

Praxisorienterad ADL-bedömning inom arbetsterapi

Kristina Törnquist

Under senare år har man inom arbetsterapi börjat intressera sig för utveckling och användandet av mätinstrument inom ADL-området. Denna tendens kan tolkas som ett tecken på en önskan om att professionalisera yrket eller "förvetenskapliga" praxis. I artikeln diskuteras två former för ADL-bedömning; formaliserad och praxisorienterad bedömning. En beskrivning av vad som kännetecknar den praxisorienterade formen av ADL-bedömning inom arbetsterapi redovisas och diskuteras i relation till den formaliserade bedömningstraditionen.

Kristina Törnquist är högskolelärare vid Vårdhögskolan i Örebro, Institutionen för arbetsterapi och doktorand i socialt arbete vid Göteborgs universitet.

Introduktion

Idén om att aktivitet kan bidra till hälsa och välbefinnande är omhulad av arbetsterapeuter. Arbetsterapiens målsättning och de medel den anvisar för att nå målet grundar sig på antaganden om att människan kan påverka sin hälsa genom aktivitet och handling (1). Arbetsterapi beskrivs ofta som "behandling till aktivitet genom aktivitet" och karaktäriseras av att det alltid hänger samman med människans förmåga att utföra dagliga aktiviteter (2).

Om man utgår från detta synsätt blir beskrivningar och förståelse av patientens aktivitetsförmåga mycket central vid planering och genomförande av arbetsterapi-program. Vid forsknings- och utvecklingsarbete inom arbetsterapi blir det också viktigt att kunna dokumentera individens aktivitetsförmåga och förändringar av densamma. Bl a för att kunna beskriva och utvärdera olika former av arbetsterapi, men också för att studera hur människors aktivitetsförmåga påverkas av olika funktionshinder eller sjukdomar och hur aktivitetsförmåga kan återerövas.

En vanlig kategorisering av mänskliga aktiviteter som används bland arbetsterapeuter är en generell uppdelning i: lekfulla/kreativa aktiviteter, arbetsrelaterade aktiviteter och dagliga livets uppgifter (ADL), (3).

Denna artikel fokuseras på bedömning av aktivitetsförmåga i förhållande till ADL-aktiviteter.

ADL-bedömningar används inom arbetsterapipraxis som en utgångspunkt för olika behandlingsåtgärder, däremot finns ingen tradition att systematiskt använda dessa bedömningar för att följa effekterna av åtgärderna. En huvudtes är att ADL-bedömningar kan utföras på två fundamentalt olika sätt, formaliserat och icke formaliserat. Formaliserad ADL-bedömning innebär att det finns en ambition att använda någon slags standardiserad mätskala. Icke formaliserad ADL-bedömning innebär att bedömningen görs utifrån det unika mötet som uppstår i relationen mellan en professionell yrkesutövare och en patient. Införandet av formaliserade ADL-instrument kan tolkas som ett led i yrkets professionaliseringssträvanden (4), snarare än ett upplevt behov för praxis.

Syftet med denna artikel är att diskutera hur dessa båda former skiljer sig åt samt redovisa vad som kännetecknar det icke formaliserade bedömningssättet - praxisorienterad ADL-bedömning.

Formaliserad ADL-bedömning

ADL-instrument i olika former har utvecklats sedan 1935 (5). Deaver och Brown utvecklade den första skattningsskalan 1945 och myntade därmed ADL till ett vedertaget begrepp. De menade att de krav som dagligt liv och dagligt arbete utgör, kunde användas för att befrämja handikappades "coping" förmåga och öka deras oberoende. ADL-begreppet användes för de nödvändiga beteendemönster, vid fysiskt handikapp, som krävs i dagliga livet. Oftast utgående från de nödvändiga färdigheterna individen behöver för att äta, gå på toaletten, klä sig, bada, kontrollera blåsa och tarm, gå eller klara sig med rullstol (6,7).

Den första ADL-skalan publicerades i arbetsterapi-litteratur 1947, och var den skalan som Deaver och Brown utvecklat. Den första skalan, utvecklad av en arbetsterapeut publicerades i den amerikanska arbetsterapitidskriften 1950 (7). Sedan dess har det

konstruerats, översatts och modifierats ADL-skolor. Försök till samordning av olika ADL-bedömningar till något enhetligt har misslyckats därför att varje klinik utvecklar sina egna instrument efter sina behov (8) och det finns rapporterade brister i överensstämmelse bland arbetsterapeuter vad gäller ADL-begreppet och dess mätning (9,10). ADL-instrumentens validitetsproblem inom arbetsterapi har diskuterats mot bakgrund av att de flesta formaliserade instrumenten är konstruerade för andra ändamål (11).

Generellt har validiteten och reliabiliteten hos de formaliserade ADL-skolorna diskuterats. När det gäller ADL-instrument är endast några få instrument validerade och reliabilitetstestade (12). Ett problem som fokuseras är möjligheten att omvandla dessa skattningsskolor till psykometriska test med krav på endimensionella skolor (13). Relativiteten i ADL-begreppet utgör en svårighet härvidlag. Begreppet är individ, miljö och tidsrelativt i den bemärkelsen att varje individ har sin historia som påverkar ett handlande i en viss situation. ADL-förmågan påverkas av yttre betingelser, fysisk miljö och andra människors förväntningar samt kraven på utförandenivån som varierar.

De instrument som är mest välutvecklade är sk ADL-index, vilket betyder att det förekommer både en horisontal och en vertikal skala. Utifrån den horisontala skalan skattas patientens/klientens förmåga i förhållande till hur självständigt individen utför varje enskild aktivitet. Den vertikala skalan innebär att den enskilda patientens/klientens ADL-förmåga ges ett sammanfattande mått, antingen genom att värdena från den horisontala skalan summeras eller att de olika aktiviteterna klassificeras efter svårighetsordning. Skolorna är ordinalskalor dvs en rangordning kan erhållas.

Några invändningar mot ADL-instrument

En invändning mot användandet av instrument kan göras på grundval av instrumentens konstruktion och det faktum att skolorna mäter ADL-förmåga på ordinalnivå. Det finns allmänt vissa risker med att inordna sociala fenomen i ordinalskalor bl a kan ordinalskalemåtten förleda till en bearbetning på relationsnivå, såsom beräkningar av medelvärde eller jämförelser mellan olika grupper poängtal. Den allvarligaste kritiken är dock att ordinalskalan bygger på antagandet om skillnader i intensitet, medan sociala

Kan man se olika ADL-aktiviteter som gradskillnader dvs intensitet i förmågan, måste det inte vara en artskillnad

fenomen i själva verket är kvalitativt annorlunda (14). Resonemanget kan överföras till mätning av ADL-förmåga. Skolorna för att mäta en persons förmåga utgår ofta från en gradering från ett totalt beroende till ett totalt oberoende. Det är inte säkert beroende är en gradskillnad av oberoende, vilket man betraktar det som när det mäts i samma skala. Kan man överhuvudtaget se olika ADL-aktiviteter som gradskillnader dvs intensitet i förmågan, måste det inte vara en artskillnad. Annorlunda uttryckt kan födointag betraktas som en mindre mängd av badning?

En annan invändning är att ADL-bedömningar med hjälp av formaliserade-instrument leder till en relativt grov kategorisering av individens förmåga och utgör en teknifierad form av bedömning. Att behärska en praxis innebär inte bara att ha lärt sig att utföra vissa slags operationer. Det innebär också att vara förtrogen med de tysta förutsättningar och samlade erfarenheter som styr handlandet på området ifråga. Vid exempelvis datorisering av vissa arbetsplatser löper den samlade erfarenheten risk att tunnas ut, därför att datoriseringen innebär att uttryckssättet får anpassas till datorns möjligheter att hantera information (15). Man kan tänka sig att samma förhållande uppstår om teknifierade former av ADL-instrument införs som ett språk för att uttrycka den enskilda patientens/klientens ADL-förmåga dvs det finns risk för en utarmning av praxiskompetensen på sikt. Det finns således flera skäl att undersöka det aktivitetsbegrepp som kommer till uttryck i praxisorienterade ADL-bedömningar inom arbetsterapi. På ADL-instrumentens oklarhet och inkonsistens vad gäller begreppet ADL-förmåga, ordinalskalans begränsningar vad gäller sociala-fenomen och inte minst att teknifiering kan leda till en utarmning av professionell kompetens.

Praxisorienterad bedömning

Uffe Juul Jensen (16) hävdar att i allt behandlingsarbete utgår man från en uppfattning om vilken kategori personen man möter tillhör dvs en bedömning görs.

Personkategoriseringar bygger på våra erfarenheter och kunskaper om livet och människorna, både som deltagare i det "männskliga kollektivet" och i det "kliniska kollektivet" som Jensen uttrycker det. Det betyder att yrkesutövare som ska hjälpa någon med nedsatt ADL-förmåga (om så hjälpen syftar till förebyggande, omsorg, vård eller rehabilitering) tvingas till att göra en bedömning för att kunna hjälpa. Bedömning eller kategorisering är premissen för hjälp.

Arbeterapipraxis liksom all yrkesutövning där man arbetar med människor kännetecknas av att det föreligger ett samband mellan teori och praktik i en vid mening. Det finns föreställningar om mål som anses vara eftersträvsvärda och det föreligger idéer om hur dessa mål ska förverkligas. Dessa föreställningar torde komma till uttryck i mötet mellan arbetsterapeuten och patienten/patienterna. Med praxisorienterad ADL-bedömning avses således den kliniska bedömning eller övervägande (clinical reasoning) som arbetsterapeuten gör för att komma fram till en beskrivning av patientens ADL-förmåga.

Ett vanligt sätt att diskutera om olika typer av kunskaper i ett yrke, är att hävda en skillnad mellan praktisk och teoretisk kunskap. Då utgår man ofta från föreställningen att den praktiska kunskapen endast finns i praxis och är fri från teori. Donald Schön (17) talar om "reflection in action" för professionella yrkesutövare och att det förekommer i två olika typer. Den ena typen berör hur man hanterar sambandet mellan praktik och teori i en vid mening och handlar om hur man förstår i detta fallet patientens problem. Där går man från det konkreta fallet till de mer generella kunskaperna där man hämtar tolknings- och handlingsalternativ som ger upphov till intervenering. Den andra typen berör en avstämning mot exempelvis patientens reaktioner, mot den tid man har till förfogande, de resurser man har tillgängliga.

Utgångspunkter och frågeställningar

Det finns alltså inbegripet värderingar och tankestrukturer i det praktiska handlandet. Värderingar och tankestrukturer förmedlas genom utbildning. Kategoriseringen kan således också ske på ett medvetet eller typiskt sätt för en yrkesprofession därför att yrkesutbildningen och deltagande i olika yrkesroller ger hjälparen ett sätt att göra bedömningar utifrån en spe-

Yrkesprofession och yrkesutbildning ger hjälparen - arbetsterapeuten - ett sätt att göra bedömningar utifrån en speciell "point of view"

ciell "point of view". Det är typiska sätt för yrkesgruppen arbetsterapeuter som varit i fokus i den här studien.

Tidigare undersökningarna omkring kliniskt beslutsfattande inom arbetsterapi har i huvudsak inriktats på mycket övergripande beskrivningar av vilka värderingar som tycks ligga till grund för hur man bedömer patientfall eller interagerar i mötet med en patient. När arbetsterapeuter får uttala sig om hur man borde göra idealt framkommer en önskan att bedriva en "patientcentrerad" arbetsterapi där patientens behov och problem ska vara det styrande. När verkliga arbetsterapisituationer analyseras tycks åtminstone två olika värderingsperspektiv speglas i det arbetsterapeutiska beslutsfattandet. De beskrivs som "det mekanistiska paradigmet" som karaktäriseras av det medicinska synsättet och "det fenomenologiska paradigmet" som representerar en orientering till att finnas till här och nu och dela med sig av meningsfulla aktiviteter och interaktion. Författarna diskuterar att en patientcentrerad eller fenomenologisk hållning kan leda till konflikter i ett sjukvårdssystem med korta vårdtider och där ekonomiska och tekniska värderingar är förhärskande (18,19,20).

För att få en konkret bild av hur arbetsterapeuter i reella situationer bildar sig en uppfattning av patienters ADL-förmåga var avsikten att studera så "vanliga bedömningssituationer" som möjligt.

Följande preciserade frågeställningar formulerades som utgångspunkt för den aktuella studien: Vilka bedömningsdimensioner/faktorer använder sig arbetsterapeuten av i sin bedömning av patientens ADL-förmåga?

Vad kännetecknar bedömningarna i förhållande till formaliserade bedömningar?

Metod

Syftet med studien var att upptäcka. Inom den kvalitativa forskningstraditionen finns olika sätt att beskriva hur upptäckandet, från data till teoretiska begrepp och

teoriskrivande går till. En viktig källa och bidrag till utvecklingen av metoder för upptäckandet är Glaser & Strauss' "grounded theory" modell (21,22). Den har beskrivits användbar för såväl faktor sökning och faktor relatering dvs teoriskrivning (23).

Jag har använt modellen för enbart faktor sökning och begränsat mig till användandet av metodens tre första steg i denna studie:

1. Initiala enheter av data eller svar har sorterats i ändamålsenliga kategorier.
2. Nya svar har jämförts med dessa kategorier, snarare än med andra individuella svar, så att fokus skiftar från de individuella svaren till de särskilda kategorierna som de passar till.
3. Underliggande enhetlighet i kategorierna blir uppenbara först när det är möjligt att benämna kategorierna med teoretiska begrepp som sammanfattar innehållet i kategorierna.

Enligt Glaser och Strauss modell görs datainsamlingen och kategoriseringen växelvis tills en teoretisk mättnad erhålles. Detta betyder att nya data inte ger upphov till nya kategorier eller begrepp.

I denna studie var syftet att komma så nära arbetsterapeuternas vardagliga praxis som möjligt. Därför observerades ADL-situationer som är vanliga mellan arbetsterapeuter och deras patienter och klienter. Den observerade situationen tjänade som utgångspunkt för att samtala med arbetsterapeuten om den specifika bedömningssituationen. Samtalen genomfördes som ostrukturerad och ostandardiserad intervju och genomfördes både före och efter observationen. Före observationen, uppmanades arbetsterapeuten beskriva vad hon redan visste om patienten och dennes ADL-förmåga. Efter observationen, formulerades frågor utifrån vad som hänt under observationen och hur dessa händelser bidrog till hennes/hans beskrivning av patientens ADL-förmåga. Samtalen spelades in i sin helhet på band.

Under observationerna, som tog 1/2 till 2 timmar fördes noggranna anteckningar. Notaten var uppdelade i tre huvudrubriker: verbal kommunikation mellan arbetsterapeut och patient, vad som faktiskt gjordes och mina egna reflektioner. För att testa tillförlitlighet i notaten testades notaten från den första observationen gentemot en bandinspelning av hela observations-tillfället. Resultatet bedömdes som tillfredsställande

som underlag för samtalen.

All data från samtalen har strukturerats och analyserats genom att data kodats och kategoriserats. Arbetsterapeuternas beskrivningar av hur de tänkte i den aktuella ADL-situationen betraktades som en text som kan delas upp i olika utsagor (koder). Dessa reducerades till ett mindre antal kategorier eller teman som har något gemensamt innehåll eller mening. Kategorierna har sedan betecknats som uttryck för olika från varandra skilda kvaliteter som beskrivits med teoretiska begrepp.

Informanterna valdes strategiskt för att representera så många olika aspekter som möjligt av ADL-bedömningar vid fysiska funktionsnedsättningar. Antalet informanter valdes inte i förväg utan avslutades först när teoretisk mättnad uppnåts dvs att inga fler bedömningsfaktorer kunde identifieras. Till en början analyserades fyra situationer, för att garantera mångfald i materialet. Totalt har tio ADL-situationer analyserats. Dessutom gjordes en formaliserad ADL-skattning efter "ADL-trappan" (24). Skattningen gjordes av den studerade arbetsterapeuten i något fall efter information av skalan. Skalan är uppbyggd hierarkiskt med tio steg, där steg 0 motsvara bäst förmåga och steg 10 innebär den sämsta förmågan. Samtalet avslutades med denna skattning för att den inte skulle påverka arbetsterapeutens "spontana beskrivning" av patientens ADL-förmåga.

All datainsamling gjordes i anslutning till ADL situationer, vilket innebar ett möte mellan en arbetsterapeut och en patient som hade någon form av problem med dagliga aktiviteter som rör den personliga vården (P-ADL) eller boendet (I-ADL). Arbetsterapeutens uppgift kunde vara bedömning av problemen, rådgivning, träning, bostadsanpassning och/eller utprovningar av tekniska hjälpmedel. I *tabell 1* presenteras en sammanställning som beskriver variationen av de studerade ADL-situationerna.

Resultat

I enhetlighet med den metodologiska principen som beskrivits ovan, framkom fyra kvalitativt olika bedömningsfaktorer som arbetsterapeuterna beaktade, efter observation och analys av sju ADL-situationer. De följande tre observationerna gjordes i enlighet med principen om teoretisk mättnad dvs en prövning gjor-

Tabell 1. ADL-situationerna i studien

Vårdnivå	Län	Arb.terap. yrkesv. samma år	Diagnos/ Symtom (ADL-klass enl ADL-trappan)
Akut-avd	Stockholm	10	Stroke (9)
Långv-avd	Östergötland	5	Stroke (5)
Akut-avd	Göteb. Boh.län	35	Stroke, inf (9)
Långv-avd	Örebro	15	Stroke (4)
Distrikt (K)	Örebro	19	Muskelsjd (8)
Akut-avd	Jönköping	8	Allm. svagh. (9)
Distrikt (K)	Malmöhus	5	Förflyttn.prob (7)
Distrikt (K)	Kronoberg	1	Neurolog.sjd. (2)
Distrikt (L)	Örebro	16	Ledsjd. (3)
Distrikt (L)	Örebro	8	Förflyttn.prob (2)

K= Kommun anställd
L= Landstings anställd

des om de erhållna koderna kunde inplaceras enligt den tidigare kategoriseringen. Inga nya kategorier kunde upptäckas.

De olika typerna av bedömningsfaktorer benämns; tidsdimension, aktivitetsarena, kontroll och säkerhet samt verksamhetsmedel. Totalt var 589 uttalanden kodade. Antalet koder under varje dimension framgår av tabell 2.

Tabell 2. Sammanställning av hur antalet koder fördelats under respektive bedömningsdimension

Dimension	Antal koder	%
Tidsdimension	129	22
Aktivitetsarena	211	36
Möjlighet till kontroll och säkerhet	72	12
Verksamhetsmedel	177	30

Tidsdimension

Det är tydligt att arbetsterapeuterna utgår från en tids-axel när de ska bedöma patienternas ADL-förmåga. De relaterar gärna sina beskrivningar till hur det var sist de träffade patienten, men de relaterar också bedömningarna till den enskilda patientens tidigare historia eller t o m framtid. Därför går det att särskilja tre olika aspekter på tidsdimensionen som kan benämnas; dåtid, nutid och framtid. Tre arbetsterapeuter, i det här materialet, omfattar alla tre aspekterna medan andra väljer aspekterna dåtid och nutid eller aspekterna nu-tid och framtid.

Omkring 60% av koderna inom dimensionen (76 av

Det är tydligt att arbetsterapeuterna utgår från en tidsaxel när de ska bedöma patienternas ADL-förmåga

129) har klassificerats som nutid. Koder som visar att man relaterar bedömningen till den aktuella behandlingsperioden har tolkats som nutid. Uttalanden ger ofta en bild av förbättringar eller försämringar från gång till annan och syftar på den tid patienten och arbetsterapeuten träffats. Till nutidsaspekten har också tolkats sådana uttalanden som ger en bild av att arbetsterapeuterna mer systematiskt vill återknyta till tidigare träningstillfällen eller en beskrivning av nuvarande problem. Några typiska uttalanden var:

- ”Har balansen i sittande, vilket han inte hade veckan innan”
- ”Hon har haft en period då jag tyckte hon har stått stilla ... men ett par veckor innan dess gjorde hon ett väldigt lyft”
- ”Ville se om han kom ihåg instruktionerna”
- ”Då väntar jag så länge jag kan, för många gånger kommer hon på det själv”

Framtidsaspekten finns med i alla ADL-situationerna som studerats utom i ett fall, och i något fall har framtidsaspekten varit mer framträdande än nutiden. Antalet koder utgör 26% av kategorin (34 av 129). Ofta reflekterar arbetsterapeuten över hur patientens ADL-förmåga kommer att kunna gestalta sig i framtiden. Någon strikt rationell planering för den fortsatta träningen har inte kunnat identifieras.

”Han kommer att utvecklas en hel del. Det har skett så pass mycket under veckan ändå”

- ”Jag tror att när hon kommer hem i sitt vardagsliv och får möjligheten att prova på det här ofta, att hon kommer att få in ganska mycket av det igen. Men samtidigt är jag lite rädd”
- ”Hon kommer att bli känd här (vårdcentralen, egen anmärkning) framöver hon har ju åldern inne och allting annat.

Dåtid utgör en del av arbetsterapeuternas beskrivningar, 15% av kategorin (19 av 129). Det är främst-beskrivningar som rör patientens tidigare kompetens och upplevelser utan direkt anknytning till den aktuella ADL-situationen.

"Hon är född ... som barn var hon svag men kaxade till sig och blev så småningom ... Sedan har hon jobbat i X-stad och Y-stad dom sista åren innan hon gick i pension. Väldigt kompetent styrt och ställt med folk omkring sig"

"Han har ju varit en oerhört självständig och hjälpsam person"

"Han har berättat att han aldrig varit sjukskriven en dag under sitt yrkesverksamma liv"

Aktivitetsarena

Arbetsterapeuterna relaterar sina bedömningar till en rumslik dimension, vilket kan betraktas som lika självklart som att de betraktar en tidsdimension. Aktivitet måste alltid ske i tid och rum. Jag har kallat rumsdimensionen för aktivitetsarena därför att termen arena för tankarna till avgränsade rum. De rum som varit möjliga att särskilja är kroppen, personen, sängen, sjukhuset, bostaden och närmiljön/bostadsområdet. De utgör således aspekter inom kategorin. Det var totalt 211 koder som kunde kategoriseras under aktivitetsarena. I tabell 3 kan studeras en sammanställning av antalet koder uppdelade på aspekterna.

Tabell 3. Koder fördelade på aspekter för kategorin aktivitetsarena

	Antal koder	%
Kropp	40	19
Person	76	36
Säng	17	8
Sjukhus	9	4
Bostad	53	25
Närmiljö	16	8
Summa	211	

I 19% av koderna (40 av 211), går det att tolka att arbetsterapeuterna relaterade sina bedömningar till det som sker rent kroppsligt. Ofta var dessa uttalanden i form av symptom eller organnedsättningar (impairment). De "kroppsliga" beskrivningarna förekom oftare procentuellt set i ADL-situationer som utspelade sig på sjukhus. Typiska uttalanden var karaktäriseringar som "afatiker, förlamad", "böjspastisk", "han har god rörlighet så problemet sitter här uppe i skulderpartiet i kombination med nedsatt känsel" eller "högersidig svaghet".

Flera uttalanden - 36% av kategorin visar att arbetsterapeuterna betraktar ADL-förmågan som personlighetsbunden

Flera uttalanden 36% av kategorin (76 av 211) visar att arbetsterapeuterna betraktar ADL-förmågan som personlighetsbunden. Bedömningarna omfattade hur patienten är som person med känslor och upplevelse av sig själv som aktör. Typiska uttalanden var "fin liten man", "envis och har velat klara sig själv", "utåtriktad mycket gladlynt person förut" etc.

Arbetsterapeuterna använde i sin beskrivningar uttalanden som gör att det är lätt att förstå att den aktivitet de beskriver sker i sängen. Dessa uttalanden förekom endast i 8 % av kategorin. Exempel var "sätta sig upp på sängkanten", "blev ADL-ad i sängen" eller "rulla undan och komma över och försöka pusha sig upp". Några få uttalanden, 4%, har tolkats som tillhörande sjukhuset som arena. Det är uttalanden som direkt visar på att patientens förmåga är kopplat till de krav den specifika sjukhusmiljön ställer ex vis: "dom här engreppsblandarna ... det har varit ett stort problem för henne på vårdavdelningen"

Bedömningarna relaterades till patientens bostad i 53 av 211 uttalanden. Oavsett om arbetsterapeuten varit i patientens hem eller ej finns uttalanden som visar att arbetsterapeuten relaterade sina bedömningar till patientens specifika boendesituation. Uttalanden som både har med bostadens fysiska utformning och patientens roll i boendesituationen har tolkats tillhöra denna subkategori. Typiska uttalanden har varit:

"Han bor i en lägenhet, där den inte är lämpad för rullstol"

"Hela badrummet är omgjort och dörrarna är breddade"

"Patienten har fått ta stor del av hushållet"

"Det är frun som får sköta det praktiska och hon störs av den här toalettförhöjningen"

Närmiljön refererades till i 16 av 211 uttalanden. Denna klassifikation har gjorts om bedömningarna relaterats till patientens bostadsområde eller patientens närmiljö. Uttalanden tyder på en allmän känedom om olika stadsdelar eller den bygd patienten lever i: "man är en del i bygden och lever ungefär på samma sätt" eller "det gamla badkaret om dom inte

satt in ett nytt ... där nere i de äldre stadsdelarna”

Aktivitetskontroll och säkerhet

En annan kvalitativ dimension som varit möjlig att urskilja, var patienternas möjlighet till kontroll eller medvetenhet om vad de gör och säkerheten i utförandet av en aktivitet. Denna kategori har delats upp i två aspekter; i en intern och en extern möjlighet till kontroll. Totalt har 72 uttalanden tolkats in under kategorin ”aktivitetskontroll och säkerhet” vilket motsvara 12% av det totala antalet uttalanden, 45 klassificerades som intern och 27 som extern kontroll.

Till aspekten intern kontroll har tolkats uttalanden som beskriver att patienten förstår eller är medveten om vad som görs och hur man ska utföra aktiviteten ifråga. Dessa uttalanden uppgår till 63% av kategorin (45 av 72). Typiska uttalanden var:

- ”Sedan vill jag se om hon tänker logiskt”
- ”Hur säker hon är när hon reser sig hur stora är riskerna att hon drattr i och sådana saker,så man måste vara bombsäker på att dom förstod instruktionerna. Och jag kan tänka mig om hon skulle sätta sig där nu innan vi gick, så är jag inte säker på att hon förstod det här ändå”
- ”Jag upplever att han kan om jag säger ta fram det,så förstår han det, men han kan inte det eller det ordet ... han förstår sammanhanget”
- ”Jag frågade var har du din högra hand och vad har du för nytta av den”

Uttalanden som beskrev patientens behov av hjälp från någon annan eller hjälpmedlets tekniska säkerhet har tolkats som extern kontroll. 37% (27 av 72) har tolkats tillhöra denna subkategori.

- ”Vid duschning då tycker jag inte balansen är att lita på, det är bättre att få hjälp i dom situationerna så han inte får en fraktur om han ramlar och bryter sig”
- ”Nu har hon bestämt sig att ta hjälp en gång om dan /av hemtjänsten/ och det gör ju att hon får mer möjligheter att pröva själv ... men om dom tar över - då är det liksom kört”
- ”En annan sits på hans hygienstol för den han har nu är väldigt halkig”
- ”Just det här att man tänker efteråt om det skulle klicka och det inte fungerar så är ju ansvaret mitt”

Arbeterapeutiska verksamhetsmedel

En sista kvalitativ kategori utgörs av uttalanden som

rör arbetsterapeuternas strategi för förändring eller vad de såg som möjligt att påverka i patientens ADL-förmåga. Följande aspekter har kunnat identifieras som påverkbara; patientens upplevelse av kompetens, kroppsliga funktionsförbättringar, tekniska lösningar och patientens vanor eller rutiner för hur aktiviteten utförs. Till den här kategorin har också hänförs uttalanden som utgör aspekter som begränsar arbetsterapeutens val av förändringsstrategi, det är framförallt ekonomiska övervägande men också uttalanden som visar att arbetsterapeuten inte egentligen ser ADL-bedömningen som en utgångspunkt för förändring av patientens situation utan som en ”ren” bedömning. Totalt har 30% av alla uttalanden tolkats tillhöra kategorin ”arbetsterapeutiska verksamhetsmedel”. En sammanställning av antalet koder uppdelat på aspekter redovisas i *tabell 4*.

Tabell 4. Koder i aspekter för arbetsterapeutiska verksamhetsmedel

	Antal uttalanden	%
Patients kompetens	51	29
Funktionsförbättring	18	10
Tekniska lösningar	30	17
Patients vanor	58	33
Ekonomisk begränsning	12	7
Endast bedömning	8	4

Nästan en tredjedel av uttalanden (51 av 177), har kunnat tolkas in under aspekten: patientens upplevelse av kompetens. Arbetsterapeuterna tycks ha en ambition att vilja försöka få patienten att få en upplevelse av att ha kompetensen som aktör eller agent

- ”Det jag vill nu är väl att han känner att han kan saker själv, att kunna vara aktiv, utan att vara passiv patient som behöver skötas om”
- ”Jag tror att det är bra om alla kan hitta sin lösning, det finns inte ett sätt utan många sätt ... jag tycker man kan stärka patienternas självförtroende med det”
- ”Hon tycker att vissa människor behandlar henne som om hon inte kunde någonting nu ... mycket sådant pratar vi om”

Omkring 10% av uttrycken (18 av 177), visar att arbetsterapeuterna såg att det finns möjlighet till

kroppsliga förändringar hos patienten. Det är framförallt förändringar som hänsyftar till olika förbättringar av kroppsliga funktioner, som tolkas tillhöra den aspekten av möjliga förändringsmedel. Några exempel var "ger jag uppmaningar så skulle jag kanske uppmärksamma honom på att han skulle ha handen dit själv" eller "den här patienten vet vad han ska göra, så jag ville mer observera och grep inte in förrän jag såg det här momentet med höger hand som hängde ned och jag frågade vad har du för nytta av din högra hand"

Majoriteten uttalanden inom kategorin (58 av 177) har att göra med patientens vanor. Till denna aspekten har klassificerats uttalanden som antingen rör vikten av att patienten får behålla sina tidigare vanor eller kan öva in "nya vanor" som anpassas till patientens funktionsförmåga.

"Jag tror att man måste nog bygga på hennes tidigare erfarenheter som sitter väldigt inarbetade ... det här med nyinläring det blir det inte fråga om ... man måste bygga på det som finns förut"

"Jag ska bara visa på hur det finns lösningar - hur man kan slippa hålla i telefonluren"

"Det är det jag menar med entrébiljett nästa gång är det något annat. Hon får verklighetspröva det här resonemanget med rollatorn ... det gäller att så dom här små fröna och gärna hänvisa till någon annan som man vet gör reklam för det"

Sjutton procent (30 av 177) av uttalanden har klassificerats som tekniska lösningar. Dessa uttalanden visar att man ser förändringsmöjligheter i att patienten kan öka sin förmåga med hjälp av tekniska hjälpmedel eller fysisk anpassning av bostaden eller omgivningen. Exempel var:

"Kommer att ha med mig badbräda, badlyft och handtag det ska vi prova. Och sen så pratade vi om allmänna småhjälpmedel och det har jag tagit med mig"

"Problemet för henne är att hon har svårt att klara sig i badkar och då vet jag alltså att i den bebyggelsen hon bor där kan man förvänta sig vad som helst, så jag satsar på badbräda"

Uttalanden om ekonomiska aspekter har kategoriserats som verksamhetsmedel därför att aspekten innebar för arbetsterapeuterna en viss begränsning av tillgängliga verksamhetsmedel. Aspekten berörs sällan och utgör endast 7% av kategorin. Det finns dock

uttalanden som tyder på att arbetsterapeuten reflekterar över kostnaderna eller hur hon ska kunna hjälpa patienten bäst inom rådande kostnadsregler. "Nu ska man ta betalt varenda gång, då använder jag telefon det är fortfarande gratis ... När det kom in pengar i det här har hembesöken minskat, när det gäller framförallt landstingspatienter"

I vissa situationer ser inte arbetsterapeuten bedömningen som en del av en förändringsprocess. De ser sin funktion som avslutad i och med bedömningen dvs de ser inte eller behöver inga verksamhetsmedel i de här ADL-situationerna. Dessa uttalanden förekommer sällan, endast i 8 av 177 uttalanden. "Det här kallar jag inte för träning, utan bedömning, det är sällan jag gör träningar, det är sällan jag går till samma patient det är mycket sällan det blir så"

Slutsats

Studien som omfattar en analys av tio olika ADL-situationer eller möten mellan arbetsterapeuter och patienter med fysiska funktionsnedsättningar. Situationerna har utspelats på vårdavdelningar, träningslägenheter och i patienternas hem. ADL-situationerna var föranledda av att det förelåg problem inom aktivitetsområdena personlig vård (P-ADL) och boende (I-ADL). Arbetsterapeuterna relaterade sina bedömningar till fyra kvalitativt olika bedömningsfaktorer. I *tabell 5* ges en överblick över resultaten och hur kategorierna upptäcktes under studiens gång tills teoretisk mättnad hade uppnåtts.

Efter fem ADL-situationer upptäcktes egentligen inga nya kategorier eller aspekter, vilket tyder på att teoretisk mättnad uppnåddes på ett tidigare stadium än vad som uppfattades vid den pågående datainsamlingen. Analyser av ytterligare ADL-situationer skulle förmodligen inte tillföra nya kategorier.

Huvudresultatet är att de upptäckta bedömningsdimensionerna skiljer sig från bedömningskriterier som används inom den formaliserade traditionen. Inom den praxisorienterade bedömningen i arbetsterapi tog man hänsyn till tidsdimensionen, aktivitetsarenan, aktivitetskontroll och säkerhet samt arbetsterapeutiska verksamhetsmedel dvs den är flerdimensionell till sin karaktär. Inom den formaliserade traditionen finns en strävan att utveckla instrumenten till att uppfylla psykometriska krav dvs utveckla skalor som är

Tabell 5. Schema över hur kategorierna med aspekter på under studiens gång

Kategorier och aspekter	ADL-situation									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Tidsdimensionen</i>										
Dåtid		x		x	x				x	
Nutid	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Framtid	x	x	x	x	x		x	x	x	x
<i>Aktivitetsarena</i>										
Kropp	x	x		x	x	x	x		x	x
Person	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Säng	x	x			x		x			
Sjukhuset				x		x				
Bostaden	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Närmiljön				x	x			x	x	x
<i>Aktivitetskontroll</i>										
Intern	x	x	x	x	x	x		x	x	x
Extern	x	x		x	x	x	x	x	x	x
<i>Verksamhetsmedel</i>										
Uppl av kompetens	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Kroppslig förändring	x	x				x		x		
Vanor	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Tekniska lösningar		x			x		x	x	x	x
Bedömning				x		x				
Ekonomi					x		x		x	x

endimensionella.

I den formaliserade bedömningen utgörs den primära bedömningsdimensionen vanligtvis av oberoende av annan persons hjälp. Denna dimension fanns inte i de studerade ADL-situationerna, utom i ett par uttalanden inom aspekten extern kontroll. I stället betonades patientens egen förmåga till kontroll i aktiviteterna.

Beskrivningarna skiljer sig rent språkligt i förhållande till de formaliserade ADL-bedömningarnas språkbruk. Praxisbedömningarna innehåller ofta försök att ge förklaringar till den nedsatta ADL-förmågan men även försök till beskrivning av konsekvenserna av den nedsatta förmågan. På detta sätt blir beskrivningarna mer nyansrika men inte alltid så precisa som de formaliserade bedömningarna.

Bedömningarna i praxis blir förståeliga mot bakgrunden att betrakta ADL-förmåga som en orsakskedja el-

I den formaliserade bedömningen utgörs den primära bedömningsdimensionen vanligtvis av oberoende av annan persons hjälp

ler konsekvenskedja. WHO:s klassifikationssystem (25) är ett sådant exempel som i stor utsträckning bygger på att människans "funktionalitet" antas kunna särskiljas på fyra olika nivåer som följer på varandra. Disease or

Disorder --> Impairment --> Disability --> Handicap

Impairment förutsätts i den här modellen kunna påverka disability direkt. Formaliserade ADL-mätningar inplaceras i den modellen på den tredje nivån; och anses mäta disability. De praxisorienterade beskrivningarna innefattar termer som går att hänföra till andra nivåer, framförallt impairmentnivån. ADL-förmågan förklaras och beskrivs med vilka funktioner som är nedsatta och orsakar nedsatt förmåga att utföra olika aktiviteter. Andra faktorer såsom miljöns utformning, vilka aktiviteter som konkret vållar patienten problem eller ingår i personens livsform fokuseras ej när beskrivningen endast läggs på impairmentnivån.

Vissa beskrivningar har inslag av en arbetstrapi modell "A Model of Human Occupation" (26) dvs man lyfter fram - vad som värderas av den enskilde och hur individens vanor är beroende av vilka roller man har.

När det gäller den formaliserade ADL-bedömningen har inte bara "oberoendet" tjänat som utgångspunkt. Vissa instrument har byggts på antagandet att aktiviteter kan ordnas i hierarkisk ordning som följer den normala utvecklingen (27,28). Detta synsätt överensstämmer med ett behandlingskoncept som utvecklats på neurofysiologiska antaganden (29). Behandlingskonceptet har fått stor spridning inom svensk arbetstrapi och används vid ADL-träning av patienter med hjärnskador. Flera arbetsterapeuter uttalade att just detta behandlingskoncept varit en viktig kunskapskälla för ADL-träning. Någon tendens att bedömningarna gjordes utifrån ett hierarkiskt synsätt kunde dock inte iakttagas i denna studie trots att uppmärksamhet riktades mot detta synsätt.

Någon systematisk användning av modeller i sin helhet har således inte kunnat iakttagas i de studerade situationerna. I stället tycks arbetsterapeuternas verksamhetsmedel styra vad hon uppfattar för problem. Arbetsterapeuten vet vilka verksamhetsmedel hon har tillgängliga eller tillåts använda, man undersöker inte problem där man inte har tillgängliga verksamhetsmedel. Arbetsterapeuter önskar i första hand hjälpa inte analysera patientens problem.

Enligt Schön skulle ett kännetecken på den "reflekterande praktikern" vara att det fanns inslag av generell teori som anpassades till de individuella förhållanden. Detta har inte kunnat iakttas i denna studie. Av de två sfärerna; den teoretiska och den praktiska, tycks den praktiska dominera de praxisorienterade bedömningarna.

Studien har naturligtvis begränsningar, kopplade till den metod som har använts. Urvalet av arbetsterapeuter kan vara otillräckligt, min förmåga att upptäcka kan ha styrts utifrån omedvetna uppfattningar och kategoriseringer kan alltid diskuteras. Ambitionen var dock inte att åstadkomma en kvalitativ valid beskrivning av arbetsterapeuternas arbete, detta kräver andra metoder. Syftet med studien har varit att upptäcka hur icke formaliserad bedömning kan skilja sig från den formaliserade traditionen.

REFERENSER

6. Halpern A S, Fuhrer M J (ed): Functional assessment in rehabilitation. London: Paul H. Brookes Publishing Co, 1984.
7. Reed K (1984): Models of practice in occupational therapy. Baltimore, Md: Williams & Wilkins.
9. Law M, Letts L (1989): A critical review of scales of activities of daily living. *Journal of Occupational Therapy*;43:522-528.
10. Thornton G, Rennie H (1988): Activities of daily living: an area of occupational therapy expertise. *Australian Occupational Therapy Journal*;35 (2):49-58.
12. McDowell I, Newell C (1987): Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires. Oxford: Oxford University Press.
14. Österberg D (1989): Tolkande sociologi. Göteborg: Bokförlaget Korpen
17. Schön D A (1987): The Reflective Practitioner: How professionals think in action. New York, Basic Books.
24. Hulter Åsberg K (1990): ADL-trappan. Lund: Studentlitteratur.

Fullständig referenslista kan fås hos författaren.

Se till att du får ditt eget ex av
Socialmedicinsk tidskrift