden.

REFERENSER

1. *Kielhofner G (ed): A Model of Human Occupation.* Baltimore: Williams & Wilkins, 1985.
2. Nya Omsorgslagen. Landstingsförbundet, Stockholm, 1986.
3. *Peloquin S: Moral Treatment: Contexts Considered.* Am J of Occup Ther. 1989;43:537-544.
4. *Kielhofner G, Burke J P: A Model of Human Occupation. Part 1. Conceptual framework and content.* Am J of Occup Ther. 1980;34:572-581.
5. *Kielhofner G, Henrikson C: The Model of Human Occupation - ett hjälpmedel för kliniskt verksamma arbetsterapeuter.* Arbetsterapeuten, 1985;17:18-23.
6. *Pelland M J A: Conceptual Model for the Instruction and Supervision of Treatment Planning.* Am J of Occup Ther. 1987;41:351-9.
7. World Health Organization. International Classification of Impairment, Disabilities, and Handicap. Geneva 1980.
8. Socialdepartementet. Handikapp Valfärd Rättvisa, Statens offentliga utredningar, 1991:46 Stockholm. Göteborg: Graphic System AB, 1991.
9. Den nya Hälso- och sjukvårdslagen. Landstingsförbundet, Stockholm 1983.
10. *Fahlberg G, Magnusson N: Socialtjänstlagarna, bakgrund och tillämpning.* Stockholm 1989.
11. *Kylén G: Begåvning och Begåvningshandikapp.* Stiftelsen Ala och Handikappinstitutet. Stockholm: Spånga tryckeri AB, 1981.
12. *Eriksson H: Neuropsykologi vid demenser och avgränsade hjärnskador.* Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1988.