

Professionskurs ”Yrkesrollen som Specialist”
Specialistutbildningen 2012-2013
PM Specialistföreläsning

Arbetsterapeutisk intervention vid förvärvad hjärnskada: -Syfte, medel och mål

Kristina Sargenius Landahl
Leg Arbetsterapeut, MSc
2013-01-07

Vad är en arbetsterapeutisk intervention? Vem eller vad bestämmer vilken intervention som är den mest optimala för varje patient? Och vad styr egentligen det mål som bestäms för varje patient? Är det patienten, arbetsterapeuten, forskning inom verksamhetsområdet, arbetsterapeutisk facklitteratur eller kanske någon annan faktor som är avgörande?

Aktivitet som mål och medel. Det anses vara det unika med arbetsterapi. I alla fall om man ska tro den arbetsterapeutiska facklitteraturen och det nu rådande paradigmet vi arbetsterapeuter verkar inom. Aktivitetsbaserade interventioner förordas och är också det som lärs ut på dagens lärosäten.

Att aktivitet ska vara vårt interventionsmål och medlet som vi använder för att nå målet härstammar från våra grundantaganden som fastslår följande:

- 1) Meningsfull aktivitet är nödvändig för god hälsa och ett grundkännetecken för mänskligheten,
- 2) Mänsklig aktivitetsutförande förändras för att möta interna och externa krav på individen och
- 3) Aktivitet kan bli strukturerad, manipulerad och använd för att återställa aktivitetsmässiga svårigheter.

Utifrån dessa grundantaganden har begreppsmässiga modeller och teorier utvecklats som hjälper oss att förstå mänsklighet i största allmänhet, människan och dennes aktivitet i synnerlighet och hur mänskligt fungerande och aktivitetsutförande kan förutspås och förändras. Teorierna fastslår att det arbetsterapeutiska interventionsarbetet ska riktas mot den eller de komponenter (fysisk, psykologisk-emotionell, kognitiv-neurologisk, socio-kulturell eller miljömässig) som bedöms hindra nuvarande aktivitetsutförande. Därtill finns det praxismodeller och teorier som ger oss en grundkunskap i hur arbetsterapeuten bör agera för att hjälpa individen förbättra utförandet.

Vid förvärvad hjärnskada kan orsaken till uppkomna aktivitetshinder huvudsakligen härledas till den kognitiva-neurologiska komponenten eftersom skadan resulterar i en nedsatt förmåga att bearbeta och integrera kognitiva, sensoriska och neurologiska stimuli. Arbetsterapeutens interventionsmål blir därför huvudsakligen att minska aktivitetshinder härledda från den kognitiva-neurologiska komponenten. Det finns emellertid ingen mall att följa där varje patient som uppvisar en viss typ av aktivitetshinder alltid ska erbjudas en viss typ av arbetsterapeutisk intervention. Varje patient är unik och en intervention som är lämplig för en viss patient är inte lämplig för en annan trots att deras aktivitetshinder är likartade. Arbetsterapeuten behöver därför för varje ny patient göra en noggrann analys av vilken intervention som är mest lämplig för just denna patient. Detta ger möjlighet till ett fritt och kreativt yrkesutövande men ökar också risken för att valet av intervention och effekten av densamma skiljer sig åt mellan patienter med likartad problematik och förutsättning.

För närvarande skiljer sig bilden av vad som är en arbetsterapeutisk intervention åt mellan arbetsterapeuter. Detta kan bero på att vi är utbildade under olika årtionden och har olika kunskaper och erfarenheter, men också på att vi styrs av den kultur som råder på den lokala arbetsplatsen och av de interventioner som finns tillgängliga där vi arbetar. En av de mer aktuella frågeställningarna inom hjärnskaderehabiliteringen är huruvida en arbetsterapeutisk intervention alltid ska vara aktivitetsbaserad eller om den även kan vara funktionsbaserad när detta bedöms mer effektivt för uppsatt mål. Även åsikterna om vad som faller under aktivitetsträning och vad som hör till funktionsträning går isär. Egentligen kan nämligen görande i aktivitet delas in i tre nivåer:

1. Delaktighet i aktivitet: Aktivitet i dess vidaste bemärkelse. Engagemang i aktiviteter på arbete, lek, fritid, personlig vård och boendenivå.
2. Utförande av aktivitet: Större handlingskomplex som en sammanhängande uppgift består av.
3. Färdigheter i aktivitet: Observerbara, målinriktade handlingar som en människa använder vid utförande av aktivitet. Vi kan urskilja tre olika typer av färdigheter: motoriska färdigheter, processfärdigheter och kommunikations- och interaktionsfärdigheter.

När vi i dagligt tal pratar om funktion menar vi oftast underliggande förmågor som vi använder när vi agerar i världen, till exempel mentala och kognitiva förmågor som minne och planering. I

litteraturen kan detta även kallas för utförandekapacitet. Med tanke på att huvuddelen av den träning som vi med kliniskt språk kallar funktionsträning egentligen består av repetitiv intensiv träning av en viss förmåga såsom greppförmåga, matematisk förmåga, praxisförmåga etcetera är frågan om funktionsträning egentligen är träning av den lägsta nivån av görandet, färdighet i aktivitet, medan aktivitetsträning bedrivs på den mellersta nivån, utförande i aktivitet. I så fall torde den främsta skillnaden mellan aktivitetsträning och funktionsträning vara att utförandekapaciteten antingen tränas i en sammanhängande uppgift (utförande i aktivitet) eller att små observerbara handlingar (färdigheter) lyftes ut från en aktivitet och tränas mer intensivt och separerat från den faktiska aktiviteten. I så fall torde det som i kliniskt tal kallas funktionsträning respektive aktivitetsträning egentligen båda ses som träning i aktivitet fast på olika nivåer. Eller? Vad innebär egentligen aktivitet som mål och medel?

Målet är att aktiviteten ska förbättras. Det är nog alla helt överens om. Medlet för att nå dit torde rimligen vara det som forskningen fastslår är mest effektivt. Det arbetsterapeutiska yrkesutövandet har samstämmt med detta antagande också förändrats under 1900-talet för att möta och internalisera ny kunskap som genererats inom vårt och närliggande ämnesområden. Fram till 1950-talet låg fokus huvudsakligen på att människan mår bra av aktivitet. Därefter började det arbetsterapeutiska interventionsarbetet påverkas av den medicinska utvecklingen och främst fokusera på de förmågor som krävs vid utförande av aktiviteter. Under senare årtionden har fokus legat på interaktionen mellan individ, miljö och aktivitet. Användning av aktivitet anses återigen vara kärnpunkten för att förbättra individens hälsa inom arbetsterapeutiskt yrkesutövande. Arbetsterapeuten förväntas möjliggöra för patienter att engagera sig i aktiviteter genom att modifiera uppgiften eller miljön, tillhandahålla träning i användning av olika tekniska hjälpmedel som kompenserar för förlorad förmåga samt erbjuda rådgivning och problemlösning för att stödja patientens delaktighet i aktivitet utanför kliniken. Arbetsterapeuten uppmuntras i det nu rådande paradigmet att se bortom individens nedsatta förmågor och fundera över hur miljömässiga hinder kan avlägsnas och/eller hur aktiviteten kan modifieras för att möjliggöra att individen i större utsträckning kan delta i nödvändiga och önskade aktiviteter. Utifrån ovanstående borde träning av den lägsta nivån av görande, färdighetsträning, faktiskt inte ses som en arbetsterapeutisk intervention. Detta eftersom patienten under den faktiska träningsituationen inte befinner sig i en regelrätt aktivitet. Men kan vi låta nöja oss med detta? Går ovanstående synsätt hand i hand med den forskning som fokuserar specifikt på rehabilitering av förvärvad hjärnskada? Ger denna forskning stöd för att ovanstående, påtagligt kompensatoriska arbetsätt är det korrekta även när förvärvad hjärnskada är orsaken till aktivitetshindren?

Allt rehabiliteringsarbete som fokuserar på hjärnans förmågor arbetar egentligen med hjärnans plastiska förmåga. Detta är inget nytt för oss som arbetar med denna patientgrupp. När vi till exempel lär patienten att använda ett nytt hjälpmedel används den plastiska förmågan. Utan hjärnans plastisitet skulle vi varken kunna lära oss själva eller våra patienter ny kunskap eller nya färdigheter. Att optimalt utnyttja hjärnans plastiska förmåga för att lära patienten nya sätt att utföra aktiviteter på eller för att få dem hantera ett hjälpmedel har vi arbetat med i flera decennier. Det som är nytt inom neurovetenskapen är att hjärnan med rätt stimulans även kan använda den plastiska förmågan för att återträna förlorad funktion, något man tidigare trodde var omöjligt. Detta har förändrat förutsättningarna för det arbetsterapeutiska yrkesutövandet eftersom det innebär att vårt ansvar nu inte bara ligger på att vidmakthålla förmåga och kompensera för den som gått förlorad utan på att vi nu även ska verka för att förmåga återkommer när detta bedöms möjligt. Och frågan som vi bör ställa oss är om detta kan göras med hjälp av en aktivitetsbaserad intervention.

Forskning visar att vi för att kunna återställa aktivitetsmässiga svårigheter utan att kompensera för dessa måste erbjuda patienten träning som både är intensiv och repetitiv och som dessutom motverkar det spontana kompensatoriska beteende som uppkommer som en naturlig konsekvens av hjärnskadan. Användning av hjärnans friska områden stärker dessa ytterligare på bekostnad av

de skadade områdena vilka minskar ytterligare i omfång. Intensiv användning av de skadade områdena möjliggör istället ökad jämvikt och återkomst av förlorad förmåga.

Vad händer då när vi placerar en patient i ett aktivitetskontext? Kommer de skadade områdena då automatiskt att användas och dessutom tillräckligt intensivt för att en reorganisation ska komma till stånd? Ja det beror naturligtvis på faktorer såsom val av aktivitet, hur denna anpassats för att matcha patientens förmåga och patientens medvetenhet om vad han/hon ska träna på. Om arbetsterapeuten väljer aktivitetsbaserad träning som interventionsmetod är det därför viktigt att han/hon är medveten om risker/hinder såsom:

- 1) Att patienten spontant börjar kompensera för de färdigheter som är nedsatta.
- 2) Att det krävs en noggrann aktivitetsanalys för att välja en aktivitet som ger maximal träning av den nedsatta förmågan.
- 3) Att alla aktiviteter inte går att modifiera så att rätt svårighetsgrad för den nedsatta förmågan uppnås och att vissa nedsättningar är svårare att träna i aktivitet än andra (detta gäller till exempel när patientens kvarvarande förmåga är mycket begränsad).

Vad har vi då för etiska skyldigheter? Detta påverkar naturligtvis både mål och interventionsval. Att göra patienten självständig svarar många. Vikten att bli självständig härstammar emellertid inte, som man lätt kan tro, från de etiska principerna som styr vårt arbete utan är något som är högt värderat främst i västerländsk kultur. Till de etiska principerna hör faktorer såsom patientens rätt till självbestämmande, att vi ska verka för patientens bästa och att vi inte ska utsätta denne för skada. Det är således patientens vilja och mål som ska styra interventionsvalet. Vill patienten bli självständig? I vad och på vilket sätt? Självständighetsbegreppet tas inte heller upp specifikt i vår etiska kod och inte heller i den arbetsterapeutiska processen vilket är intressant eftersom det är en term som används så frekvent i kliniska sammanhang. I den etiska koden framgår det huvudsakligen att arbetsterapeuten skall förebygga risk för nedsatt aktivitetsförmåga, förbättra eller vidmakthålla aktivitetsförmåga samt kompensera om nedsatt aktivitetsförmåga föreligger. Detta förväntas vi enligt den arbetsterapeutiska processen göra genom att 1) Fastställa patientens omedelbara och långsiktiga mål gällande aktivitetsutförande, 2) Utvärdera patientens styrkor och svagheter utifrån funktionsförmåga, miljö och aktivitet, 3) Söka efter evidens för interventioner som minskar begränsningar och maximerar styrkor samt 4) Skapa en klientcentrerad interventionsplan som specificerar valmöjligheter och innehåller möjlighet för patienten att välja behandlingsmetod. Egentligen säger våra grundstadgar således bara att vårt mål ska vara satt på aktivitetsnivå. Vägen dit ska vara evidensbaserad, klientcentrerad, minska begränsningar och maximera styrkor. Det vi vet idag är att träningen måste vara intensiv och repetitiv för att reorganisation i hjärnan och därmed återkomst av förmåga ska ske. Vi vet också att generalisering från funktionsnivå till aktivitetsnivå behöver stimuleras för att uppnådd effekt ska kvarstå. Troligen är därför en kombination av träning på funktions- och aktivitetsnivå det mest optimala och det vi arbetsterapeuter bör stäva efter om vi ska arbeta utifrån nu gällande forskningsläge.

Är vi då där idag? Nej inte helt. För närvarande varierar kunskapen om hur interventionsarbetet ska bedrivas för att hjärnans plastiska förmåga ska utnyttjas optimalt. Tid för nyinläring och evidenssökning är mycket begränsad. Åsikterna om vilket interventionsarbete vi bör bedriva går isär och någon tydlig styrning på klinisknivå eller nationell nivå finns inte idag. Det finns därför ett stort behov av specialistarbetsterapeuter som kan verka för ökad sammanhållning i yrkesgruppen, kvalitetssäkring och kunskapspridning, både på lokal nivå och nationell.

REFERENSLISTA

1. Bartfai A, Hagberg van 't Hooft I, Landahl Sargenius K. Kognitiv träning och psykologiskt stöd. I Wahlund L-O, Nilsson A (Red). Kognitiv Medicin. Norstedts: Slovenien. 2011.
2. Blesedell Crepeau E, Cohn ES, Boyt Schell BA. (Eds). Willard & Spackman's occupational therapy. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, cop. 2009
3. Borg J, Gerdle B, Grimby, G, Stribrant Sunnerhagen K (Red). Rehabiliteringsmedicin: Teori och Praktik. Studentlitteratur Lund. 2006
4. Christiansen CH & Baum CM (Eds). Occupational therapy. Performance, Participation and Well-being. 2005
5. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. Etisk kod för arbetsterapeuter. Globalt Företagstryck AB Stockholm. 2005
6. Haskins EC. Cognitive Rehabilitation Manual: Translating Evidence-based Recommendations into Practice. American Congress of Rehabilitation Medicine. 2012.
7. Kielhofner G, Model of Human Occupation: Teori och Tillämpning. Lund. Studentlitteratur 2012
8. Kielhofner G. Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practise. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis, 2009
9. McColl MA, Law M, Stewart D, Doubt L (Eds). Theoretical Basis of Occupational Therapy: An Annotated Bibliography of Applied Theory in the Professional Literature. Thorofare, NJ: SLACK Inc., cop. 2003