

Arbetsterapiprogram - MS Jönköpings län

Inledning

MS är en sjukdom som påverkar såväl motoriska som sensoriska, psykiska, kognitiva och sociala funktioner. Effektiv rehabilitering inriktad mot personer med MS kräver koordinerade bidrag från många olika specialister. Ett antal yrkesgrupper, bl a arbetsterapeuter, identifieras som centrala för att personer med MS, skall kunna erhålla fullgod rehabilitering (Metodpärm för MS, 2002).

Syfte

Arbetsterapiprogrammets syfte är att beskriva processen, samt utveckla och förbättra kvaliteten avseende arbetsterapeutiska åtgärder. Programmet riktar sig till arbetsterapeuter och övriga personal inom arbetsterapi samt arbetsterapeutstuderande.

Förutsättningar utifrån aktuell patientgrupp

För MS saknas nationella riktlinjer från Socialstyrelsen, det finns dock en metodpärm som är framtagen av expertgruppen för MS i Sverige. Pärmen innefattar specifik behandling, symtomatisk behandling och MS-management där rehabilitering ingår. Arbetsterapeutisk bedömning och intervention beskrivs. Kvalitetsindikatorer på länsnivå är, avseende process, att lokalt vårdprogram finns utarbetat, samt vad gäller struktur att tillgång till paramedicinsk personal med neurologisk inriktning skall finnas (Metodpärm för MS, 2002) .

Den fortsatta redogörelsen i detta arbetsterapiprogram bygger på Världshälsoorganisationens Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) . Mer om ICF finns att läsa via Socialstyrelsens hemsida <http://www.socialstyrelsen.se>

Beskrivning av målgrupp och vårdkedja

Individernas funktionsbegränsning kan vara av sensomotorisk, intellektuell/kognitiv eller emotionell art. Sensomotoriska problem kan vara kraftnedsättning, spasticitet, ataxi, sensibilitetsnedsättning mm. Vanliga intellektuella/kognitiva problem är förlängsammad tankeprocess, svårigheter med abstrakt tänkande, svårigheter att hålla tråden, begränsad simultankapacitet, minnessvårigheter, begränsad informationsbearbetning och problemlösning samt nedsatt spatial förmåga. Många besväras av smärta, trötthet (fatigue) och ökad uttrötthet. Ibland är det svårt att veta vad som är orsak och verkan. Trötthet kan medföra koncentrationssvårigheter, och omvänt.

Det är inte alla personer med MS, som får aktivitetsbegränsning (Metodpärm för MS, 2002).

Vanliga konsekvenser av sjukdomens symtom/hälsotillstånd och funktionsnedsättning är dock en begränsad aktivitetsförmåga inom områdena personlig ADL, instrumentell ADL, fritid och arbete/studier. MS-patienter har signifikant sämre motoriska färdigheter och processfärdigheter, jämfört med friska försökspersoner, avseende I-ADL (Doble, 1994).

Aktivitetsbegränsningen kan ofta relateras till rollförlust, bristande vane- och utförandemönster samt medföra begränsad delaktighet (Fristedt, 2003). Individer med MS upplever svårigheter med aktiviteter inom samtliga områden av dagligt liv (Månsson Lexell, Iwarsson, Lexell, 2006).

Omgivningsfaktorer är viktiga att beakta. Både den sociala och fysiska miljön påverkar individens möjligheter och förmåga att utföra aktiviteter. Såväl den fysiska tillgängligheten som attityder i samhället kan påverka individens aktivitet och delaktighet. Förmåga till coping är en personlig faktor som påverkar individens möjligheter att hantera sin situation, och i förlängningen även livstillfredsställelsen. (Fristedt, 2003).

Målgruppens resurser är bland annat egen vilja och förmåga att sätta mål. Resurser kan även vara kvarvarande funktioner, bibehållen aktivitetsförmåga och delaktighet.

Resurser

Resurser för personer med MS är arbetsterapeuter på olika nivåer inom vårdkedjan i slutenvård, primärvård och kommun. Insatser kan ske via mottagningsbesök, hembesök, dagrehabilitering mm.

Neurologiska rehabiliteringsavdelningen, Geriatrik och Rehabiliteringskliniken, Höglandssjukhuset i Nässjö är länsresurs för rehabilitering av personer med MS. Avdelningen har 12 platser, varav 10 riktas mot neurologisk och 2 mot allmäneriatrik rehabilitering. Den är öppen måndag morgon till fredag eftermiddag. Tonvikten läggs på återkommande träningsperioder för personer som drabbats av MS. Teamets personalresurser är, förutom arbetsterapeut, läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast och kurator. Tillgång finns även till logoped. Samtlig personal har en fördjupad kunskap inom problemområdet. Under rehabiliteringsperioderna är även patienterna ett stöd för varandra. Utbyte av erfarenheter och social kontakt samt gemenskap är ett viktigt tillskott till rehabiliteringen.

Dagrehabilitering för samma patientgrupp bedrivs av teamet två eftermiddagar i veckan för individer från Höglandssjukhusets upptagningsområde. Arbetsterapeut och sjukgymnast arbetar på MS-mottagningen en eftermiddag varannan vecka.

Verksamheten i Nässjö är en rehabiliteringsresurs med syfte att öka eller bibehålla delaktighet, aktivitet och funktion. Den kan också ses som ett komplement till och en förstärkning av de resurser som finns i primärvård och inom kommunernas verksamhet.

Bedömning

Personer med MS kan drabbas av varierande funktions-, aktivitets- och delaktighetsbegränsning. Därmed rekommenderas användning av bedömningsinstrument som kan fånga och belysa komplexiteten i problematiken, till grund för målformulering och val av åtgärd (Månsson Lexell, Iwarsson & Lexell, 2006). Nedanstående bedömningsinstrument kan därmed vara aktuella, se även bilaga 1.

Aktivitet och delaktighet

- Bedömning via observation av ADL-förmåga med hjälp av Sunnaas ADL-index. (Kolsrud, 1986)
- Intervju avseende individens aktivitetsförmåga via ADL-taxonomin. (Sonn, Törnqvist, 1993)
- Bedömning av motorik och processfärdigheter via AMPS - Assessment of Motor and Process Skills. (svensk översättning av Bernspång, 1996) (Fisher, 1995)
- COPM - Canadian Occupational Performance Measure (svensk version) (FSA, 1997)
- IAM -Instrumental Activity Measure. Version 2.1. (Andrén, E., Daving, Y., Grimby, G. (2003) Institutionen för klinisk Neurovetenskap, rehabiliteringsmedicin, Göteborg Universitet.
- PSFS – Patient Specifik Funktionell Skala. Patient-specific Functional scale efter Stratford P et al. Physiother Canada 1995;47:257-63, Chatman AB et al Phys Ther 1997;77:820-9, Westaway M et al. JOSPT 1998;27:331-8. (svensk version, översatt av Chatarina Broberg Göteborgs universitet)
- Andra instrument med teoretisk grund i MoHO, som kan ge fördjupad information kring aktivitet och delaktighet är:
- OCAIRS-S – Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale (svensk version) (Haglund & Henriksson, 1998)
- OPHI -II-S Occupational Performance History Interview (svensk version) (Haglund, Svensspn & Wärnelius, 2000) Kan köpas via Arbetsterapeutprogrammet, Linköpings universitet.

Individens livskvalitets- eller livstillfredsställelse är av stor betydelse. På Neurologiska rehabiliteringsavdelningen, Höglandssjukhuset i Nässjö får patient vid ankomst och vid utskrivning skatta sin hälsoupplevelse enligt Visual Analog Scale, VAS 1-10, 10 = bästa möjliga hälsoupplevelse.

Funktion

- Grippit Handkraftmätare
- 9-hole-peg test
- Arbetsterapeutisk bedömning av djupa, bakre, främre kognitiva funktioner (DBF) (Hamlin, Häger 1999).

Mål för arbetsterapeutisk intervention

Den arbetsterapeutiska behandlingens mål är således att bibehålla eller öka aktivitetsförmågan, och därmed öka individens livstillfredsställelse. Aktuella aktivitetsområden är personlig ADL, instrumentell ADL, fritid och i vissa fall arbete.

Interventionen syftar till att nå mål som formulerats gemensamt med patienten. Målformulering kan struktureras med hjälp av PSFS.

Arbetsterapeutisk intervention

Som övergripande teoretisk grund används Model of Human Occupation (MoHO). Teorin presenterar en tankemodell angående aktivitet och begränsad aktivitetsförmåga, orsakad av sjukdom, skada eller andra faktorer. MoHO beskriver människans förmåga till aktivitet, samt hur uppgiften och sammanhanget bestämmer och formar aktivitetsutförandet. Ett positivt utbyte mellan individen, miljö och uppgift främjar aktivitetsförmågan (Kielhofner, 2008).

Åtgärdernas inriktning kan vara återställande eller kompensatoriska. Återställande åtgärder syftar till att återställa kroppsfunktioner eller färdigheter. Detta innebär aktivitetsträning eller funktionsträning av t ex sensomotorik eller kognition. Kompensatoriska åtgärder syftar till att individen lär sig nya tekniker eller använder hjälpmedel för att utföra en aktivitet på ett effektivare sätt. Kompensatorisk träning sker i aktivitet. Kompensatorisk träning kan även innebära anpassning av fysisk och social miljö/omgivning. Dessa principer appliceras i relation till individens aktivitetsutförande och aktivitetsmål inom personlig och instrumentell ADL, fritid och arbete (Fisher, 1998; FSA, 2007).

Funktions- aktivitets- och delaktighetsbegränsning kan, som sagt, variera till art och förekomst från individ till individ. Detta innebär att arbetsterapeutiska åtgärder kan krävas inom alla nivåer och komponenter enligt ICF. Fokus för de arbetsterapeutiska insatser är dock aktivitet och delaktighet. Åtgärderna bör därmed i största möjliga utsträckning riktas mot dessa områden, oavsett funktionsbegränsningens art. Träning via vardagliga aktiviteter som är meningsfulla och har ett syfte för patienten är mest effektiva för att uppnå förändring. Det är lättare för individen att omsätta interventionen till sin vardagliga situation utifrån detta fokus (Fisher, 1998; FSA, 2007). Nedan följer en beskrivning av några åtgärdsområden som kan vara aktuella för målgruppen:

Aktivitet och delaktighet

Utgångspunkten är de aktiviteter som personen har behov av och önskar utföra i relation till de mål som formulerats tillsammans med patienten. Intervention i enlighet med detta, bör inledas så snart en individ upplever begränsad aktivitetsförmåga och delaktighet.

- Många MS-patienter upplever fatigue (trötthet), som ett stort och begränsande problem. Åtgärderna för personer med fatigue bör riktas mot energibesparande åtgärder. Energibesparande åtgärder kan bl a innebära följande: använda ergonomiska och biomekaniska principer vid aktivitetsutförandet (arbetshöjd, alternativa arbetsställningar, hävarmar, minska friktion mm)
- planera sin dag
- fundera ut lösningen innan problem uppstår
- vila innan fatigue uppkommer
- lära känna sin kropp och sin förmåga, så att en lämplig balans mellan aktivitet och vila kan uppnås
- arbeta sittande
- plocka fram materiel inför aktivitet
- använda hushållsmaskiner och andra hjälpmedel
- använda lätta föremål
- arbeta med tyngdkraften, ej emot
- ta bort onödiga arbetsmoment
- sova tillräckligt
- fokusera på en eller få saker i taget
- om möjligt fördela arbetsuppgifter inom hushållet eller be om hjälp

Dessa principer kan användas i relation till samtliga aktivitetsområden. Andra viktiga sätt att reducera fatigue är sänkt temperatur i omgivningen (eftersom värme oftast ökar tröttheten hos personer med MS), samt avslappningsteknik (Silcox, 2003; Cunningham, 2004; Winborg, 2003). I samband med rullstolsutprovning är det viktigt att hänsyn tas till energibesparande och ergonomiska principer i stor utsträckning. Det kan vara av stor vikt för patientens aktivitetsförmåga och delaktighet att ha tillgång till en manuell rullstol och/eller el-rullstol, för att kunna vara aktiv tillsammans med familj och vänner t ex under fritid. Att börja använda rullstol är ofta emotionellt påfrestande för individen och deras närstående, då den uppfattas som en symbol för beroende och avgörande försämring (Silcox, 2003). Hänsyn till detta bör tas vid utprovning.

Om möjlighet saknas att genomföra träning i reell miljö och konkreta aktiviteter, kan angelägna problem diskuteras. Detta kan vara fallet i samband med vissa fritidsaktiviteter. Utifrån analys av nuvarande och tidigare aktiviteter samt förmåga kan diskussion ske. Patienten kan därmed ges råd och konkret hjälp för att utveckla sina fritidsaktiviteter. Dessa är ofta mycket begränsade, men viktiga speciellt för dem som inte är i arbete. Studier har visat att fritid har ett signifikant samband med upplevelsen av livstillfredsställelse (Bränholm & Erhardsson, 1994). Ibland behövs hjälp att hitta nya fungerande intressen. (Ex. Datorn är för många ett fritidsintresse. Många har svårt att hantera den motoriskt och kan behöva tips och träning för att kunna använda datorn.)

Intellektuella/kognitiva problem kan åtgärdas enligt återställande alternativt kognitiva principer. Eftersom MS är en progressiv sjukdom är det vanligt att använda strategier för att kompensera aktivitetsbegränsningen. Syftet med dessa är att träna in strategier som möjliggör att situationen kan hanteras. Innan lämpliga strategier väljs bör en noggrann analys av problemet göras. Vid minnesproblem kan en kalender med dagens aktuella aktiviteter, och möjlighet att skriva till information vara en hjälp. Detta kräver ofta mycket hjälp från arbetsterapeuten initialt, tills en rutin etablerats. Vid minnesproblem kan olika påminnelse-hjälpmedel såsom checklistor, dagbok, timer, karta, mobiltelefon med timer/alarm mm vara till nytta för individen. En annan strategi kan vara att koncentrera sig på en sak i taget. Reaktionshastighet och koncentration kan underlättas om miljön är så störningsfri som möjligt. Hjälpfulla tips kan vara att stänga av radion, låt barnen leka i ett annat rum, plocka i ordning arbetsredskap innan en ny aktivitet påbörjas. Att ha en dagordning vid möten eller ett flödesschema kan vara en strategi som underlättar vid uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter. Den fysiska miljön i hem och på arbetsplats kan behöva anpassas. Det är viktigt att informera personer i omgivningen, så att deras förståelse underlättas. Därmed motverkas att dem hjälper individen i onödan, samtidigt som deras förmåga att kunna ge stöd ökar (Silcox, 2003).

Information angående sjukdomen och dess konsekvenser ges utifrån individens behov och frågor. På Geriatrik- och Rehabiliteringskliniken hålls regelbundet MS-skola av teamets medlemmar för inläggande patienter.

Funktion

Funktionsträning genomförs då återställande inriktning valts. Syftet är således att förbättra motoriska färdigheter och processfärdigheter, för att åstadkomma ett säkrare eller utökat aktivitetsutförande i enlighet med de behandlingsmål som tidigare beskrivits för arbetsterapi. Funktionsträning kan bl a ske via:

- aktiviteter utifrån patientens intresse.
- spel, handträningsdeg och redskap mm som tränar handens motorik och/eller handstyrka.
- träningsprogram med aktiva rörelser för arm och hand.
- dator för att träna kognitiva funktioner (koncentration, uppmärksamhet, minne, reaktionshastighet) och koordination mm.
- kognitiv funktionsträning via sällskapsspel.
- ståträning i ståbord
- ortostillverkning-/utprovning kan ske för att motverka kontrakturer samt minska risk för smärta.
- instruktion om spasticitetsreducerat utförande vid vardagliga aktiviteter.

Kontakt bör tas vid behov med kollegor inom slutenvård, primärvård och kommun, för överrapportering till nästa instans i vårdkedjan.

Resultat och utvärdering av arbetsterapeutisk intervention

Utvärdering sker efter avslutad åtgärd, via de instrument som användes initialt vid bedömning/utredning. Patienten bör även tillfrågas om sin upplevelse av arbetsterapeutens åtgärder, effekt av åtgärd, vad som borde göras annorlunda, förväntningar inför framtiden osv. Resultaten och individens upplevelse noteras i journal. Ansvarig för utvärderingen är arbetsterapeut.

Utveckling / förbättring av arbetsterapeutisk intervention

Forskning pågår inom ämnesområdet, och det är viktigt att årligen uppdatera detta program i enlighet med ny evidens. Vidare kan utveckling av den arbetsterapeutiska processen ske via:

- engagemang i nationella nätverk för MS exempelvis MS-forum.
- fortsätta utveckla samarbetet med arbetsterapeuter inom liknande verksamhet.
- fortsätta utveckla samarbetet med arbetsterapeuter i landstinget och länets kommuner.
- Ökat fokus på intervention i praktiskt aktivitetsutförande och utbildning.
- Marknadsföra arbetsterapi vid MS så att fler patienter får tillgång till den behandling vi kan erbjuda.

Referenser

- Andrén, E., Daving, Y., Grimby, Y. (2003) Version 2.1. Instrumental Activity Measure IAM. Institutionen för klinisk Neurovetenskap, rehabiliteringsmedicin, Göteborg Universitet.
- Bränholm I-B, Erhardsson M. (1994). On Life Satisfaction and Activity Preferences in Subjects with Multiple Sclerosis: A Comparative Study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 1:17-23.
- Cunningham, A. (2004) Fatigue vid MS – möjlig att bemästra. Aventis Pharma.
- Fisher A G. (1995). Bedömning av motoriska färdigheter och processfärdigheter. Fort Collins, Colorado: Three Star Press.
- Fisher A G. (1998). Uniting Practice and Theory in an Occupational Framework. *The American Journal of Occupational Therapy* 52(7):509-521.
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA). (1992) Etisk kod för arbetsterapeuter. FSA: Stockholm.
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) (2007) FOU-rapport 07 OTIPM: En modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi. FSA: Stockholm.
- Fugl-Meyer A R, Bränholm I-B, Fugl-Meyer K S. (1991). Happiness an Domain-specifik Life Satisfaction in Adult Northern Swedes. *Clin Rehab* 5:25
- Haglund L, Henriksson C. (1998) OCAIRS-S, version 3. (svensk version) Stockholm: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA).
- OPHI -II-S Occupational Performance History Interview (svensk version) (2000) (Haglund, Svensson & Wänelius) Linköping: INR, Avdelningen för Arbetsterapi.
- Keith, RA., Granger, CV., Hamilton, BB., Sherwin, FS. (1987) The Functional Independence Measure - A New Tool for Rehabilitation. In G Eisenberg & R.C Grzeisak (EDS.) *Advances in Clinical Rehabilitation*. New York: Springer.
- Kielhofner G. (2008). *A Model of Human Occupation-Theory and Applications*, Forth Edition. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins.
- Kolsrud, M. (1986). Formidling av ADL-observasjoner og måling av behandlingsresultater. *Ergoterapeuten* (norska) 12/86.
- Månsson Lexell, E., Iwarsson, S., Lexell, J. (2006) The complexity of daily occupations in multiple sclerosis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 13:241-248.
- Silcox, L. (2003). *Occupational Therapy & Multiple Sclerosis*. London and Philadelphia: Whurr Publishers
- Socialstyrelsen (2002) Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF), (svensk översättning) Socialstyrelsen, Stockholm Hämtad 2008-01-30 från <http://www.socialstyrelsen.se>
- Sonn U, Törnqvist K. (1993) ADL-taxonomin - ny version. *Arbetsterapeuten* 1/93.
- Winborg, L. (2003). *Handbok för MS-sjuka*. Järfälla: Schering Nordiska AB