

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund  
www.ergoterapeuten.no



## Temanummer om psykisk helse og rus

Helhjertet og raus, dristig og solid **6** Inngangsporten til motivasjon **12**

Ergoterapeuters plass innen psykisk helse og rusavhengighet **28** Psykisk helsearbeid sett i lys av  
narrativer og mening **54**

# ergoterapeuten

**Redaktør** Else Merete Thyness

**Mobil** 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

**Fagredaktører** Unni Sveen, Sissel Horghagen og Anne-Stine Dolva

## Annonser

Erik Sigurdssøn

**Mobil** 90 03 09 43

erik@addmedia.no

Privatpraktiserende ergoterapeuter kan annonsere for sin virksomhet til 30 prosent avslag.

## Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 2 – 2. april / 30. april

Nr. 3 – 1. juni / 29. juni

Nr. 4 – 1. aug / 31. aug

**Trykkeri** 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

**Design** Fete Typer

**Layout** Else Merete Thyness

## Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

## Norsk Ergoterapeutforbund

**Adresse** Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

**Telefon** 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

## Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

## Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

## Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

## Seniorrådgiver

Anita Engeset

## Seniorrådgiver

Solrun Nygård

## Advokat

Berit Førli

## Controller

Tove Olsen

## Controller

Snorre A. Nergaard

## Sekretær

Kristin Pedersen

## Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Anita Rosmæl, 2. nestleder

Arnfinn Bjørshol

Berit Regine Laiti

Ine Cecilie Ulven

Mariette Elise Gjerde

May Solveig Svendsen

Ragna Gjone

Renate Soggemoen

Tonje Hansen Guldhav

Bjørnar Rovde, 1. varamedlem

Ingelin Mari Rød, 2. varamedlem

Ingrid Helen Smith Halvorsen, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem


Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Kristin Jess-Bakken, varamedlem

Lilly Nerenget, varamedlem

Inger Synnøve Kjos, varamedlem

Blader merket  er medlem av  
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



6



12



32



100

---

#### REPORTASJER

- 6 Helhjertet og raus, dristig og solid**  
Av Else Merete Thyness
- 12 Inngangsporten til motivasjon**  
Av Anne-Lise Aakervik

---

#### NY ARENA

- 16 Ergoterapeut i God dialog-klinikken**  
Av Else Merete Thyness

---

#### KRONIKK

- 18 Hverdagsmestring**  
Av Tove Gundersen

---

#### BRUKERERFARING

- 20 Erfaring som kvalifikasjon, arbeid som medisin**  
Av Anne Helene Vedlog

---

#### FORBUNDET

- 24 Hva tjener en ergoterapeut?**  
Av Brit-Toril Lundt
- 25 Bli ergoterapispesialist**  
Av Anita Engeset
- 26 Unngå frostskafer**  
Av Roar Hagen

---

#### FAGLIG

- 28 Ergoterapeuters plass innen psykisk helse og rusavhengighet**  
Av Solrun Nygård
- 32 Retten til aktivitet og deltakelse**  
Av Nils Erik Ness
- 38 Hvordan bruke trykkeri og kafédrift metodisk for å fremme aktivitet, deltakelse og mestring?**  
Av Cecilia Celo, Anita Wang, Stine Lund, Camilla Aadland, Henriette Tuer Lund og Amina Louragli
- 48 Tilfredshet med å delta på et klubbhus for personer med psykisk sykdom**  
Av Tore Bonsaksen, Orsolya R. Fekete og Hege Nordli
- 54 Psykisk helsearbeid sett i lys av aktivitet og narrativ mening**  
Av Sissel Alsaker
- 62 Parenthood and eating disorders**  
Av Trine Tetlie Eik-Nes
- 70 Sansestimulerende produkter**  
Av Tone Torgersen og Hilde Kristin A. Aam

- 82 Aktivitet – ergoterapeuters sentrale bidrag til miljøterapi**  
Av Tore Bonsaksen, Trine Marie Sandberg og Mikaela Söreskog og Brian Ellingha

---

#### AKTUELT

- 92 Bruk av felles ergoterapeutiske kartleggingsverktøy**  
Av Anita Rosmæl
- 96 Medikamentfritt behandlingstilbud**  
Av May-Britt Klaudiussen
- 98 Brukermedvirkning, brukererfaring og velferdsteknologi i psykisk helse og rus**  
Av Mats Berntsen

---

#### PÅ DE SISTE SIDENE

- 100 Et bedre liv - å gå ombord i egen fremtid**  
Av Hilde Norrgrén

---

#### ANNONSER

- 102 Kurs- og stillingsannonser**  
**107 Produktregister**

*Forsidebildet er hentet fra Bergfløtts fotoprojekt «Momentum - en impuls av inspirasjon», et samarbeid mellom Peter Frisk og Glenn-Håvard Sønju.*



# Hverdagsmestring

**Rådet for psykisk helse anbefaler fem hverdagslykkeråd: Knytt bånd, vær aktiv, vær oppmerksom, fortsett å lære og gi. Forskning viser at hva vi gir vår tid, oppmerksomhet og prioritet til, er av stor betydning for hvordan vi har det.**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

**I tillegg viser forskning** at lykke og positivitet smitter. Egen hverdagslykke bidrar til andres lykke, til bedre nærmiljøer og vennskap, til tryggere familier og bedre arbeidsplasser.

Tove Gundersen, generalsekretær i Rådet for psykisk helse, har skrevet kronikken i dette temanummeret om psykisk helse og rus. Overskriften er rett og slett «Hverdagsmestring». Hun skriver at det å mestre hverdagen ikke bare er et mål i seg selv, men også en kilde til god psykisk helse.

Ergoterapeutene er helt på linje med dette. I dokumentet «Dette mener Norsk Ergoterapeutforbund om psykisk helse og rus» står det: *Norsk Ergoterapeutforbund mener at mestring av hverdagen er metoden og målet når utfordringer knyttet til psykisk helse eller ulike former for avhengighet står i veien for hverdagslivet.*

Alle mennesker har en psykisk helse. Ifølge Store medisinske leksikon er en vanlig definisjon av psykisk helse «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte

og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet».

Rus og avhengighet er vide begreper. Bruken av rusmidler er utbredt, og ikke all bruk er misbruk. Generelt kan det sies at rusbruk blir misbruk når bruken av rusmidler går ut over de oppgavene og funksjonene som personen har i familie, arbeid eller samfunn, og når de følelsesmessige båndene mellom mennesker belastes og forstyrres av rusbruk.

Spesielt stor blir utfordringen når rusmisbruket skjer hos mennesker med psykiske utfordringer.

Både psykisk uhelse og rusavhengighet kan komme i veien for å erfare at vi mestrer hverdagen, opplever tilhørighet og mening med tilværelsen. Dette temanummeret handler i all hovedsak om hvordan ergoterapeuter kan bidra til å gjøre hverdagslivet mulig. Ergoterapeuter har kompetanse på å se person, aktivitet og omgivelser i sammenheng. Intervensjonene er ofte en kombinasjon av tiltak knyttet til disse områdene. Dette er det mange gode eksempler på i reportasjene og artiklene i denne utgaven.  
*God lesing!*

# Nå står slaget for dere født etter 1962!



**NILS ERIK  
NESS**  
Forbundsleder

**Pensjon høres kjedelig ut** for 20–30-åringene, men nå avgjør partene i arbeidslivet hva disse årsgruppene skal leve av i de titalls årene etter pensjonsalderen. Levealdersjusteringen av *alderspensjon i folketrygden* ble vedtatt i Stortinget i 2009 med bred politisk enighet. Men Stortinget tok ikke hensyn til alle konsekvensene av ordningen på lengre sikt. Nå ser vi at levealdersjusteringene vil gi store forskjeller mellom årsgrupper og mellom privat og offentlig sektor.

For å oppnå 66 prosent av sluttlønn må en 1983-kulling i offentlig sektor for eksempel arbeide 1,7 år lengre enn samme årskull i privat sektor, og 5,7 år lengre enn de født i 1954. Nå er det altså ikke levealdersjusterin-

gen som diskuteres i år, det er det nok ingen politisk interesse for i Stortinget.

Nå gjelder det forhandling om *offentlig tjenestepensjon* og ordninger som kan kompensere for de uheldige virkningene av levealdersjusteringene. Arbeids- og sosialdepartementet og arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene drøfter nå framtidens pensjonsordning. Unio, som forhandler på vegne av Ergoterapeutene, må sikre en pensjon alle kan leve godt av nå når levealdersjusteringen er innført. Forhandlingene strandet i 2016 fordi arbeidstakerorganisasjonen ikke fikk gjennomslag for kravet om streikerett på ny pensjonsordning. Denne gang er partene enige i at organisasjone-

ne får forankret forslag til avtale blant sine medlemmer. Dermed kan pensjon blir trukket inn i tariffoppgjøret. Dersom en ikke kommer fram til enighet, vil en uholdbar ordning for de yngste arbeidstakerne fortsette. Mye står på spill, og spørsmålene er mange, blant annet temaer som AFP, nye samordningsregler med folketrygden, og om alle år i jobb skal gi pensjonsopptjening.

Det er komplisert. Særlig fordi ulike aldersgrupper får ulike ordninger, og privat og offentlig sektor også har ulike ordninger. Det går ikke an å spørre kollegaer eller venner om hjelp til å forstå. Dere har trolig ikke samme ordning. Hold dere derfor orientert på Unios nettsider om hva som skjer nå i vår!

## CRUX BERGFLØTT BEHANDLINGSSENTER

# HELHJERTET OG RAUS, DRISTIG OG SOLID

**Hanne Paulsen er ergoterapeut og avdelingsleder for Crux Bergfløtt poliklinikk i Drammen, som tilbyr tverrfaglige tjenester til mennesker med schizofreni eller psykoselidelser, og av og til rusproblematikk. I 2015 startet de med IMR-grupper. – Målsettingen er å styrke deltakerens evne til å håndtere egen sykdom, utvikle egne mål for mestring og kunne ta informerte beslutninger om egen behandling, sier Hanne Paulsen.**



Hanne Bringaker og Hanne Paulsen leder IMR-gruppene sammen. Her står pasientenes egne tilfriskningsmål i sentrum.

**C**ruX Bergfløtt behandlingssenter har døgnavdeling i landlige omgivelser i Lier, mens poliklinikken ligger sentralt i Drammen by. Her jobber et tverrfaglig team bestående av to psykiatere, en psykologispesialist, tre psykiatriske sykepleiere og én sekretær, i tillegg til Hanne selv.

– *Crux Bergfløtts grunnverdier er «helhjertet og raus, dristig og solid». Hva legger dere i det?*

– «Helhjertet» betyr at vi skal gå inn for det vi gjør på en ordentlig måte. I «raus» ligger at vi ikke skal være smålige, verken overfor dem vi hjelper eller kolleger. Å være «dristig» er et uttrykk for å tørre å tro på folk og la brukerne få prøve seg ut. «Solid» handler om å være faglig sterke og til å stole på.

For øyeblikket er 150 pasienter innskrevet ved Crux Bergfløtt.

– *Hvordan kan man best mulig inspirere mennesker med psykoselidelser til aktivitet?*

– Vi inspirerer dem best ved å

finne og støtte deres motivasjon og respektere deres valg. La dem styre. De vil ikke la seg motivere av noe de ikke vil, sier Paulsen.

### IMR-GRUPPER

Høsten 2015 startet de opp IMR-grupper for mennesker med alvorlig psykisk uhelse. IMR er forkortelsen for Individuell, Mestring og Recovery og springer ut fra behovet for å integrere evidensbasert behandling i et Recovery-perspektiv. Ambisjonen er å benytte en metode for strukturert behandling av alvorlige psykiske lidelser som samtidig ivaretar individualisering av behandlingsmålene.

I dag har poliklinikken ti IMR-grupper. Hver gruppe har mellom fire og seks deltakere som møtes én gang i uka, i én time, i et og et halvt år. Den ledes av to IMR-terapeuter. En av disse er Hanne, den andre er psykiatrisk sykepleier Hanne Bringaker.

– Opplegget er basert på elleve moduler som tar opp temaer



*Crux Bergfløtt poliklinikk ligger midt i Drammen sentrum.*

som stress og sårbarhet, hvordan redusere tilbakefall, bruk av medisiner, hvordan bygge sosial støtte og mestrings- og ikke minst tilfriskningsstrategier, sier Paulsen.

Helt sentralt i IMR-modellen er at gruppedeltakerne setter opp egne mål.

- Hele den første modulen jobber vi med å identifisere konkrete og målbare tilfriskningsmål. Da går vi gjennom de områdene i livet som brukerne ikke er fornøyde med, som skole, hjem og aktiviteter. Målene kan være alt fra å flytte, komme seg i jobb, begynne med trening eller å slutte å røyke. Poenget er at det er deres mål, ikke vårt. Samtidig underviser vi i temaer om tilfriskning: Hva kan du gjøre for å få et bedre liv?

Som eksempel forteller hun at en av brukernes mål var å få én venn som han skulle snakke med én gang i uken.

- Da diskuterte vi i gruppen hva det vil si å selv være en venn, og hvor man kan treffe en venn, sier Paulsen.

Alle mål brytes ned i delmål, som i dette tilfellet kan være å trene på small-talk eller kle seg bedre. Delmålene brytes igjen ned til ukentlige steg som deltakerne får i hjemmelektse fra uke til uke. For eksempel kan det være et steg å nikke eller smile til folk på gaten.

Et annet eksempel er en pasient som hadde falt ut av videregående skole, men som nå ville prøve seg igjen.

- Her satte vi som delmål å begynne på JMO (jobbmentrende oppfølging), som er et tiltak gjennom NAV. Det ga ham trening i å stå opp i tide og ta bussen til Fretex. Da han følte seg trygg nok, begynte han på skolen, og har nå gjennomført et og et halvt år. Han er et godt eksempel på en som har vært syk lenge, men som har fått til å gjøre noe han virkelig ønsket seg.

**FØLGER EN HELT BESTEMT MAL**  
IMR er utviklet i USA og følger en helt bestemt mal med detaljert

### **CRUX BERGFLØTT**

CRUX Bergfløtt behandlingssenter gir tilbud til mennesker med schizofreni og psykoseproblematikk. Virksomheten er en del av stiftelsen CRUX, som er en ideell, diakonal og landsdekkende stiftelse. Gjennom en oppdragsavtale mellom stiftelsen og Helse Sør-Øst RHF er de en del av det samlede psykiatriske spesialisthelsetjenestetilbudet i regionen.





- Her er vi på toppen av Galdhøpiggen i Jotunheimen, forteller Peter. Foto: Glenn-Håvard Sønju

beskrivelse av oppbyggingen av en time.

- Det er en klar struktur i gruppene, slik at selv lavt fungerende mennesker har en følelse av kontroll. Først er det velkomst, så går vi gjennom hjemmeoppgavene og blir enige om nye steg. Deretter er det 30-minutters undervisning i temaer som følger modulen. IMR handler mye om å tilføre pasientene kunnskap, sier Paulsen.

I modul to, som handler om informasjon om psykiske lidelser, går de gjennom diagnoser som depresjon og schizofreni.

- Overraskende mange sier at de aldri har hørt om dette før. Sannsynligvis har de ikke klart å ta inn informasjonen da de første gang ble syke og fikk informasjon. Poenget med undervisningen er også å spre håp.

I gamle dager handlet det om å først bli symptomfri, og deretter kunne brukeren sette seg mål. Nå handler det om å lære seg å leve med symptomene. IMR er et helt konkret verktøy for å heve funksjonsnivået.

#### **BYGGE GODE RELASJONER**

Crux Bergfløtt har avtale med Helse Sør-Øst, og pasientene blir henvist fra fastleger, psykologer, psykiatere, DPS og andre foretak innen spesialisthelsetjenesten. - *Hvilke andre behandlingstilbud har dere ved poliklinikken?*

- En fellesnevner er å bygge gode relasjoner og gi pasientene den tiden de trenger. Videre er vi opptatt av aktivitet, så alle kan delta i ulike dagtilbud, som sosial treningsgruppe, fysisk trening og ballspill. Mange av de som kom-

mer hit, er i jobbmestrende oppfølging, så da samarbeider vi med NAV rundt det. En del av våre pasienter bor i omsorgsboliger. Hvis de er for dårlige til å komme hit, drar vi på hjemmebesøk.

#### **DØGNHETEN**

Crux Bergfløtt døgnavdeling ligger i Lier. Avdelingen har tolv plasser for utredning og behandling av unge mennesker med schizofreni og psykoseproblematikk. I tillegg har de to brukerstyrte plasser. Varigheten på et opphold er i gjennomsnitt cirka seks måneder, men dette varierer. Noen kan være et år eller mer hvis det er behov for det. Alle får utarbeidet en individuell, helhetlig behandlingsplan med egne målsettinger, og det legges stor vekt på å gi pasienten innflytelse på





Hanne Paulsen, Brita Vethe og Marit Arnestad utenfor Crux Bergfløtt døgnavdeling.

behandlingsprosessen ut fra egne forutsetninger.

Brita Vethe er virksomhetsleder.

- *Hvordan jobber dere for støtte opp om aktivitet, mestring og et meningsfullt liv?*

- Mye av arbeidet vårt handler nettopp om å stryke mestringsfølelsen gjennom ulike typer aktiviteter. Vi har både idrettspedagog og musikkterapeut ansatt, men vi spiller også på de andre ressursene i personalgruppa. Aktivitetene er varierte, som funksjonstrening, undervisning, friluftsliv, trening og å være med i en opera. Beboerne er forskjellige og har ulike behov, men alle får til noe. «Det finnes alltid muligheter», er et utsagn som går igjen her på Bergfløtt, svarer Vethe.

Hun forteller at de gjerne ansetter tidligere pasienter til faste

oppdrag, som de så får betalt for.

- Vi forsøker å gjøre ting litt annerledes og være litt dristige, sier hun.

### QIGONG PÅ BERGFLØTT

Peter Frisk har holdt flere Qigong-grupper for pasienter og personalet i på Bergfløtt. Hans interesse for de kinesiske puste- og bevegelsesteknikkene strekker seg langt tilbake i tid.

- Jeg har lenge hatt en komplisert fysisk sykdom. Det fikk meg til å begynne med Qigong, som er kjent for å kunne styrke kroppens egne selvhelbredende egenskaper.

Til tross for stor egeninnsats endte det likevel med sykehusinnleggelse.

- Et halvt år med slanger ut og inn av kroppen og sterk smerte-

stillende medisin satte sine spor, forteller han.

Da han kom ut av sykehuset, gikk han på en psykisk smell. Han følte seg tom. Til slutt var problemene blitt så store at han fikk plass på Bergfløtt døgnavdeling.

- Det var en rik opplevelse. Vi jobbet mye med å få hverdagen på plass igjen.

Nå fikk han også tid til å ta opp igjen Qigongen, som han ikke hadde fått praktisert i perioden med fysisk sykdom.

- Det vakte interesse, både blant de andre pasientene og personalet, forteller han.

Det skulle vise seg at han også delte sin interesse for fotografi med idrettspedagogen på Bergfløtt, Glenn-Håvard Sønju. En dag de var på tur ute, fikk de en tanke om å kombinere naturbilder



*Peter er glad i å være ute i naturen. Dette er bildet som startet fotoprojektet Momentum – En impuls i inspirasjon. – Glenn-Håvard hadde lyst til å ha et menneske med i det fine motivet av Drammensfjorden. Det var helt naturlig for meg å gjøre en Qigong bevegelse, sier Peter. Foto: Glenn-Håvard Sønju*

og Qigong. Den ideen er nå blitt manifestert i en fotobok. Den ble påbegynt mens Peter ennå var innskrevet, og avsluttet da han var ferdig med behandlingen

Senere har Peter altså vært tilbake på Bergfløtt, både på poliklinikken og på døgnavdelingen, og holdt egne grupper i Qigong.

– Det var veldig fint å få gode tilbakemeldinger for bidraget mitt. Jeg liker å lære bort Qigong. Kanskje jeg starter opp nye grupper her jeg bor nå, sier Peter Frisk.

### **STEMMENE I HODET**

Brita Vethe forteller om et annet spennende prosjekt de har vært involvert i, «Stemmene i hodet». Programserien, som ble vist på NRK, ga et innblikk i hvordan det er å leve med en schizofrenidiagnose gjennom å følge tre unge mennesker som var innlagt på Bergfløtt. Disse tre ønsket å bidra

til mindre stigmatisering av psykiske lidelser.

– Vi diskuterte nøye om vi skulle være med. Vi så mange mulige problemer, ikke minst det å eksponere tre sårbare mennesker, men det gikk veldig bra.

– Prosjektet besto av to faser, utdypet avdelingsleder for døgnavdelingen Marit Arnestad.

– Den første fasen varte i et år da produksjonsselskapet filmet her med jevne mellomrom. Det var spennende, men også slitomt. En kreativ prosess har en veldig annerledes rytme enn en veldig annerledes rytme enn en døgnavdeling, og det gjør noe med deg når folk går omkring med filmkamera og mikrofoner.

Hun forteller at fase to startet da filmen ble vist på NRK, et og et halvt år etter at opptakene var avsluttet.

– Det var viktig for oss å ivareta hovedpersonene, og de fikk tilbud om å være her mens serien

gikk på TV. I starten var det litt overraskende for dem med all den positive oppmerksomheten de fikk. Senere fikk de mange tilbud om å delta på konferanser og holde foredrag. Da veiledet vi dem i å balansere eksponering og skjerming. Alle tre sier at det å være med på TV-serien har bidratt til å økt selvinnsikt og mestringfølelse, sier Arnestad.

– Har TV-serien vært med på å bygge ned fordommer blant folk om det å ha en psykisk lidelse?

– Ja, det er den tilbakemeldingen vi får. Klipp fra serien brukes både i lege- og sykepleierutdanningen, og Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykosere (SEPREP) planlegger å bruke deler av serien til undervisningsvideoer. Men også naboene som vi møter på butikken like ved her, har sagt at de nå forstår lettere hvordan det er å ha en psykose, svarer Marit Arnestad.





Noen av de som var involvert i «stemmene i hodet» ble invitert til Stortinget av Torgeir Michaelsen i helse- og omsorgskomiteen. Han ønsket en samtale om tilbudet innen psykisk helse. På bildet ser vi fra venstre: Gunhild Asting, regissør for Stemmene i hodet; Brita Vethe, virksomhetsleder ved Crux Bergfløtt behandlingssenter; Marit Arnestad, avdelingsleder ved Crux Bergfløtt behandlingssenter; Benjamin Solvang, medvirkende i Stemmene i hodet; Torgeir Michelsen, AP; Maria Lie, medvirkende i Stemmene i hodet; to ansatte i helse- og omsorgskomiteen.



# INNGANGSPORTEN TIL MOTIVASJON

**Ergoterapeut Hugo Werner Holmboe finner som oftest pasientenes motivasjon til å slutte med rus gjennom å spørre hva som er det viktigste i livet deres.**



*Hugo Werner Holmboe og kollega Pål Marius Olstad. – Spesielt kartleggingsverktøyet COPM ser ut til å hjelpe pasienten videre i hverdagen, sier Olstad.*

Det er stille på poliklinikken for rus og avhengighet denne formiddagen, men bak de mange kontordørene foregår det lavmælte samtaler. Poliklinikk er bindeleddet i all behandling ved Klinik for rus- og avhengighetsmedisin på St. Olavs hospital. Pasientene kan også bli henvist til døgnbehandling og dagbehandling (grupper og treningspoliklinikk) på klinikken, før man går tilbake til poliklinikk igjen fram til behandlingsforløpet er ferdig.

Hit kommer alle typer rusavhengige, inkludert legemiddelasistert rehabilitering (LAR) og spilleavhengige. Det er ofte ikke den typiske misbrukeren med knekk i knærne du finner her. De utgjør en liten gruppe i Norge. Her finner du folk som deg og meg, som er i jobb, har barn og familie – med vanlige liv, og som har mye å miste. Målet for denne gruppen er å mestre hverdagslivet. Få tilbake jobben, beholde omsorgen for barna og gjøre alle de dagligdagse tingene som utgjør et hverdagsliv.

Hugo Werner Holmboe er eneste ergoterapeut på avdelingen. På lista si har han rundt 35 pasienter.

– For noen kan det være tilstrekkelig med ukentlige, individuelle samtaler på poliklinikken, mens andre må ha et annet be-

handlingsnivå som døgnbehandling, eller et forsterket poliklinisk tilbud med gruppeterapi eller treningspoliklinikk. Uansett er dette ofte årelang behandling med både opp- og nedturer, forteller Holmboe.

Ergoterapifaget er noe han hele tiden har med seg.

– Jeg møter som regel pasienten med spørsmålet «Hva er viktig for deg?» Jeg bruker hverdagsmestringsteknikker for å finne ut hva som motiverer folk. Det er ofte ikke nok bare å fokusere på rusmisbruket, hvis du ikke jobber på flere nivå, som for eksempel å mestre hverdagen. Man kan også snu fokuset og si at den utløsende faktoren for at pasienter har behov for behandling, ikke er rusmisbruket i seg selv, men at noe i hverdagen og livet deres ikke fungerer. Hvis de kunne ruse seg og mestre hverdagen samtidig, skulle jeg tro at de ikke hadde oppsøkt hjelpeapparatet. Jeg tenker at det er slik for de fleste, og da er det desto viktigere å kartlegge hverdagen til pasientene.

## **TVERRFAGLIG TILNÆRMING**

Selv om ergoterapeutens tilnærming hele tiden ligger i bakhodet, er det ikke alltid nok tid til å gjøre slike kartlegginger. Det er mange prosedyrer og retningslinjer som må følges, noe som gjelder for



*Hugo Werner Holmboe er eneste ergoterapeut på poliklinikken for rus og avhengighet ved St. Olavs hospital i Trondheim.*

alle profesjoner på huset. I det store og hele er alle enige om at økonomi, bolig og jobb må være på plass først.

- På mange måter kan man ikke være uenig i det, sier Hugo, men av og til trenger ikke dette å være viktigst for pasienten. På ansvarsgruppemøter er det viktig ikke å miste fokus på hva som er viktig for pasienten, slik at målene som settes, ikke først og fremst kommer fra samarbeidspartnerne.

De som jobber på poliklinikken, er et sterkt tverrfaglig team. Her er barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere, sykepleiere, leger, psykologer og ergoterapeut. De har ukentlig tverrfaglige møter der pasienter diskuteres.

-Der synes jeg at jeg klarer å komme inn med mitt perspektiv. Så selv om jeg er eneste ergoterapeut, blir jeg hørt.

Da han startet på klinikken i 2012, ble han overrasket over å bli

møtt med en genuin interesse for hvordan han som ergoterapeut jobbet med denne pasientgruppen.

- Jeg har hatt internundervisning på klinikken om ergoterapeutens måte å tenke hverdagsmestring på, med gode tilbakemeldinger.

Når vi litt senere møter kollega Pål Marius Olstad, som er barnevernspedagog, sier han: Hugo har en veldig konkret tilnærming til folk, som vi andre kanskje glemmer. Det kan bli mye prat fra oss, mens Hugo er flink til å løfte fram faget sitt og bruke det i behandlingen. Spesielt kartleggingsverktøyet COPM ser ut til å hjelpe pasienten videre i hverdagen.

#### **KARTLEGGINGSMETODIKK**

Hugo benytter gjerne en metodikk som heter COPM (The Canadian Occupational Performance Measure). Dette redskapet er

utviklet av ergoterapeuter og mye brukt i hverdagsrehabilitering. Gjennom denne kartleggingen legger de et løp for pasienten.

- Dette blir pasientens dokument som de skal rapportere på. Og jeg ser at det ofte løfter pasienten opp på et annet nivå i behandlingen. Men på grunn av alt det andre vi også skal gjøre, får jeg ikke benyttet denne metoden så ofte som jeg skulle ønske.

Hugo er gjerne med når enkelte av hans pasienter har møter med for eksempel barnevern og familievernkontor.

- Jeg opplever at ergoterapien har et annet fokus på problematikken enn andre. Hvis en pasient har kommet fram til at samværet med barna er det viktigste, så kan dette være veien til rusfrihet. Det kan være nytteløst å jobbe med noe annet. Meningsfylte aktiviteter i hverdagen bidrar til at pasienten blir rusfri - vel å merke hvis



Finn Olav Aasen (t.v.) og Hugo Werner Holmboe har hatt mange samtaler. – Hugo ga meg troen på at jeg kunne mestre hverdagen min og livet mitt. Dermed trengte jeg ikke rusen.

disse aktivitetene bidrar til at du mestrer hverdagslivet og opplever å få tilbake det som er viktig for deg. Vi vet jo at flere roller i hverdagen kan føre til bedre psykisk helse. Begynner ting å falle på plass her, er det lettere å komme rusmisbruket til livs også.

### STORT FAGLIG FOKUS

Hugo Werner Holmboe har også bidratt inn i Ergoterapeutforbundets innspill til nye pakkeforløp for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Her jobber de for at hverdagsmestringsperspektivet skal bli sterkere og mer synlig. Han sitter i Fagråd for koordinerte tjenester på St. Olavs og får også bidratt med ergoterapi og hverdagsmestring i denne sammenhengen.

- I tillegg samarbeider jeg med smerteklinikken og bruker CPOM her. Denne pasientgruppen ramler ofte mellom to stoler med både avhengighet og smerteproble-

matikk, hvor de tidligere ikke fikk tilstrekkelig behandling. Slik sett har jeg mange mulighetsrom til å jobbe med ergoterapien.

Det er viktig at Ergoterapeutforbundet har økt sitt fokus på rus og psykisk helse. Forskning viser at 15–20 prosent av innleggelseser i somatikken direkte eller indirekte skyldes alkohol. Klinikken gjennomfører nå et pilotprosjekt på somatiske avdelinger for å kartlegge alkoholbruk blant pasientene. Kommer du inn med brukket bein eller hofte, er det ikke rus de tenker på. Men ofte er det det som ligger bak. Her er det store mørketall.

### OPPSIKTSVEKKENDE TRENING

Som nevnt får en del av pasientene også tilbud om trening i forbindelse med behandlingen. De som ligger inne til døgnbehandling må delta, mens de som har poliklinisk behandling, kan få

tilbudet hvis de ønsker det. Da får de tilrettelagt trening og følges opp. Dette gjøres med utgangspunkt i et forskningsprosjekt der man benyttet 4 ganger 4-intervaller. Flere rusmisbrukere er i svært dårlig fysisk forfatning, gjerne 20–30 år eldre fysisk enn de er i alder. Prosjektet viste at etter åtte uker med 4 ganger 4 var de fleste tilbake på sin sanne fysiske alder. Det viste seg altså å ha stor effekt. Og mange har fortsatt i etterkant.

Hugo ser en mulighet i ethvert menneske.

– Å mestre hverdagen er for mange nøkkelen til å komme seg ut av rusen. Derfor er det så viktig å få fram dette. Jeg husker en LAR-pasient som sa at da han møtte meg, hadde han for første gang snakket om det som var viktig for ham. Ikke rus og medisin, men ganske enkelt om hvordan hverdagen er.



## TROEN PÅ HVERDAGEN

Flere år i olje- og gassbransjen med utstrakt reisevirksomhet, stort ansvar og mye stress førte Finn Olav Aasen (57 år) ut i alkoholisering. Fokus på hverdagsmestring ble en del av løsningen.

Finn Olav Aasen tar vennlig imot når vi møter ham på jobb midt i Trondheim sentrum. Kollegaene kjenner historien hans, og sjefen la til rette for at han skulle få skikk på livet og komme tilbake til jobben i olje og gassbransjen.

- Det er dette jeg kan. Jeg har ikke jobbet med noe annet de siste 30 årene, sier Aasen og slår seg ned ved bordet.

Etter befalsutdanning startet han i olje- og gassbransjen på åttitallet. Først som teknisk tegner, siden som prosjektleder med stadig flere oppgaver å håndtere.

- Jeg hadde mye ansvar og fikk gode skussmål. Derfor ble jeg også sendt til utlandet som jobbens representant. Først til England. Dette var jeg stolt over, men jeg kjente ansvaret tyngte. Det var mye å styre, og jeg ville gjøre en god jobb. Det var stressende. En øl i lunsjen på puben var også vanlig. Det måtte jeg bare henge med på. Etter 1,5 år reiste jeg hjem igjen, bare for å få beskjed om at de ville ha meg til Australia. Der ventet enda mer jobb, ansvar, stress og alkohol. Jeg brant vel lyset i begge ender, kan du si, i en lang periode der nede, sier Finn Olav.

## LITE ARBEID

Da han kom hjem igjen, hadde tidene snudd hjemme. Arbeidsgiveren hadde ikke noe interessant å tilby Finn Olav. Det ble fort kjedelig. Han hadde kone og barn, men mistrustselen med jobben ble stadig større. Veien til puben var kort.

- I denne perioden var jeg en lite trivelig person. Jeg endret personlighet og ble vanskelig å ha med å gjøre. Det endte med skilsmisse, og jeg inngikk nye vennskap som ikke var så sunne for meg. I 2004 sluttet jeg også i jobben og startet som konsulent. Veien lå fri inn i et større misbruk.

Han hadde en god CV, så det manglet ikke på jobber. Han reiste og tjente mye penger. Det ble arbeid og drikking i perioder. Det gikk dårlig.

- Etter hvert ble samvittigheten min uholdbar. Foreldrene mine tok affære.

Han la seg frivillig inn på en privat institusjon. Det taklet han så godt at han fikk jobb med å rekruttere andre inn til behandling.

- Jeg syntes ikke at jeg trengte behandling selv, men gjorde det for de andre. Før jeg la meg inn, var jeg helt nede i rennesteinen: ingen penger, ikke noe hus og dårlige venner. Likevel innrømmet jeg ikke at jeg hadde et problem. Jeg fant den riktige innfallsvinkelen til hvordan å bli edru uten å måtte forholde meg til det.

## VÆRE BEST

Likevel var han edru i to år. I løpet av den tiden gikk han tilbake til å jobbe i olje- og gassbransjen igjen, og flyttet til Bergen. Der traff han sin nåværende kone, og til henne har han vært åpen om sine problemer. Så arvet han farmorens hus i Trondheim, der farmor fulgte med på lasset.

- Vi besluttet å flytte til Trondheim og stelle farmor de siste årene. Jobben hadde en avdeling i byen, så det var ikke noe problem. Igjen opplevde jeg ikke å mestre hverdagslivet og forventningene til meg selv. Jeg skulle følge opp farmor, gjøre det godt i jobben, reise og fremstå som vellykket.

Jeg sa ja til altfor mye. Jeg rakk ikke over det jeg ville, med dårlig samvittighet som resultat.

## MENINGSFULLE SAMTALER

En tur på byen med kolleger fikk ham til å begynne å drikke igjen. En øl på pub ble etterfulgt av en flaske sprit hjemme. Etter et kort opphold på Blåkors («det var ikke noe for meg»), fikk han starte på poliklinikken, hvor han møtte Hugo.

- Hugo er den første som har hatt en meningsfull dialog med meg om hvem jeg egentlig er, og hvorfor jeg er det, sier Finn Olav Aasen. Han fikk meg til å se meg selv i et annet perspektiv, og jeg ble utfordret på andre ting enn rusproblemet. Det var ikke det jeg måtte jobbe med, men heller det å mestre hverdagen, ikke si ja til alt, tørre å si nei.

Sammen med Finn Olav foretok Hugo en COPM-kartlegging. Dette ga Finn Olav noe å jobbe etter, og fokuset var ikke på rus, men på hverdagen og jobb.

- Det jeg fikk fra Hugo, kunne jeg jobbe videre med. Det har jeg ikke hatt på samme måte før. Mens jeg tidligere oppfattet alle tilbakemeldinger som kritikk, kan jeg nå se at det ikke er det. Jeg tåler å tape og har et mer avslappet forhold til meg selv. Men jeg tenkte aldri over at han er ergoterapeut.

Hugo og Finn Olav møttes i minst et år før de ble enige om å trappe ned og avslutte møtene.

- Vi hadde mange interessante samtaler, sier Finn Olav, som er veldig glad og takknemlig for at arbeidsgiveren har støttet ham hele tiden. - Nå føler jeg meg ferdig med det. Jeg trenger ikke å snakke om rus heller. Jeg er fullstendig klar over faren. Det blir litt som å holde det kunstig i live.



**NAVN**

Pia Jessen

**STILLING**

Terapeut på God Dialog-klinikken

**HVOR**

Stokmarknes

## Pia Jessen startet God Dialog-klinikken

Av Else Merete Thyness

**- Hvor jobber du?**

- Jeg jobber på God Dialog-klinikken i Stokmarknes.

**- Hva jobber du som?**

- Familie- og nettverksterapeut.

**- Hvor lenge har du hatt jobben?**

- Min mann og jeg startet klinikken for ett år siden.

**- Hvorfor begynte du i denne jobben?**

- Jeg flyttet fra Danmark til Oslo som nyutdannet ergoterapeut i 1980. Hele mitt arbeidsliv har jeg jobbet i spesialisthelsetjenesten for psykisk helse. Fra 1988 jobbet jeg som utviklingsleder og senere enhetsleder ved Vesterålen distriktpsikiatriske senter (VDPS). Etter en tøff endringsprosess fikk jeg sluttpakke, sluttet i oktober 2016 og ble pensjonist.

Jeg har imidlertid fortsatt mye å bidra med rent faglig. Min mann er psykiater. Han sluttet også i det offentlige, og vi valgte å starte egen privat klinikk. Det er et privilegium å kunne bruke vår kompetanse innen et område hvor det er stort behov for tilbud, og hvor vi ikke har noen over oss som skal bestemme hvordan vi skal jobbe.

Inspirasjonen til å starte egen klinikk startet allerede i 1990, da VDPS fikk tilbud om å gjennomføre en toårig utdanning i familie- og nettverksarbeid med professor Tom Andersen (1936–2007) ved Universitetet i Nord-Norge som underviser og veileder. Tom Andersen kom til poliklinikken to arbeidsdager per måned over to år. Dagene ble brukt til undervisning og klinisk arbeid med familier med bruk av behandlingsrom med enveisspeil.

Hans erfaring var at løsningene for personer som hadde psykisk lidelse, lå i samspillet i familien, og hvordan dialogene familiemedlemmene imellom fungerte. Hvilke ord bruker den enkelte på å beskrive situasjonen og problemene? Kan de beskrive situasjonene med andre ord, slik at ordene kan skape et annet perspektiv, og dermed en annen handling? Tom Andersen betonte viktigheten av at alle fikk mulighet til å snakke om det som var viktig for dem, mens de andre hørte på med «store ører». Er det mulig å komme fram til en felles forståelse i familien, slik at de kan fremme sin egenmestring av situasjonen på best måte, og samtidig arbeide sammen og støtte hverandre for å finne nye måter å kommunisere og forholde seg til hverandre på?

I møtene med familier ble det brukt reflekterende prosess. Det var ikke terapeuten som bestemte temaet for samtalen. Det kom

fram i møte med familien eller nettverket, ulikt tradisjonell behandling, hvor det er behandlerne som «behandler», og familiene som «blir behandlet».

Professor Jaakko Seikkula fra Keropudas sykehus i Torneå i Nord-Finland begynte på slutten av 1980-tallet å endre måten å møte mennesker i psykisk krise på. Han hadde de samme erfaringer og tanker om dialogens kraft og betydning som professor Tom Andersen. I familiesamtalene fikk alle muligheten til å uttrykke sin forståelse og sine perspektiver med hensyn til den som var i en psykisk krise. Terapeutene var aktivt opptatt av å prøve å forstå innholdet i psykosen. Kunne det gi noen mening for familiemedlemmene? Alles stemmer var like viktige, og alle stemmer ble hørt. På den måten ble familien aktivt tatt med i behandlingen på en likeverdig måte. Han kalte måten å jobbe på «Åpen dialog».

Vi jobbet over en 15 års periode sammen med Jaakko Seikkula ved VDPS. Tenkningen fra reflekterende prosesser og åpen dialog inspirerte oss. Det var derfor naturlig å legge denne måten å jobbe på til grunn for arbeidet vårt i vår egen klinikk.

**- Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?**

- Vi har tre typer tilbud: *1: Terapi*. Vi gir et terapeutisk behandlingstilbud til mennesker med psykiske og fysiske plager samt sosiale utfordringer. Vi tilbyr individualterapi og par-, familie- eller nettverksterapi. Vi bruker 90 minutter på samtalen og er vanligvis begge til stede. Vi bruker hverandre i reflekterende prosesser.

Vi har en grunnleggende forståelse av at symptomer ikke kan behandles ved å fokusere på

symptomer alene. De er signaler fra kroppen om at noe er i ubalanse i ens liv, enten på det psykologiske, fysiske eller det sosiale plan. Samtidig er det også viktig å se symptomene i relasjon til det livet som er levd, og den livssituasjonen man befinner seg i.

Som et supplement til tradisjonell samtaleterapi (psykodynamisk og kognitiv terapi) i psykisk helsevern bruker vi Åpen dialog. Som terapeuter fokuserer vi i samtalen på pasientens og nettverkets (familie, venner, kolleger) ressurser, også når pasienten og nettverket har store problemer, er i krise eller er rammet av psykisk eller fysisk sykdom. I Åpen dialog er det vesentlig å lære å lytte til hverandre. På den måten kan pasient og nettverk utvikle en felles forståelse for utfordringer de står overfor. Vi oppfordrer derfor pasienten til å invitere med personer fra nettverket som aktive deltakere i noen eller i alle samtaler.

**2: Undervisning.** Vi tilbyr undervisning og kurs til spesialisthelsetjeneste, høyskoler, kommunehelsetjeneste, skoler, næringslivsaktører, institusjoner med mer. Vi kan tilpasse kurs og undervisning som dekker de behovene som måtte være til stede.

**3: Veiledning.** Vi tilbyr:

- klinisk og faglig veiledning til behandlingspersonell, hovedsakelig for direkte pasientrettet arbeid. Målgruppen kan være enkeltpersoner, faggrupper eller tverrfaglige team innen spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste eller private behandlingstilbud.
- veiledning på organisasjons- og systemnivå. Det kan være samarbeidsproblemer, arbeidskonflikt, vanskelige medarbeidersamtaler eller mestring av rolle som leder eller medarbeider.



*Pia Jessen driver God Dialog-klinikken med sin mann i Stokmarknes i Nordland. For mer informasjon se: [www.goddialogklinikken.no](http://www.goddialogklinikken.no)*

Målgruppe kan være enkeltpersoner, faggrupper eller tverrfaglige team i alle typer organisasjoner som bedrifter, skoler og politi.

*Innhold i veiledning:*

- Veiledningen handler om å støtte og utfordre individ og team til å utvikle tanker og perspektiver i det daglige arbeidet.
- I klinisk veiledning kan teamet velge aktuelle problemstillinger. Andre ganger kan teamet ønske å ha fokus på læring innen Åpen dialog, reflekterende prosesser og hvordan det kan brukes i det kliniske arbeidet. Det kan også være kombinasjon av klinisk arbeid og læring.
- Vi veileder også grupper som har lite kjennskap til Åpen dialog, og som har lyst til og interesse av å lære mer. Da bruker vi tid på å veilede i grunnprinsippene.
- Vi bruker ofte hverandre i refleksjon, eller at en av oss leder samtalen med teamet som er involvert og den andre leder refleksjonen.

*Veiledning gis*

- individuelt eller i grupper
- ved personlig fremmøte, på arbeidsplassen eller via telefon/Skype

- lokalt, nasjonalt og internasjonalt

#### **- Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?**

- Den ergoterapeutiske kjernekompetanse om person, aktivitet og omgivelser og samspillet mellom disse har alltid ligget som et viktig grunnlag for utførelsen av de jobbfunksjonene jeg har hatt. Jeg bruker denne grunnleggende tankegangen i måten jeg møter pasienter på, i veiledningen og i undervisningen.

#### **- Er det spennende å jobbe på en utradisjonell og sånn sett nyskapende måte?**

- Ja, det er utrolig spennende å kunne bruke min erfaring og kompetanse på å jobbe med mennesker som er motiverte for endringer i livet.

#### **- Vil du anbefale andre ergoterapeuter å jobbe med det samme?**

- Ja, absolutt. Min utdanning som ergoterapeut har gitt meg mange muligheter for å bruke kompetansen min til å jobbe i stillinger som ikke er lyst ut for ergoterapeut. Jobben på God Dialog-klinikken er den mest meningsfulle og minst stressende jobben jeg har hatt.



# Hverdagsmestring

**Halvparten av oss vil få en psykisk lidelse i løpet av livet. De aller fleste blir friske. Noen må leve med problemer som kommer og går. Det å mestre hverdagen er viktig for alle. Opplevelse av mening og mestring vil variere. Livet er ikke en rett linje for noen av oss.**

Av Tove Gundersen



Tove Gundersen er generalsekretær i Rådet for psykisk helse.

Tankesettet *hverdagsmestring* kan være felles for mange ulike arbeidsformer, og kjennetegnes av at en vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen. Uansett funksjons- og tjenestenivå er hverdagsmestring som overbyggende tankesett viktig. Skal vi lykkes med god omsorg og behandling, forutsetter det tverrfaglig kompetanse både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten.

## KILDE TIL GOD PSYKISK HELSE

Det å mestre hverdagen er et mål i seg selv, men det er også en kilde til god psykisk helse.

Om vi hygger oss med venner en sommerkveld, er på skitur i påskesol, eller sitter fast i trafikken med dårlig tid, påvirker det hvordan vi har det. Forskning viser at hva vi gjør, hva vi vier tid, oppmerksomhet og prioritet til, er av stor betydning for den psykiske helsa. Lykkeforskning har ifølge Folkehelseinstituttet vist at positive følelser har sammenheng med viktige gevinster, som bedre helse, bedre vennskap og

lengre liv. En rekke undersøkelser viser at positive følelser bidrar til å bygge psykiske, sosiale og fysiske ressurser. Positive følelser ser også ut til å viske ut negative helsekonsekvenser av tristhet, uro og bekymring.

For de fleste av oss er det noen områder som har størst betydning for opplevelse av mestring. Det er å ha et sted å bo, meningsfull hverdag, en jobb å gå til og noen å være glad i. Gener, personlighet, økonomi og samfunnsforhold påvirker oss alle, men bestemmer ikke hvordan vi har det.

Hverdagslykke handler både om å ha gode følelser og om å fungere godt. Lykke og positivitet smitter. Forskere har bevist at glede er blant de mest smittsomme tilstandene et menneske kan ha.

En av de mest effektive kildene til egen glede er å glede andre. Dette er det vi kan kalle en vinn-vinn-situasjon. Egen opplevelse av mestring og glede kan bidra til bedre nærmiljøer, vennskap, tryggere familier, bedre skole og arbeidsplasser.



På bakgrunn av forskning anbefaler Rådet for psykisk helse fem hverdagslykkeråd. Å knytte bånd til andre er ett av dem.

### RÅD FOR HVERDAGSLYKKE

Hvordan kan vi få det litt bedre i hverdagen når vi er overveldet av mas, stress, barn, foreldre, jobb, skole og alt vi bare skal og må? Hva kan vi gjøre for å oppleve hverdagsmestring og mest mulig hverdagslykke? På bakgrunn av forskning anbefaler Rådet for psykisk helse fem hverdagslykkeråd.

- **Knytt bånd.** Invester i og bygg relasjoner. Vennskap er vitaminer vi trenger hele livet. De er hjørnesteinene i livet vårt, og ved å utvikle dem beriker vi tilværelsen.
- **Vær oppmerksom.** Vær nysgjerrig og tilstede i øyeblikket. Legg merke til det vakre, det usedvanlige, årstidene som skifter, verden rundt deg.

- **Gi.** Gjør noe hyggelig for en venn eller fremmed. Si takk, smil, gi en hjelpende hånd. Det aller viktigste er å bry seg. Mange i Norge er frivillige, og de fleste erfarer at det å gi gir det dobbelte tilbake.
- **Fortsett å lære.** Prøv noe nytt. Det å lære nye ting gir en følelse av mestring.
- **Vær aktiv.** Sykle eller gå en tur. Alle trenger ikke gå på treningsstudio eller løpe halvmaraton. Mange former for trening og bevegelse gir gode følelser. Fysisk aktivitet påvirker helse. Fysisk og psykisk helse henger sammen.

### SNAKK MED NOEN

Det er klokt å snakke med noen når vi ikke har det bra. Åpenhet

og det å dele er bra i seg selv, og det hjelper omgivelsene til å forstå. Jo tidligere vi ber om hjelp, jo større er sannsynligheten for å få det bedre og oppleve mestring.

Livet er mest hverdager, og derfor er det klokt å investere i gode rutiner og vennskap. De fleste menneskers liv er langt mer kompliserte enn det kan se ut som fra utsiden. Den som sliter kan ha vanskelig for å snakke om de vonde følelsene sine, men vær til stede og vis at du vil hjelpe når og hvis han eller hun ønsker å åpne seg. Vi er alle vår strengeste dommer. Det å si til seg selv at jeg er bra nok, må vi gjøre oftere. Livet har mange muligheter. De gangene livet er skikkelig kjipt, er det smart å tenke at det vil bli bedre, og holde på håpet.

# Erfaring som kvalifikasjon og arbeid som medisin

**Jeg har psykiske helseutfordringer, jeg har en jobb og jeg er utdannet ergoterapeut. Det er mulig å bli friskere og å komme i jobb selv etter langvarig og alvorlig psykisk sykdom. Jeg er overbevist om at arbeid har vært en viktig bedringsfaktor for meg.**

Av Anne Helene Vedlog



Anne Helene Vedlog er ergoterapeut og ansatt som erfaringskonsulent ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen.

Det er forsket mye på arbeidets betydning for god psykisk helse. Jeg vet at mange har samme gode erfaring som meg med å være i jobb. Vi skal bare huske på at mennesker er unike, og trenger unike løsninger.

Som pasient kom jeg i kontakt med psykisk helsevern i år 2000. I 2003 ble jeg uføretrygdet og beskrevet som behandlingsresistent. Men jeg ville jobbe.

Første januar 2009 ble jeg ansatt som erfaringskonsulent i Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen. Jeg begynte i 20 prosent stilling, så ble det 40 prosent. Nå har jeg nådd mitt foreløpige mål, som er å jobbe 50 prosent. Dette var en jobb som var utlyst, og som jeg søkte på ordinær måte. Kvalifikasjonskravet var blant annet erfaring som pasient i psykisk helsevern og helsefaglig bakgrunn. Jeg har begge deler.

## ARBEID SOM BEDRINGSFAKTOR

Det har vært en lang prosess og mye strev for å komme dit jeg er i dag. Er det noe jeg håper på, er det at den kunnskapen jeg har, kan komme til nytte. I den sammenheng har jeg gjort meg opp noen tanker om arbeid som bedringsfaktor ved psykisk sykdom. Arbeid er en velegnet treningsarena, gir grunnlag for selvutvik-

ling, byr på relasjonelle utfordringer, dekker noen grunnleggende behov og er et utmerket arbeidsområde for ergoterapeuter.

På noen områder merkes det ikke at jeg har psykiske utfordringer, på andre områder merkes det i større eller mindre grad. Det varierer også i perioder. Jeg har erkjent at jeg ikke kan bli den jeg var igjen, men jeg kan bli noe annet som også er bra! Jeg er frisk nok til å gjøre en god del ting. God helse er mer enn fravær av sykdom. Å være menneske er å ha begrensninger. Utfordringen er å overvinne eller akseptere dem.

Mye handler om å komme ut av «syk-tilværelsen», gi sykdommen passe mye oppmerksomhet, men også gi plass til å få mest mulig ut av livet. Det er ikke sykdom, men funksjonsnivå som er vesentlig. Det vet vi som er ergoterapeuter. Arbeid fungerer godt som medisin her. Jeg er enig med Arnstein Mykletun (2013), som sier at «arbeid er helsemessig litt bedre enn sitt rykte».

Jeg tror at de som ufrivillig har vært utenfor arbeidslivet, setter ekstra stor pris på å komme i arbeid igjen. Jobb er et sentralt samtaletema i mange sammenhenger. Jeg er så heldig at jeg har en jobb hvor jeg får brukt mine erfaringer som pasient, og opplever at jeg kan bidra med noe. Det





*Å gå på jobb bidrar til at livet dreier seg om mer enn sykdom.*

gir mestringsfølelse. Det kan være utfordrende å jobbe, men i tillegg til å kjenne på begrensninger, får en kjenne på ressurser.

Mange av målene i behandling av psykiske plager er de samme som effekten av arbeid eller sys-setting: økt funksjonsnivå, økt selvtillit og økt livskvalitet.

Å gå på jobb bidrar til at livet dreier seg om mer enn sykdom. Arbeidsplassen er en sosial arena som består av mer enn å utføre arbeidsoppgaver. Tilstelninger som julebord, sommeravslutning, jubileer, lønningstreff, seminarer og andre fellesarrangementer har blitt viktig for meg. Selv det å reise til og fra jobb i rushtiden var en periode hyggelig. Det ga en følelse av å være med. Da jeg i tillegg fikk tjenestekort med snor til å henge rundt halsen, var mye på plass. Tjenestekort rundt halsen har blitt et uoffisielt tegn på at du har en jobb og er samfunnsnyttig.

Det å komme i jobb gir også mer struktur på dagen. Det blir et skille mellom arbeid og fritid. Det

er noe å ha fri fra. Pippi ville begynne på skolen for å få skoleferie.

### **REALISTISKE TILTAK**

Det er viktig ikke å sette grenser for de som vil ut i arbeid, men å hjelpe dem med å finne realistiske tiltak. Det kan være hensiktsmessig å tenke delmål. Lete etter det som gir håp. Tørre å tro at det kan gå bra. En heilagjeng kan være god å ha.

Professor Arnstein Mykletun (2013) går kraftig ut mot sykmelding som behandlingsform. «Sykmelding kan være vanedannende, og kan føre til at terskelen for å komme tilbake i arbeid over tid blir høy».

Det er ulike grunner til at personer med psykiske helseutfordringer har problemer i forhold til yrkesrettet virksomhet. Grunnene er i utgangspunktet like mange som det er personer, selv om det for mange er noen fellestrekk.

Arbeidsgivere kan ha behov for kunnskap om sykdom og konsekvenser for arbeidsforhol-

det. Erfaringsmessig vil kunnskap være positivt, og gjøre det lettere å tilrettelegge best mulig. Det trenger ikke være vond vilje, men uvitenhet, usikkerhet eller redsel for å gjøre noe galt, som gjør at arbeidsgiver handler «feil» og gjør det vanskelig for vedkommende å være i jobb. Samarbeid mellom arbeidstaker, helsepersonell og arbeidsgiver kan være gunstig for mange.

Det eksisterer mange ordninger og hjelpetiltak gjennom NAV, helsevesen og arbeidsliv. Noen har eksistert lenge, noen er nye og andre er forkastet eller gått ut på dato. Utviklingen har gått fra «først behandling, så arbeid», til å tenke «behandling og arbeid samtidig» (Berge & Falkum, 2013). Erik Falkum, overlege og professor, mener at helsevesenet ikke har tatt tilstrekkelig høyde for arbeidets rolle i helseregnskapet. «Som behandlere har vi undervurdert betydningen av arbeid», sier han. Vi har sentrert behandlingen rundt den medisinske og psykolo-

giske aksene, og sett bort fra den sosiale.

Erfaring viser at fokus på arbeid og behandling samtidig øker sannsynligheten for å lykkes i arbeidslivet. Berge og Falkum (2013) nevner flere varianter i sin bok «Se mulighetene – arbeid og psykisk helse». Det er særlig tre varianter som ser lovende ut:

- Jobbmestrende oppfølging (JMO),
- Individuell jobbstøtte (IPS) og
- Raskere tilbake.

Både JMO og IPS er basert på tett samarbeid mellom deltaker, arbeidsplass og helsevesen. Deltakerne har en jobbkonsulent knyttet til seg. Det er mange ergoterapeuter som har disse stillingene. Både IPS og JMO har arbeid i ordinære bedrifter som mål.

NAV er en viktig bidragsyter i dette arbeidet fordi det utløser økonomiske ytelser. Jeg har også møtt ildsjeler og dyktige helsearbeidere på min vei som har gitt god støtte til at jeg er i jobb i dag. Jeg har ikke møtt ergoterapeuter på denne veien, men jeg har på en måte vært min egen ergoterapeut. Jeg tror yrkesbakgrunnen

### LES MER OM JMO, IPS OG RASKERE TILBAKE

JMO, IPS og Raskere tilbake er beskrevet på hjemmesidene til NAV ([www.nav.no](http://www.nav.no)), Helsedirektoratet ([www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)) og Helse Sør-Øst ([www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)).

I tillegg anbefales Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementets «Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse» (2013–2016) og SINTEFs rapport «Evaluering av jobbmestrende oppfølging. Arbeidsrehabilitering for personer med psykoselidelser».

min har gjort noe med tankegangen og motivasjonen min. Jeg vet noe om betydningen av å være i virksomhet og å ha meningsfulle aktiviteter.

### RECOVERY

Recovery-tankegangen passer godt med min forståelse av bedring, hvor det er funksjon, og ikke symptom, som dominerer. William Anthonys har definert Recovery (bedring) på følgende måte:

*Bedring (recovery) er en dypt personlig, unik prosess med forandring av holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et tilfredsstillende, håpefullt og aktivt liv på tross av begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og hensikt med ens liv mens man vokser utover de katastrofale virkninger av psykisk lidelse (Anthony 1993, s. 527).*

Recovery-begrepet har vokst fram som et nytt paradigme i internasjonal forskning og praksis innen psykisk helse. Denne tradisjonen har fokus på bedringsprosesser og på hva det er som gjør at folk kommer seg. Ergoterapeut og professor Marit Borg er en viktig bidragsyter og ressursperson i alt som har med Recovery å gjøre. Et grunnleggende perspektiv er at vi først og fremst er mennesker som lever i en sosial sammenheng, sekundært kan det være at vi har problemer vi strever med, som vi søker hjelp og støtte for (Borg, 2009).

Det er viktig å være klar over at for noen kan arbeid føles så forpliktende eller meningsløst at de blir dårlige av det. Det kan gi nederlagsfølelse, følelse av å være til belastning og ikke strekke til. Min hypotese, som ikke er forskningsbasert, er at dette særlig

gjelder dem som har dårlige eller få erfaringer fra arbeidslivet, eller ikke har et etablert og trygt arbeidsforhold å komme tilbake til.

### ERFARINGSKONSULENT

Å jobbe som erfaringskonsulent har flere viktige momenter. Jeg får brukt dyrekjøpt erfaring som pasient til noe positivt, jeg får være med på å påvirke tjenestene innen psykisk helsefeltet, treffe andre pasienter, og ikke minst får jeg være rollemodell og håpsbærer for andre, både pasienter og helsepersonell.

Brukeransettelse har blitt en felles betegnelse på ansettelse av personer med brukererfaring til oppgaver i helsetjenester i kommuner og helseforetak.

Brukererfaringen skal være en vesentlig grunn til ansettelsen. Kompetansen man er rekruttert på bakgrunn av, skal anvendes i arbeidet og i de oppgavene som tilligger stillingen. En brukersansatt skal være ansatt på bakgrunn av sin erfaringskompetanse, og ikke kun i kraft av fagkompetanse (for eksempel som ergoterapeut).

Det brukes ulike betegnelser på personer som innehar slike stillinger: erfaringskonsulent, medarbeider med brukererfaring og brukersansatt.

En brukersansatt får jobben på lik linje med andre ansatte. Som ved alle ansettelser vil det bli stilt et krav om kompetanse og et sett av forventninger til den funksjonen vedkommende skal utøve. Noen forventninger til en brukersansatt kan være at han eller hun har evne til å ta brukerperspektivet, god systemforståelse, ferdigheter i å bruke den erfaringsbaserte kunnskapen, kan være en god rollemodell for andre og kan omsette erfaring til noe som er relevant for den organisasjonen man jobber i.



# M5 Corpus<sup>®</sup>

Your everywhere drive

Det unike Agile fjærsystemet, samt kraftige motorer gir optimale kjøreegenskaper på krevende underlag. En snørik vinter skal ikke være et hinder for en aktiv tilværelse.

Å være utendørs føles alltid godt og er viktig for oss alle.





# Hva tjener en ergoterapeut?

**Ergoterapeutene gjennomfører årlige lønnsundersøkelser. Til direkte nytte for deg som medlem og våre tillitsvalgte, samt forbundet for øvrig.**

Av Brit-Toril Lundt

Ved en årlig undersøkelse kan vi systematisk følge medlemmenes lønnsutvikling over tid. Lønnsstatistikken er også av interesse for deg som medlem når du får et tilbud om ny jobb, skal fremme lønnskrav eller rett og slett vurdere din egen lønn opp mot andre sammenlignbare stillinger. Tabellene som forteller gjennomsnittslønn i de enkelte tariffområdene og ansiennitetsnivåer, ligger på nettsiden vår. Tilgang til statistikken krever innlogging.

## INTERESSANTE FUNN

I tillegg til tabellene som viser gjennomsnittslønn, har vi også gjort noen andre interessante funn. Forhandle lønn ved skifte av jobb! Det lønner seg. 54 prosent har svart positivt på at de forhandlet lønn da de skiftet jobb. Andelen som fikk høyere lønn enn de først ble tilbudt, er stabil. To tredjedeler av dem fikk høyere lønn! Hvordan gikk det med de 46 prosentene som ikke forhandlet lønn, mon tro?

## UTDANNINGSNIVÅ

62 prosent av medlemmene oppgir at de har relevant videreutdanning.

## ARBEIDSTID

83 prosent av medlemmene arbeider fulltid. 17 prosent arbeider deltid. Cirka 30 prosent av dem som arbeider deltid, ønsker å utvide stillingsprosenten. Dette er på omtrent samme nivå som i tidligere år.

10 prosent arbeider skift eller turnus. Her er det en liten økning fra i fjor.

## MIDLERTIDIG ANSATT.

Vi registrerer en liten økning i midlertidige ansettelser. 10 prosent oppgir at de er i midlertidige arbeidsforhold.



Brit-Toril Lundt er forhandlingsjef i Ergoterapeutene.

## SVARPROSENTEN

Undersøkelsen ble sendt ut til alle yrkesaktive medlemmer. Vi hadde en gledelig oppgang i svarprosenten i år. Vi får håpe at denne tendensen fortsetter.

Husk at slike undersøkelser ikke blir bedre enn det dere gjør dem til gjennom å delta. Vi er avhengige av høyest mulig svarprosent hvis lønnsundersøkelsen skal være et egnet verktøy i medlemmenes lønnsarbeid ved skifte av jobb, sentrale og lokale forhandlinger samt andre former for lønnsarbeid.

**minitech**

**Varmehjelpemidler**

**Norges største utvalg av standard og spesialtilpassede varmhjelpemidler.**

Minitech leverer det meste fra hansker, votter til sokker, sko, såler og strømpes med innsyde varmekabler som drives av små, oppladbare batterier. Vår nye teknologi gjør disse hjelpemidlene til de sikreste på markedet.

**minitech**  
Tlf. 62577800 - www.minitech.no

# Bli ergoterapispesialist

Av Anita Engeset

- SØKNADSRIST 15. SEPTEMBER 2018

**En ergoterapispesialist er en ergoterapeut som har avansert kunnskap om ergoterapi og med en styrkning innen spesialistområdet.**

**E**n ergoterapispesialist er en ergoterapeut som har avansert kunnskap om ergoterapi og med en styrkning innen spesialistområdet.

Ergoterapeutenes forbundsinterne spesialistordning omfatter syv spesialistområder; Allmennhelse, Arbeidshelse, Barns helse, Eldres helse, Folkehelse, Psykisk helse og Somatisk helse.

I Ergoterapeutenes spesialistordning er det lagt vekt på at spesialistordningene skal være likeverdige med de sammenlignbare profesjonenes ordninger. Det kreves nå utdanning på masternivå, med en ergoterapifaglig eller relevant tverrfaglig master (120 studiepoeng).

Kandidaten må selv begrunne relevansen av masteren for sitt spesialistområde. Se kriterier på Ergoterapeutenes nettside under «Ergoterapispesialist».

Frem til 31. desember 2020 kan søknader bli behandlet etter de gamle kriteriene. Se kriterier på Ergoterapeutenes nettside under «Overgangsordninger».

For å beholde spesialisttittelen må en hvert syvende år søke om fornyet godkjenning eller regodkjenning. Se kriterier på Ergoterapeutenes nettside under «Regodkjenning Ergoterapispesialist».

**SØKNADSRIST HVERT ÅR ER 15. SEPTEMBER.**

Spørsmål kan rettes til seniorrådgiver Anita Engeset på e-post [ae@ergoterapeutene.org](mailto:ae@ergoterapeutene.org) eller telefon 92408247.

Søknad om godkjenning som ergoterapispesialist skrives på eget skjema, som sendes Norsk Ergoterapeutforbund, Stortingsgata 2, 0158 Oslo, eller via e-post til [post@ergoterapeutene.org](mailto:post@ergoterapeutene.org). Kopi av attester og annen attestert dokumentasjon skal være vedlagt. *Søknadspapirer returneres ikke.*



**10 gode grunner til å bli medlem**

Aktivitet og deltakelse for alle.  
Bli medlem!

ergoterapeutene

# Unngå frostskafer

**Kong Vinter har for alvor meldt sin ankomst med minusgrader og frost over store deler av landet. Når gradestokken kryper under nullpunktet, er det viktig å passe på vannrørene.**

Av Roar Hagen

**S**iden 2010 har forsikringsbransjen utbetalt nærmere to milliarder kroner i erstatning for skader knyttet til frost, viser tall Tryg Forsikring har innhentet.

– Minusgrader blir fort kostbare. I snitt koster en frostskafe i en privatbolig nærmere 70 000 kroner å utbedre, sier Espen Opedal, Direktør i Tryg Forsikring.

## HUNDREVIS AV MILLIONER HVERT ÅR

Mange av skadene skyldes at boligen ikke er tilstrekkelig oppvarmet. En annen utfordring kan være åpne vinduer i nærheten av vannrør som ikke er isolert. Uansett årsak kan vannskadene bli betydelige. Antall skader varierer fra år til år og har sammenheng med hvor kald vinteren er, og ikke minst hvor lenge kuldegradene regjerer.

I 2010 var det en ekstraordinær vinter med lite snø og lange kuldeperioder. Det ble meldt inn hele 13 221 skader som beløp seg til 872 millioner kroner. I 2016 ble det meldt inn nær 2 500 saker på boliger og næringsbygg som til sammen kostet forsikringselskapene 232 millioner kroner, viser tallene fra Tryg Forsikring.

## KRAV TIL OPPVARMING

Det stilles krav til at boliger skal være tilstrekkelig oppvarmet for å unngå frostskafer, og slurver man med dette og får vannskader, kan man få avkortet et eventuelt erstatningsoppgjør. For hytteeiere er det et absolutt krav om at vannet skal være avstengt når hytta står ubebodd. Det er ikke uvanlig å oppleve strømbrudd i løpet av vinteren, og i noen tilfeller kan disse vare flere dager.

– Er man borte fra boligen om vinteren, bør man stenge av vannet før man drar. Det kan spare deg for ubehagelige vannskader, sier Opedal i Tryg Forsikring.



Slik unngår du frostskafer:

- Sjekk kjellervinduer og ventiler. Luft kort og effektivt fremfor å sette vinduer på gløtt.
- Tøm og steng vannet i utendørskranen for vinteren.
- Hold temperaturen over ti grader i oppholdsrom, også når du ikke er hjemme.
- Har du rør i krypkjeller eller på kaldloft? Forhør deg med rørlegger om isolerings- og oppvarmingsløsninger.
- Steng hovedkranen, åpne for eksempel kjøkkenkranen, og tøm rørene for vann dersom du skal reise bort i lengre perioder.
- Frostvæske i vannlåser hindrer frostsprengning og fordampning (tomme vannlåser kan føre til at lukt fra avløpsrøret siver inn i huset).

## FORSIKRINGER

Husk at du som medlem (og ektefelle/samboer) kan benytte dere av Ergoterapeutenes medlemsforsikringer til fordelaktige betingelser. Enten det gjelder innbo- og reiseforsikring, livs- og uføreforsikringer, eller hus- og bilforsikring, kontakt Ergoterapeutenes forsikringskontor på telefon 22 05 99 15. Du kan også lese mer om forsikringstilbudet på [www.ergoterapeutene.org/forsikring](http://www.ergoterapeutene.org/forsikring).



*Espen Opedal er direktør i Tryg Forsikring.*





# TRYKKFRIHET

## STIMULITE® MADRASSER og HEELBOOT

LUFTIG, LETTHÅNDETTERLIG, STADIGT

Nu i Norge og prisforhandlet med NAV:

**Prøv selv! Bestill produkt demonstrasjon eller gratis demoproducter nå!**

Ring 48 50 32 97 eller send en e-post til [julia@rehabshop.com](mailto:julia@rehabshop.com)

**3-SONE Madrass Ekstra Myk**  
Til forebygging eller behandling av fuktskader og trykksår opp till grad 3. Sikker og letthåndterlig i hjemmebruk og omsorgsavdelinger. Bra for følsom hud i cancer- eller palliativ omsorg, ved langtidsbruk

**HEELBOOT hæbeskyttelse**  
Ekstra myk og luftig hæl- og malleol beskyttelse for deg med smerter eller risiko for trykksår. For aktiv og passiv bruk i seng eller rullestol

**GØRAN SJØDÉN'S REHABSHOP NORGE AS**  
Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru  
Tel: 48 50 32 97    [www.rehabshop.as](http://www.rehabshop.as)    [Facebook.com/RehabshopNorge](https://www.facebook.com/RehabshopNorge)



## Ergoterapeutenes FoU-midler 2018

**Ergoterapeutenes støtte til forskning og utvikling (FoU), skal bidra til ergoterapifaglig forskning og utvikling. Støtten kan gis medlemmer i form av arbeidsstipend, dekning av prosjektkostnader eller reisestipend. Forbundsstyret vedtar prioriteringene for tildeling av midler.**

**M**idlene til forskning og fagutvikling 2018 vil spesielt prioritere prosjekter som er knyttet til ergoterapeuters kompetanse innen arbeidsdeltakelse, og å gjøre denne kompetansen kjent og etterspurt.

**Til tildeling:** 400 000 kroner

**Søknadsfrist:** 1. september 2018

Søknad skrives på eget skjema og sendes til [post@ergoterapeutene.org](mailto:post@ergoterapeutene.org).

Les mer [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org)

Ikke medlem enda?  
Meld deg inn!

[ergoterapeutene.org/innmelding](http://ergoterapeutene.org/innmelding)

## STRESSMESTRING

### Lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til **Stressmestringskurset Arbeid og avspenning** 6.-7. mars 2018 på Halvorsbøle.

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder. Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om.

Kurset er godkjent av **Norsk Ergoterapeutforbund** med 16 timer som spesialistspesifikt kurs meritterende til ergoterapispesialist innen Arbeidshelse, Allmennhelse og Psykisk helse.

Pris; kr 3.950,- inkl overnatting på enkeltrom, fullpensjon og kursavgift.

For mer info: [www.fagakademiet.no](http://www.fagakademiet.no) eller [www.acem.no](http://www.acem.no)  
Ring 41 78 64 00 eller 23 11 87 00 for info/påmelding

## BRUK MULIGHETSROMMET!

# Ergoterapeuters plass innen psykisk helse og rusavhengighet

**Mestring av hverdagen er på den politiske agendaen. Ergoterapi må bli en selvsagt del av løsningen for å oppnå dette.**

Av Solrun Nygård



Solrun Nygård er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

## HISTORISK

Ved de store psykiatriske sykehusene var arbeidsstuer ledet av ergoterapeuter, den gang kalt arbeidsterapeuter, et vanlig og verdsatt tilbud. Fra boka «Pionerens fortellinger» (Ergoterapeutenes Seniorforum, 2013) kan vi lese at overlege H. Frøshaug og reservelege T. Sirnes ved Dikemark sykehus i et innlegg i *Arbeidsterapeuten* i 1962 skriver: «Den store interesse for arbeidsterapien i våre dager er delvis kommet som en reaksjon på tidligere tiders overdrevne tro på hvile, avlastning og skåning som et universalmiddel ved de forskjellige former for sinnslidelser». Videre at «Bare noen få pasienter blir på en medikamentkur alene kjekke nok til å kunne gå tilbake til sitt tidligere arbeid ute i samfunnet. De fleste trenger i tillegg og samtidig med den medikamentelle behandlingen, psykoterapi, individuelt og i grupper, miljøterapi og arbeidsterapi.»

Antallet døgnplasser i psykiatriske institusjoner nådde sitt toppunkt i 1973 (Pionerens fortellinger) «Den faglige utviklingen innenfor psykiatrien, nye medikamenter og behandlingsmetoder trakk i retning av mer behand-

lingsorientert psykiatri. Gradvis mistet de psykiatriske institusjoner mye av sitt preg som totale institusjoner. Nedbyggingen av de tradisjonelle institusjonsplasser i psykiatrien startet på begynnelsen av 1970-tallet». Mange «arbeidsstuer» ble borte, og flere ergoterapeutstillinger forsvant med disse.

## STATUS I DAG

Fra 2012 til 2016 har totale kostnader til psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) økt om lag tre prosent utover prisveksten i perioden. Kostnadsveksten gjelder i særlig grad rusbehandling, der behandlingstilbudet i helseforetakene bygges opp og bruken av private døgnplasser øker, men også i psykisk helsevern for barn og unge har ressurstilgangen økt. I psykisk helsevern for voksne ble imidlertid de behandlingsrelaterte kostnadene redusert fra 2012 til 2016. Nedgangen er i særlig grad knyttet til nedbygging av døgnavdelinger i sykehusene med omfordeling av ressurser til de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) og overgang til poliklinikkbaserte tjenestetilbud (Helsedirektoratets analysenotat 18/17:

Samdata spesialisthelsetjenesten).

Med færre senger og kortere liggetid er også innholdet i tilbudet på døgnavdelinger endret. Hovedfokus er spesialisert medisinsk utredning og behandling. Det er en ønsket politisk utvikling at mer av tjenestene skal flyttes ut til kommunene, der folk bor. Kommunene skal gi lavterskeltilbud for å forhindre utvikling av sykdom og gjøre det mulig å mestre livet i egen bolig.

Ergoterapeutene har ingen god statistikk over utviklingen i antall stillinger for ergoterapeuter, verken innen spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Situasjonen innen spesialisthelsetjenesten varierer. Noen steder er ergoterapeutstillingene opprettholdt, andre steder er stillinger fjernet eller omgjort til miljøterapeutstillinger. Tilbudet innen psykisk helsevern og rusavhengighet i kommunehelsetjenesten er ofte medisinsk oppfølging, støttesamtaler, dagtilbud og bolig. Få kommuner etterspør ergoterapeut spesielt, kanskje fordi vår profesjon i kommunene i stor grad er assosiert med tekniske hjelpemidler og boligendringer. At hjelpemidler kun er et middel for å oppnå hverdagsmestring, for å kunne delta i samfunnet, er ikke godt nok kommunisert. Det er dessverre enda mange politikere og sentrale personer i administrasjon og ledelse som ikke kjenner til at vår kompetanse på aktivitet og deltakelse gjelder alle brukergrupper, også innen psykisk helsevern eller rusavhengighet.

Spesialist- og kommunehelsetjenestene er i endring. Det er behov for å synliggjøre behovet for ergoterapeuters kompetanse.

## **SAMFUNNSUTFORDRINGENE**

I Regjeringens strategi for god



*Regjeringens målsetting er å sette den enkelte i stand til å mestre eller oppnå best mulig kontroll over viktige forhold i sitt liv.*

psykisk helse (2017-2022), «Mestre hele livet», beskrives omfanget av psykiske plager og lidelser. Rundt en fjerdedel av den norske befolkningen vil få en angstlidelse i løpet av livet, og 15 prosent i løpet av et år. En av fem vil få en depresjon i løpet av livet og en av ti i løpet av et år. Det er en økning i emosjonelle plager og atferdsproblemer blant barn og ungdom. Innvandrere og flyktninger har større forekomst av psykiske lidelser enn befolkningen ellers.

I sum utgjør dette et betydelig folkehelseproblem. Den det gjelder, får dårligere livskvalitet og lavere levealder. Samfunnet har kostnader i form av tapte arbeidsår og økte trygdeytelser.

## **POLITISKE SIGNALER OG FØRINGER**

Rus og psykisk helsefeltet er et satsningsområde for Regjeringen. Den pålegger helseforetakene å sørge for høyere vekst innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern enn for somatikk på regionnivå i spesialisthelsetjenesten, også omtalt som «Den gyldne regel».

Det er iverksatt en Opptrap-

pingsplan for rusfeltet, Prop 15 S (2016–2020), som blant annet gir øremerkede tilskudd til oppbygging av kommunenes rusarbeid. Planen retter seg spesielt mot personer som er i ferd med å utvikle et rusproblem (tidlig innsats), eller allerede har utviklet et rusproblem. Planen omtaler behovet for gode tjenester i brukers nærmiljø, som å skape muligheter for mestring, meningsfulle aktiviteter og fritid eller sørge for en stabil og god bolig etter rusbehandling. Hovedinnsatsen i planen rettes derfor mot kommunesektoren, der utfordringene er størst.

Regjeringen vil skape pasientenes og brukernes helsetjeneste, hvor målsettingen er å sette den enkelte i stand til å mestre eller oppnå best mulig kontroll over viktige forhold i livet sitt. Grunnleggende betingelser som et trygt bosted, et sosialt nettverk og arbeid eller meningsfulle aktiviteter er avgjørende for alle mennesker. Uten at disse elementene er på plass, har den enkelte dårlige forutsetninger for et godt liv og for å kunne nyttiggjøre seg helse-, omsorgs- og velferdstjenester.

Regjeringen har utarbeidet



en strategi for god psykisk helse (2017–2022), Mestre hele livet. I denne står det at psykisk helse i folkehelsearbeidet betyr samfunnets innsats for å fremme befolkningens psykiske helse og livskvalitet med særlig vekt på mestringsbetingelser og utjevning av sosiale forskjeller. Med mestringsbetingelser menes forholdet mellom individets kompetanse og ressurser og omgivelsenes krav og muligheter. Når mestringen svikter, kan resultatet være stress, helsesvikt og mistrivsel. Forklaringen på dette kan ligge både hos individet og omgivelsene, og ikke minst mellom dem. Strategien fremhever også at opplevelse av tilhørighet og å kunne delta i samfunnet er sentrale faktorer for god psykisk helse og livskvalitet. Barnehager, skoler, arbeidsplasser, sosiale møteplasser, grøntområder, fritids- og kulturtilbud må legge til rette for inkludering og deltakelse.

### MULIGHETSROMMET FOR ERGOTERAPEUTER

Politiske dokumenter har mange gode verdier og intensjoner vi som ergoterapeuter kan tilslutte oss. Det snakkes om brukerverk virkning, «Hva er viktig for deg?», betydningen av meningsfull aktivitet og arbeid, trygg bolig, deltakelse og inkludering. De politiske dokumentene er imidlertid ikke like tydelige når det gjelder tiltak og virkemidler for å møte de beskrevne utfordringene og oppnå de gode intensjonene. Her har vi som ergoterapeuter en unik mulighet til å selge inn vår kompetanse!

Ergoterapeutenes bidrag for å løfte hverdagsmestring som tanke sett og hverdagsrehabilitering som metode inn i kommunehelsetjenesten har gitt resultater. Nå er hverdagsrehabilitering etablert

Medisinsk tradisjon	Ergoterapi
Diagnose som utgangspunkt	Personens ønsker om mestring av ulike aktiviteter er utgangspunkt for kartlegging og tiltak. Hva er viktige aktiviteter for deg nå? Hva var verdifulle aktiviteter for deg tidligere, som du ønsker å komme tilbake til? Ergoterapeuten kartlegger personens funksjon, analyserer ønsket aktivitet og hvordan omgivelsene påvirker mulighet for mestring.
Medisinering	Intervensjon gjennom tilrettelegging og trening på praktiske, konkrete hverdagsaktiviteter som er av betydning for personen.
Hva kan vi gjøre for deg?	Hva skal til for at du skal mestre det du strever med?
Behandling foregår der behandleren er.	Tiltakene foregår primært i personens hjem, skole, arbeidsplass eller nærmiljø der det er mulig, eller på tilrettelagte arenaer som skaper gode mestringsopplevelser med tanke på senere mestring i naturlige arenaer.
Behandling av symptomer	Mestringsstrategier med eller uten symptomer.
Fokus på problemer	Fokus på ressurser og mestringsopplevelser.
Sykmelding under sykdom.	Tilrettelegging i arbeid brukes som både tiltak og mål.

som tjeneste i om lag halvparten av landets kommuner. Målgruppen for hverdagsrehabilitering i de fleste kommuner er eldre. Det er ingen grunn til at ikke denne måten å jobbe på kan overføres til personer med utfordringer i hverdagslivet på grunn av psykiske plager eller rusavhengighet. Dette er et mulighetsrom for ergoterapeuter!

I det nylig reviderte dokumentet «Alle skal kunne delta. Ergoterapeuters kjernekompetanse» beskrives vår kompetanse i å se person, aktivitet og omgivelser i sammenheng. Det er en nødvendig kunnskap for å kunne tilrettelegge for mestring av hverdagslivet og deltakelse i sosiale sammenhenger, skole og arbeid. Vi tar utgangspunkt i det som er viktige aktiviteter eller gjøremål for den enkelte. Det som har betydning og gir mening – hverdagsaktiviteter. Vi trener

og tilrettelegger aktivitetene på naturlige arenaer, som i hjemmet eller i nærmiljøet. Men vi kan også tilrettelegge for treningssituasjoner under sykehusopphold.

Medisiner, støttesamtaler og bolig er ikke nok, hverken i spesialisthelsetjenesten eller i kommunene.

Tabellen viser hvordan vår kompetanse er et nødvendig supplement til den tradisjonelle medisinske forståelsen i dagens helsetjenester.

Ergoterapeuter må søke stillinger, selv om ikke ergoterapeut etterspørres spesifikt. Ergoterapeuter må selv selge seg inn ved å vise hvordan vår kompetanse er med på å løse brukernes og tjenestenes utfordringer. Bruk heftet om Kjernekompetanse.

Bruk mulighetsrommet! Brukerne og samfunnet trenger vår kompetanse!

# X850

tar deg frem på vinterstid

X850 er den perfekte utendørs rullestolen, retningsstabil og lett å kjøre. Den har kraftige motorer men er allikevel stillegående.

Ta med hunden eller venner til koselig tur i parken og nyt den friske vinterluften.

Å være ute en kald vinterdag kan gjøre en helt ordinær dag til noen helt spesielt.





# På barrikadene for retten til aktivitet og deltakelse

**Ergoterapeutene har deltatt i flere politiske kamper siste år for denne kjerneverdien. Vi har forsvart retten til aktivitet og deltakelse for alle, sammen med de personene det angår mest. Folkemøte i Arendalsuka med Petter Uteligger og Siv Løvland om aktivitetsdeltakelse for personer med rusavhengighet er et eksempel. Andre eksempler er vår politiske innsats sammen med brukerorganisasjoner for å sikre universell utforming i de nye byggeforskriftene (Tek17) og heftig aktivitet for å bevare hjelpemiddelordningen i folketrygden.**

Av Nils Erik Ness



*Under Arendalsuka i 2017 arrangerte Ergoterapeutene folkemøte med temaet «Aktivitetsdeltakelse for personer med rusavhengighet». Petter Uteligger og Siv Løvland var blant de som holdt innlegg. – Har jeg ikke noe å gjøre, går det til helvete! sa Siv Løvland. Fra venstre: Nils Erik Ness, Uno Karlsen Hauglie, Siv Løvland og Petter Nyquist.*

**E**rgoterapeutenes visjon gjennom flere landsmøteprogram er «Aktivitet og deltakelse for alle». Dette er ikke bare en frase, men en forpliktende innstilling, et samfunnsopdrag som utfordrer til handling. Å forsvare retten til aktivitet og deltakelse viser seg stadig mer relevant da dette ikke er selvsagt for alle. En ny studie omtalt i Aftenposten (24 januar 2018) bekrefter at mangel på meningsfull aktivitet var en av hovedgrunnene til frafall i behandlingen av personer med rusavhengighet (Nordheim m.fl. 2018). I 2015 og 2016 var 82 prosent av personer på LAR uten heltids- eller deltidsarbeid og heller ikke i utdanning. Denne andelen har vært nokså uendret i flere år. Denne nye forskningen innen psykisk helse og rusavhengighet roper på ergoterapeuters stemme for å forsvare retten til aktivitet, arbeid og deltakelse.

Hvordan kan vi forstå og forankre retten til aktivitet og deltakelse? Denne artikkelen utdyper dette med eksempler, og oppfordrer til å argumentere bedre for alle innbyggerne som

møter hindringer med hverdagsaktiviteter.

## FORANKRING

Flere av FNs erklæringer tydeliggjør retten for alle til deltakelse i hjemme- og samfunnsliv, til utdanning, arbeid, kultur og fritidsliv. Ergoterapeuter bør særlig være kjent med FNs menneskerettighetserklæring (1948) og Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne – CRPD (2006), ratifisert av Norge i 2013. Disse ligger i bunnen for «occupational justice», som jeg skal utdype nærmere i denne artikkelen.

For ergoterapeuter er retten til aktivitet og deltakelse forankret og tydeliggjort i en rekke prinsipielle dokumenter i fagets mer enn 100 års historie. Det er fristende å nevne *De ni kardinalprinsippene for ergoterapi* og *Credo for ergoterapeuter* (Dunton 1918 og 1919). Her omtales ikke begrepet «rettighet», men det pekes på det dypt menneskelige i å delta i ulike aktiviteter, og gir ergoterapeuter anbefalte prinsipper om å ivareta den enkeltes



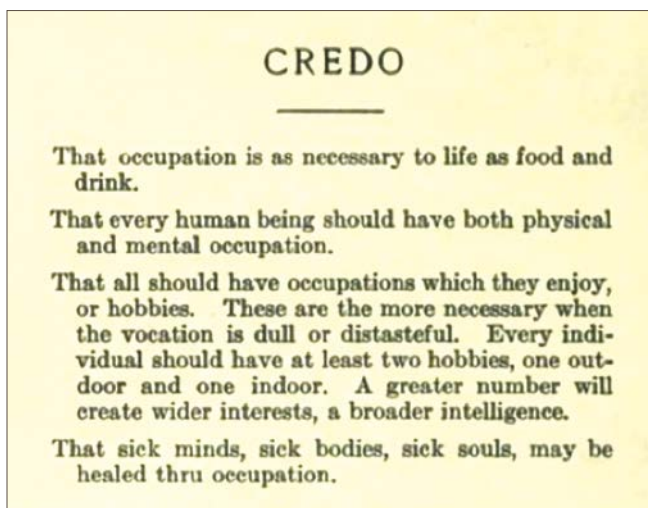
*Nils Erik Ness er forbundsleder i Ergoterapeutene.*



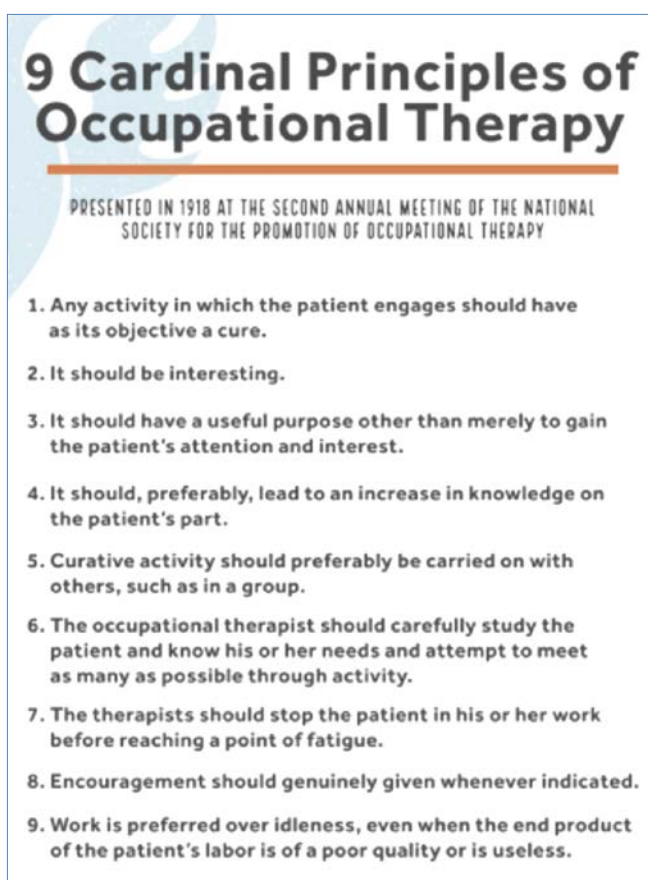
behov og interesser for aktivitet. Å lese disse kloke rådene fra fagets pionerer i lys av nyere teori om «occupational justice» forsterker viktigheten i budskapet. I denne sammenheng er det viktig å påpeke at det ikke er snakk om en juridisk rettighet, men en etisk og moralsk rett om hva som er godt og riktig for mennesker. Dette dreier seg om ergoterapeuters samfunnsoppdrag.

Ved ergoterapeututdanninga i Trondheim på åttitallet ble det initiert en svært viktig diskusjon om ergoterapifagets samfunnsoppdrag. Diskusjonen bidro til å utvikle et mer samfunnsorientert fag og rammeplan. Professor Kristjana Kristiansen stilte grunnleggende spørsmål, som «Hva er problemet ergoterapi skal bidra til å løse, og hva er målene?» Denne diskusjonen om samfunnsoppdraget, refleksjoner om hva som er riktig og godt for mennesker, er tydelig formidlet i artikkelen «Det er viktig å snakke om ideologi!» (Ness og Bjørneby 1986). Forfatterne siterte Kirsten Holm: «Ergoterapi er å skape utvikling som fører til at mennesker og samfunn kan løse problem med å mestre daglige aktiviteter».

I vår tid slår Verdensforbundet for ergoterapeuter (WFOT) retten til aktivitet og deltakelse fast i «position statement» om Human Rights (2006). Verdensforbundets Minimum Standard for the Education of Occupational Therapists (2016) presiserer også ansvaret for å inkludere grunnleggende rettigheter i ergoterapeututdanningene. Med dette tydeliggjør WFOT ergoterapeuters innsats for likestilling og menneskerettigheter. Det bidrar til å presisere at ergoterapeuters fagforståelse ikke kan avgrensnes til et individrettet medisinsk per-



*Credo for ergoterapeuter gir ergoterapeuter anbefalte prinsipper om å ivareta den enkeltes behov og interesser for aktivitet.*



*De ni kardinalprinsippene for ergoterapi er et av fagets mange prinsipielle dokumenter.*

spektiv, men heller et sosialt og samfunnmessig perspektiv.

I Ergoterapeutenes nylig reviderte Yrkesetiske retningslinjer (2017) leser vi i første prinsipp: «Ergoterapeuten tar samfunnsansvar basert på befolkningens rett og mulighet til aktivitet og deltakelse i hverdagslivet». I Ergoterapeuters kjernekompetanse (2017) er «deltakelse og inkludering»

beskrevet som formål i ergoterapi. Videre kan vi lese at det *ergoterapeutiske perspektivet er basert på retten til aktivitet og deltakelse*, med referanser til FN-konvensjon CRPD og faglitteratur innen «occupational science». Dette viser tydelig at ergoterapeuters innsats er et likestillingsarbeid.

Forbundet har over lengre tid argumentert for at aktivitet og

deltakelse er ressursutløsende for den enkelte, og samtidig god samfunnsøkonomi. Aktivitet og deltakelse angår alle; det knyttes til vårt hverdagsliv, til vårt sosiale nettverk, det organiserer rutiner og vaner og gir livet mening. Aktivitet og deltakelse gir hverdagsmestring og utløser ressurser (les temanummeret om hverdagsmestring, Ergoterapeuten nr. 1 2016). Som nevnt innledningsvis har vi siste året sett flere politiske valg som ikke ser aktivitet og deltakelse som ressursutløsende. Det har også vært nødvendig å argumentere med et verdsetnings- og likestillingsperspektiv for å synliggjøre inkludering og deltakelse for alle i samfunnet.

### RETT TIL AKTIVITET OG DELTAKELSE - OCCUPATIONAL JUSTICE

Av faglitteratur i ergoterapi har emnet «occupational justice» særlig relevans. Opprinnelsen av begrepet knyttes til Townsend og Wilcock (2000, 2004). Her tar jeg utgangspunkt i to artikler av Townsend og Wilcock (2004) og Nilsson og Townsend (2010) (tilgjengelig på internett). Jeg velger å omtale «occupational justice» som «retten til aktivitet og deltakelse». En nordisk utdyping er beskrevet av Morville og Larsen (2017) i boka Nordisk Aktivitetsvitenskap (kapitlet «Occupational justice – at fremme retten til aktiviteter»)

«Retten til aktivitet og deltakelse» er vanskelig å skille fra sosial rettferdighet, men knyttes i større grad til muligheten for å velge aktiviteter tilpasset egne evner, deltakelse i meningsfulle aktiviteter og omgivelsene gir rammer for aktivitet. Townsend og Wilcock (2004) og Morville og Larsen (2017) beskriver «retten til aktivitet og deltakelse» i fire

Retten til aktivitet og deltakelse Occupational Rights	Manglende rett til aktivitet og deltakelse Occupational injustice
Retten til å velge aktiviteter selv <i>Right to exert individual or population autonomy through choice in occupation</i>	Hindringer av aktivitetsvalg <i>Occupational marginalisation</i>
Retten til meningsfulle aktiviteter <i>Right to experience occupation as meaningful and enriching</i>	Fremmedgjøring av aktivitet / Opplevelse av meningsløshet <i>Occupational alienation</i>
Retten til utvikling i helsefremmende aktiviteter <i>Right to develop through participation in occupation for health and social inclusion</i>	Aktivitetstap og deprivasjon <i>Occupational deprivation</i>
Retten til aktivitetsbalanse <i>Right to benefit from fair privileges for diverse participation in occupation</i>	Aktivitetsubalanse <i>Occupational imbalance</i>

Tabell 1 viser «retten til aktivitet og deltakelse» i fire punkter.

punkter. Jeg gir disse punktene en enklere norsk språkdrakt for å lette anvendelsen i argumentasjon i tabell 1. Tabellen viser de opprinnelige engelske begrepene fra Townsend og Wilcock (2004)

### RETT TIL Å VELGE AKTIVITETER SELV

Enhver person har en selvsagt rett til selvbestemmelse eller autonomi i sine aktivitetsvalg. Dette handler om hverdagslivets enkle valg av pålegg på brøds-kiva, program på TV-en, klesvalg, og når en vil legge seg eller stå opp om morgenen. Dette handler også om valg av utdanning, jobb, fritidsaktiviteter og deltakelse i kulturtilbud. Vi gjør disse valgene ut fra interesse, personlige ønsker og preferanser.

Dersom innbyggere påtvinges aktiviteter eller forhindres i å velge sin deltakelse i ulike virksomheter, gir dette begrensninger i aktivitetsvalg eller marginalisering av aktivitet. Her finnes utallige eksempler på forhold som gjør

aktivitetsvalg vanskelig:

- Når unge får arbeidsevnen sin vurdert i NAV uten at de vet det selv (Vik og Tøssebro 2017)
- Når institusjonsbeboere må finne seg i å sitte foran TV-en der andre har valgt program, eller «aktivitetsvalg» som begrenses til soving og TV.
- Når mennesker som ikke klarer å benytte seg av apper for å betale for offentlig kommunikasjon, må kjøpe dyrere billetter.
- Når ungdom som ser svært dårlig, må velge studiested etter hvilket studium som legger til rette for synshemmede.
- Når en student og rullestolbruker må velge studie- eller arbeidssted ut fra rullestolens tilgjengelighet i hybelhus eller arbeidsplass.
- Når de nye byggeforskriftene (TEK17) reduserer snuområdet i studenthybler, slik at personer med elektrisk rullestol ikke kan velge å bo i de nye studenthyblene.
- Når pakkeforløpene, som er på

gang innen psykisk helsetjeneste, definerer hva som er viktige aktiviteter ut ifra medisinsk forskning, slik at mennesker med psykisk uhelse får reduserte aktivitetsvalg

Dette er alle eksempler på begrensning av aktivitetsvalg som svært mange i Norge møter hver dag. I verste fall kan frarøvelse av aktivitetsvalg benevnes som aktivitetsapartheid. Ergoterapeuter kan og skal være våkne på å gi aktivitetsvalg.

### RETT TIL MENINGSFULLE AKTIVITETER

Opplevelse av meningsfullhet er personlig og knyttes til den enkelte. Den samme aktiviteten kan være gørr kjedelig for en person, men svært betydningsfull eller berikende for en annen. Ved å gjøre meningsfulle aktiviteter viser vi vår egen identitet, interesser og talenter, får sosiale kontakter og aktivitetsroller. De fleste av oss tar det for gitt at vi kan utfolde oss i ulike fritids- og interesseorganisasjoner, som hagelag og hundeklubber, eller samfunnets kulturtilbud, som bibliotek, idrett, kino eller digitale spill.

Ergoterapeuter som jobbet i psykiatriske institusjoner i USA for hundre år siden, så pasientenes fremmedgjøring. Mange var immigranter som mistet sin tilknytning til betydningsfulle aktiviteter fra landet og kulturen de forlot. Influert av Arts and Crafts-bevegelsen initierte derfor ergoterapeuter bruk av håndverksaktiviteter fra pasientenes egen kultur. Denne problemstillingen med fremmedgjøring er like aktuell i dag i våre asylmottak.

Både i 2016 og 2017 påpeker rapporter fra Senter for rusavhengighet (SERAF) at personer

på LAR mangler meningsfulle aktiviteter.

*LAR-pasientene har i stor grad en ordnet økonomi innenfor rammen av trygd eller arbeidstilvenningstiltak, men tilgangen til arbeid er dårlig og deltakelsen i meningsfulle aktiviteter er liten. Altfor mange ser ut til å ha en lite tilfredsstillende tilværelse med mye ensomhet. (SERAF-rapport 2016)*

*Utfordringen for behandlerapparatet blir da å skape tiltak som kan fremme deltagelse i sosial aktivitet for pasientene og motvirke isolasjon og ensomhet. (SERAF-rapport 2017)*

Det er sikkert godt ment når kommunen og frivillige organisasjoner tilbyr egne aktiviteter og møteplasser for spesielle grupper i samfunnet, der det er alder eller diagnose som er fellesnevneren. Dette oppleves likevel fremmedgjørende for svært mange. Eldre er for eksempel ikke ei homogen gruppe, men inkluderer mange ulike personer og grupper med et mangfold av interesser og preferanser og ulikhet i funksjon. De fleste eldre vil derfor foretrekke å møtes rundt felles aktivitetsinteresser.

En aktuell diskusjon nå er kommunenes bruk av Borgerstyrt personlig assistent (BPA), som er ment som et likestillingstiltak for å sikre deltagelse og aktivitetsutfoldelse og kompensere for funksjonstap. Dette skal gi den enkelte mulighet til å selv å velge hverdagsaktiviteter også utenfor hjemmet. Isteden viser det seg at denne tjenesten blir brukt som et pleie- og omsorgstilbud. Dermed begrenses den enkeltes i å uttrykke eller engasjere seg i meningsfulle aktiviteter.

Når innbyggere hindres i å utføre meningsfulle og berikende aktiviteter, eller må gjøre aktiviteter de ikke selv har valgt, så skjer det en opplevelse av meningsløshet og fremmedgjøring i aktiviteter.

Betydningen av meningsfull aktivitet og deltagelse går til kjernten av ergoterapi. Denne retten er det vår oppgave å forsvare. I NRK-serien «Stemmene i hodet» snakket deltakerne om hvordan det å holde på med meningsfulle aktiviteter, det å kunne bruke sider av seg selv som var friske, ga opplevelse av mestring og økt selvtillit. Noen må hjelpes til å finne fram igjen meningsfulle aktiviteter etter at psykisk uhelse eller jakten på rusmidler har vært altoverskyggende over mange år. Skal tomrommet etter rusen fylles, må rusatferden erstattes med noe som er så meningsfullt at det overskygger suget etter rus. Det er også her vi har gode metoder. For eksempel er COPM et utmerket redskap for å kartlegge hvilke aktiviteter den enkelte mener er betydningsfulle og viktige i livet. Det er derfor vår oppgave å støtte opp om innsats som nettopp muliggjør disse meningsfulle aktivitetene.

### RETT TIL UTVIKLING I HELSE-FREMMEDE AKTIVITETER

Det er gjennom ulike former for aktiviteter vi lærer noe nytt, utvikler oss, bevarer helsa og inkluderes i sosiale fellesskap. Med aktiviteter tenker folk flest ofte på fysisk aktivitet. I tillegg utvikles vi av kognitive og sosiale aktiviteter, og vi lærer av kulturaktiviteter. I denne sammenheng fremheves de konstruktive og helsefremmede aktiviteter, ikke de destruktive som kan ha motsatt virkning, for eksempel røyking, ran, spillavhengighet og kriminelle aktiviteter.





Vi utvikler oss gjennom aktivitet på mange måter. Eksemplene er tusenvis, som at vi mestrer sosiale roller og regler ved å spille lagspill.

Vi utvikler oss gjennom aktivitet på mange måter. Eksemplene er tusenvis: Vi lærer ved å lese bøker, finne fram på internett og søke kunnskap i Wikipedia eller på YouTube. Vi mestrer sosiale roller og regler ved å spille lagspill eller bruk av digital spillteknologi og sosiale medier. Vi lærer om naturen i hagelag, på fisketur eller fjellvandring. Og vi trener kognisjon med kryssord og sudoku, og fysisk helse med aktiviteter i bevegelse.

Utviklende og helsefremmende aktiviteter er ofte hverdagsaktiviteter vi tar for gitt, som først får en større rolle når de selvsagte aktivitetene blir trøblete. Når vi hindres i å utvikle oss gjennom aktivitet erfares *aktivitetstap* eller aktivitetsdeprivasjon, for eksempel:

- Når fordommer og manglende støtte hindrer personer med psykisk uhelse å bruke offentlige aktivitetstilbud, som idrettsklubber og treningssentre.
- Når manglende aktivitetstilbud på institusjon erstattes med

ensidig skjermaktivitet, målløs vandring eller røykepauser.

- Når utgangsdøra i blokka er så tung at noen av beboerne ikke kommer ut til samfunnsaktiviteter, gir dette et aktivitetstap som også vil påvirke helse.
- Når rampa med de nye byggeforskriftene blir brattere, vil det hindre flere i å komme seg inn i bygg der aktiviteter skjer.
- Mange med funksjonsnedsettelser krever større utstyr for å gjøre sine helsefremmende aktiviteter, for eksempel sit-ski, pulk, trehjulssykler og lignende. Manglende lagerplass i de nye byggforskriftene (TEK17) vil hindre denne aktivitetsutfoldelsen og bidra til aktivitetsdeprivasjon.

Stadig flere ergoterapeuter arbeider i klubbhus, Fontenehus. Her er vår kompetanse på å tilrettelegge omgivelser og arbeidsoppgavene et utmerket bidrag for å sikre læring og utvikling gjennom aktiviteter. Fontenehusene kjenneteg-

nes nettopp av arbeidsoppgaver som må løses, der medlemmene samtidig kan regulere sin innsats og aktivitet etter hva de kan klare. Studier viser at dette er en type miljø hvor medlemmer kan trives, utvikle seg og oppleve bedring.

### RETT TIL BALANSE AV AKTIVITETER

Aktivitetsbalanse er en subjektiv opplevelse der den enkelte erfarer riktig mengde og variasjon mellom aktiviteter i sitt aktivitetsmønster (Håkonsson, Morville og Wagman 2017). For eksempel en balanse mellom arbeid, lek, og omsorgsaktiviteter, eller mellom fysiske, kognitive og sosiale aktiviteter. Dette innebærer også balanse mellom nødvendige og meningsfulle aktiviteter, og at mengden aktivitet tilpasses den enkeltes ressurser og energi.

Mange av oss jobber hele tiden med å finne denne aktivitetsbalansen i hverdagen og i harmoni med dem vi bor sammen med. Hvor

mye skjermtid skal familien bruke, og hva skal vi se på? Hvor lenge kan ungdommen ha aleneaktiviteter på rommet sitt? Hvordan får vi ordnet hverdagslogistikken der vi skal hjelpe besteforeldre, besøke venner, dra til jobb og stelle i hjemmet? Hvordan klarer vi i en hektisk arbeidsuke å fylle livet med helt andre avvekslende og morsomme aktiviteter? Dette kjenner vi igjen, og vi jobber med en sunn balanse som passer den enkelte person og familie.

Mange med nedsatt bevegelsesevne har et logistikkproblem i å organisere flyt mellom aktiviteter – det å klare morgenstell, komme seg ut av hjemmet, forflytte seg og være på plass på studie- og arbeidssted til riktig tid. For noen er energien som brukes på å komme seg til utdannings- eller arbeidssted, så krevende at de velger å avslutte utdanningen eller må redusere arbeidsuka. Andre må velge bort tid med venner for å prioritere studier eller arbeid. Dette er *aktivitetsubalanse*.

Aktivitetsbalanse er et aspekt som er særlig aktuelt for personer med psykisk uhelse og stressproblem, personer som ikke er i arbeid, eller som har utfordringer på arbeidsplassen. Her er kan det oppstå en aktivitetsubalanse. Arbeid er godt for helse. For personer som ikke kommer inn i arbeidslivet, eller er langtidssyke-meldte, kan fravær av arbeid bidra til dårligere helse, selvtillit og mangel på sosiale kontakter. Paradoksalt nok er det ikke alltid slik at en skal blir frisk for å komme i arbeid. Det å arbeide med en god aktivitetsbalanse kan være nøkkelen til å komme raskere tilbake.

I NRK-serien «Stemmene i hodet» uttrykker en av deltakerne at lange institusjonsopphold bærer preg av oppbevaring, og at hun

trenger mer enn kaffe og røyk på stua. Ergoterapeuter har en særlig oppgave i å forsvare rett til balanse av aktiviteter ved kartlegge og gi råd for at den enkelte skal kunne finne sin riktige aktivitetsbalanse i hverdagen. Her kan også smarttelefoner med fordel utprøves som å hjelp i å lage struktur og balanse i hverdagslivet.

### UTFORDRINGEN

Ergoterapeuter forsvare retten til aktivitet og deltakelse for alle. Det må vi fortsette med, og vi må bli mer synlige og tydelige i budskapet på den enkelte arbeidsplass. Vi når også bedre fram om vi allierer oss med brukerorganisasjoner i felles sak. Jeg gjentar gjerne hilsningsordene til Ergoterapeutenes landsmøte fra Norges Handikapforbunds Lars Ødegård: «Der fornuften mangler, må vi få inn ergoterapeutene, som må våge å heve stemmen.» La oss ikke forføres av første del av setningen, men vektlegge siste del: La oss heve stemmen og retten til aktivitet og deltakelse for alle! Siv Løvland fra TV-serien «Fra gata til Nordkapp» sa det helt tydelig på Ergoterapeutens folkemøte under Arendalsuka 2017: «Har jeg ikke noe å gjøre, går det til helvete!»

### Referanser

- Dunton WR (1918), 9 Cardinal Principles of Occupational Therapy, Presentert for The National Society for the Promotion of Occupational Therapy
- Dunton WR (1919) Credo i *Reconstruction Therapy* W. B. Saunders, Co. Tilgjengelig på internett
- Ergoterapeutene (2017) *Ergoterapeuters kompetanse* [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org)
- Ergoterapeutene (2017) *Yrkesetiske retningslinjer* [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org)
- FN (2007) Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) Norsk utgave fra Barne-, likestil-

- lings- og inkluderingsdepartementet *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne* Tilgjengelig på internett
- Håkonsson C, Morville A-L og Wagman P (2017) Aktivitetsbalanse i boka *Nordisk Aktivitetsvidenskap* Forlaget Munksgaard
- Morville A-L og Larsen AE (2017) Occupational justice – at fremme retten til aktiviteter i boka *Nordisk Aktivitetsvidenskap* Forlaget Munksgaard
- Ness NE og Bjørneby E (1986) Det er viktig å snakke om ideologi Ergoterapeuten nr 3
- Nilsson I og Townsend E (2010) Occupational Justice – Bridging theory and practice *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* SJOT 17: 57-63
- Nordheim mfl. (2018) Young adults' reasons for dropout from residential substance use disorder treatment *Qualitative Social Work* Vol 17(1: 24-40)
- SERAF Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2016) SERAF RAPPORT 1/2016 Statusrapport 2015 Mot grensene for vekst og nytte?
- SERAF Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2017) SERAF RAPPORT 2/2017 Statusrapport 2016 Er kvalitetsforbedring nå viktigere enn kapasitetsutvikling?
- Townsend E og Wilcock AA (2000). Occupational terminology interactive dialogue *Journal of Occupational Science* 7(2). 84-86
- Townsend E og Wilcock AA (2004) Occupational justice and client-centred practice; A dialogue in progress *Canadian Journal of occupational therapy* 71(2): 75-87 Tilgjengelig på internett
- Vik SE og Tøssebro J (2017) Når politikken treffer bakken. Arbeidsavklaring og oppfølging av unge funksjonshemmede i NAV *Fontene forskning* 2 s. 4 Tilgjengelig på internett
- World Federation of Occupational Therapists (2006) *Human Rights, Position statement* <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
- World Federation of Occupational Therapists (2016) WFOT *Minimum Standard for the Education of Occupational Therapists*

# Hvordan bruke trykkeri og kafédrift metodisk for å fremme aktivitet, deltakelse og mestring?

## ERGOTERAPEUTERS ERFARINGER MED ARBEIDSTRENING FOR PASIENTER MED PSYKISKE LIDELSER INNEN SPESIALISTHELSETJENESTEN

Av Cecilia Celo, Anita Wang, Stine Lund, Camilla Aadland, Henriette Tuer Lund og Amina Louragli

*Cecilia Celo er fagutviklingsergoterapeut og ansatt ved Oslo Universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Driftsseksjonen. E-post: ceccel@ous-hf.no*

*Anita Wang er spesialergoterapeut og ansatt ved Oslo Universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Driftsseksjonen.*

*Stine Lund er ergoterapeut og ansatt ved Oslo Universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Driftsseksjonen.*

*Camilla Aadland er ergoterapeut og ansatt ved Oslo Universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Driftsseksjonen.*

*Henriette Tuer Lund er ergoterapeut og ansatt i Åsnes kommune, psykisk helse- og rustjenesten, Sparbyhuset dagsenter.*

*Amina Louragli er ergoterapeut og ansatt ved Oslo Universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Driftsseksjonen.*

*Det foreligger ingen uenigheter eller interessekonflikter knyttet til forfatterne av denne artikkelen.*

### Abstract

**Introduction:** Occupational therapists (OT's) have for many years worked with vocational rehabilitation of in-patients with severe mental illnesses during their hospitalization. The in-patients have the opportunity to enroll in a work experience program at a café and/or print shop. The OT's provide an environment in which patients can develop and practice skills needed to facilitate their return to society.

**Objectives:** In this presentation we want to share our experience with a systematic approach to vocational rehabilitation for in-patients in a psychiatric ward in Oslo.

**Method/approach:** Six OT's participated in a focus group to discuss and document our experience with vocational rehabilitation and activity therapy within mental health care.

**Results/practice implications:** the main themes that emerged during the course of this study were: methodical use of vocational rehabilitation, systematic facilitation of activities and the environment, and how OT's can tailor activities based on individual needs.

**Conclusion:** There is a positive correlation between the contribution made by OT's and the skills transfer necessary for the successful re-integration of patients with mental illnesses into society.

**Key words:** vocational training, severe mental illness, meaningful occupation, methodical use of activity, communication, the therapeutic role, participation, assessment of function



## Introduksjon

Ergoterapeuters grunnsyn er at alle mennesker har behov for å delta i meningsfull aktivitet. Mennesker utvikler seg gjennom det de gjør, det er identitets-skapende og er en viktig del av den enkeltes sosiale status og posisjon i samfunnet (Creek & Lougher, 2008; Nyboe & Hvalsøe, 2009). Ergoterapeuter bruker aktivitet metodisk. Det vil si konkrete aktivitetssituasjoner som krever et systematisk forarbeid med grundig kjennskap til aktiviteten, pasienten, omgivelsen og tilhørende fagspesifikke behandlingsprinsipper (Anderson, 2009). Hustrykkeriet (HT) og Café Årstidene (CÅ) er arbeidstreningstilbud for pasienter ved Oslo Universitetssykehus (OUS) og er en del av det ergoterapeutiske behandlings- og rehabiliteringstilbudet. Et overordnet mål er å gi den enkelte pasient mulighet for personlig utvikling, ha fokus på egne ressurser og styrke følelsen av eget verd gjennom arbeid.

I denne artikkelen presenterer vi en studie for å formidle ergoterapeuters kompetanse om metodisk bruk av arbeidstrening. For å systematisere arbeidet med pasienter i en behandlingssituasjon jobber ergoterapeuter etter en evidensbasert arbeidsprosessmodell, som for eksempel Canadian Practice Process Framework (CPPF). Den tar utgangspunkt i den ergoterapeutiske modellen Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E), som beskriver det idémessige grunnlaget for aktivitetsutøvelse med mål om å fremme menneskelig aktivitet og deltakelse.

Det er en gjentakende systematikk som innebærer alt fra første møte med pasient, måldefinering, planlegging og gjennomføring av aktivitetssituasjoner, samt evaluering og videre samarbeid. Klientsentrering står i fokus, hvor pasienten får uttrykke sine behov og ønsker og være involvert i beslutningene rundt behandlingssopplegget (Townsend & Polatajko, 2007). Våre kliniske erfaringer tilsier at arbeidstrening under innleggelse har verdi for pasientene for å motvirke passivitet og opprettholde funksjon, samt forberede veien tilbake til samfunnet og arbeidslivet. Dette støttes av blant annet Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013), som fremhever at tiltak knyttet til arbeid bør være en sentral del av behandlings- og oppfølgingstilbudet for pasientene. Videre i innledningen følger mer kunnskap om CÅ og HT og pasientene som benytter seg av tilbudene, samt problemstillingen vi ønsker å besvare.

## HUSTRYKKERIET

HT drives av pasienter og to ergoterapeuter og tilbyr trykkeritjenester til OUS og private kunder. Oppdragene som mottas, er varierte og med ulikt omfang. Under veiledning av ergoterapeuter jobber pasientene med de ulike delene av produksjonsprosessen. Dette innebærer oppgaver som laminering, kutting, innbinding, hulling, sortering, betjening av profesjonell produksjonsprinter, bruk av pc, tekst- og bildehandling og kundekontakt. Oppgavene gir pasientene eierskap til produksjonen, og pasientene får mulighet til å trene på praktiske og sosiale ferdigheter knyttet til det å drive et mindre trykkeri. Eksempler på dette kan være utholdenhet i aktivitet, nøyaktighetsevne, kreativitet, kommunikasjonsevne og teknisk forståelse.

## CAFÉ ÅRSTIDENE

CÅ drives av pasienter og tre ergoterapeuter. Det er et spisested for nærmiljøet, pasienter, sykehusansatte og andre gjester. Under veiledning av ergoterapeuter står pasientene for driften av kafeen. Det innebærer blant annet å lage mat, planlegge meny, gjøre innkjøp, servere, stå i kassen, rydde og vaske. Oppgavene gir et reelt medansvar for driften. Pasientene får mulighet til å trene på ulike praktiske og sosiale ferdigheter tilknyttet kafédrift, slik som matlaging, kreativitet, samarbeid og kundebehandling. De får også mulighet til å lære om blant annet ernæring, hygiene og Mattilsynets krav til renhold.

## HVEM BENYTTET SEG AV TILBUDET?

Pasientene som benytter seg av arbeidstreningstilbudet, er som mennesker flest veldig forskjellige. Alle har ressurser og områder de er gode på. Fellesnevner er at de er tilknyttet Klinikk psykisk helse og avhengighet. De er derfor enten til utredning for, eller har blitt diagnostisert med, en psykisk lidelse, ofte av alvorlig grad. Det omfatter psykotiske tilstander og store karakteravvik hvor «*lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevnen*» (Malt, Andreassen, Melle & Årslund, 2012, s. 851; Rund, 2016).

Mange av pasientene som jobber på CÅ og HT, lider av schizofreni. En av utfordringene for pasientgruppen knyttet til arbeidsdeltakelse er positive og negative symptomer. Førstnevnte kan være vrangforestillinger, hallusinasjoner og mistenksomhet, mens negative symptomer viser seg som tilbaketrekking, apati og passivitet. Forskning viser at

negative symptomer har en signifikant sammenheng med nedsatt arbeidsfunksjon, og at kognitiv svikt påvirker innlæring, hukommelse, oppmerksomhet, eksekutive funksjoner og psykomotorisk tempo (Bull & Lystad, 2011; Evensen et al., 2016). For oss ergoterapeuter er den enkeltes funksjonsnivå og hvilke utfordringer de selv opplever å ha, like viktig som diagnosen. Denne studien har som formål å formidle ergoterapeuters kompetanse om metodisk bruk av aktivitet med utgangspunkt i forskningsspørsmålet:

*«Hvordan bruker ergoterapeuter trykkeri og kafedrift metodisk for å fremme aktivitet, deltakelse og mestring for pasienter innlagt på sykehus?».*

## Metode

Studien har et kvalitativt design som gjør det mulig å utforske i dybden, beskrive og forstå ergoterapeutenes subjektive kliniske erfaringer. Man kan stille oppfølgingsspørsmål og å gå dypere inn i temaet. Studien har en fenomenologisk tilnærming hvor ergoterapeutenes erfaringer og forståelsen av fenomenet metodisk bruk av arbeidstrening utforskes og beskrives (Malterud, 2017).

### KLINISK SETTING OG DELTAKERE

Fire av deltakerne i studien er de samme som forfatter denne artikkelen, til sammen seks kvinnelige ergoterapeuter fra samme seksjon. Det betyr at flere har en rolle som både informant og forfatter. På intervjudtidspunktet jobbet fem på de to arbeidstreningssstedene mens den siste ergoterapeuten var ansatt som fagutviklingsansvarlig. Alderen varierer fra 27 til 63 år. Alle har ulik mengde arbeidserfaring fra psykiatrien. Flere har jobbet sammen på sykehuset i mange år.

### INNHEMING AV DATA VED FOKUSGRUPPEINTERVJU

Det ble gjennomført et fokusgruppeintervju med deltakerne for å gi mulighet for diskusjon i gruppe og fremme flere ulike synspunkt, noe som ofte bidrar til et bredere perspektiv på temaet (Kvale & Brinkmann, 2009). Siden alle hadde jobbet sammen over tid og hadde felles erfaringer fra de to arbeidssstedene, ble det vurdert at ett intervju ville gi tilstrekkelig med data til studien. Intervjuet foregikk i trygge omgivelser på et kjent kontor på sykehuset. Det ble tilrettelagt for at sensitiv informasjon kunne drøftes fritt (Kvale & Brinkmann, 2009). Diskusjonen ble ledet av hovedforfatter Cecilia Celo (CC) med utgangspunkt i en intervjuguide som ble utarbeidet

#### Første møte og skape allianse

#### Metodisk bruk av arbeidstrening

De første arbeidsdagene  
Brukermedvirkning  
Gradering av aktiviteter  
Tilrettelegging av omgivelsene  
Tilrettelegging av terapeutrollen og kommunikasjon  
Kartlegging og evaluere mål

#### Avslutning av arbeidsforhold og veien videre

Tabell 1. Resultat.

av deltakerne i forkant. Det varte en time og ble tatt opp på lydbånd. Taushetsplikten i gruppen ble adressert, og retningslinjer for fokusgruppeintervju ble fulgt (Kvale & Brinkmann, 2009).

### DATAANALYSE

Intervjuet ble transkribert fra digitalt opptak av en innleid person. For å trekke ut meningsinnholdet fra det transkriberte materialet ble Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering i fire trinn anvendt. I første fase leste alle gjennom det transkriberte materialet for å få et helhetsinntrykk av innholdet. Hver og en noterte seg interessante tema og utsagn knyttet opp mot forskningsspørsmålet. I neste fase ble teksten sortert for å finne meningsbærende enheter. Det utpekte seg flere ulike kategorier som måtte sorteres, og de som var mest relevante for problemstillingen, ble utvalgt. I tredje fase ble teksten kondensert ved å omskrive det konkrete innholdet med fokus på ikke å miste den opprinnelige betydningen. I fjerde fase ble teksten analysert. Fellestrekk ble identifisert, og tre kategorier som beskriver hvordan ergoterapeutene jobber metodisk for å fremme aktivitet, deltakelse og mestring, utpekte seg: «Første møte og skape allianse», «Metodisk bruk av arbeidstrening» samt «Avslutning og veien videre». Den største kategorien «Metodisk bruk av arbeidstrening» ble delt opp i flere underkategorier (se tabell 1).

### METODEKRITIKK

Da fire av artikkelforfatterne selv deltok i fokusgruppeintervjuet, kan det ha gitt mindre objektive fortolkninger av resultatene. På den annen side kan det være en fordel både å være informant og forsker, da vi i etterkant av analysen av datamaterialet kunne kommentere fortolkningene og utdype egne opprin-

CPPF	Arbeidstrening ved Hustrykkeriet og Café Årstedene		
Første møte, måldefinering og planlegging	1. Første møte og å skape allianse		
	Pasient fyller ut søknadsskjema. Sender skjema til arbeidstedet.	<b>Arbeidsavtalen:</b> Bli enige om arbeidsdager og tidspunkt. Starte prosessen med å sette mål.	
<b>Tverrfaglig samarbeid er en forutsetning og foregår gjennom hele løpet</b>			
Gjennomføring, evaluering og videre samarbeid	2. Metodisk bruk av arbeidstrening		
	Opplæring i rutiner og arbeidsoppgaver.	Veiledning i arbeidsoppgaver. Tilrettelegging for samarbeid, samt selvstendig arbeid. Brukermedvirkning. Fremme utvikling og mestring.	Kartlegging og evaluere mål fortløpende.
Avslutning	3. Avslutning og veien videre		
	Tverrfaglige samarbeidsmøter – bidra til å finne videre arbeid.	Evaluering og avslutningssamtale.	Attest og referanse til jobbsøk.

Tabell 2. Metodisk bruk av arbeidstrening – et behandlingsforløp i lys av CPPF. Tabellen viser en skjematisk oversikt over behandlingsforløpet ved HT og CÅ og systematisert etter CPPF: første møte med pasient, måldefinering, planlegging og gjennomføring av aktivitetssituasjoner, samt evaluering og videre samarbeid (Townsend & Polatajko, 2007).

nelige uttalelser. Det kan også gi en dypere forståelse for vårt eget arbeid og gjøre oss mer bevisste på utøvelse av ergoterapi (Kvale & Brinkmann, 2009). En av forfatterne, Camilla Aadland (CAA), deltok ikke i intervjuet, men har lest igjennom alt materialet og kan dermed ha tilført et annet blikk i analyseprosessen.

Selve metoden med å transkribere lydopptak er ikke uproblematisk. For det første ble jobben utført av en innleid person som ikke hadde mye erfaring på området. Deretter er det utfordrende å «oversette» fra en narrativ form til skriftspråk. Det kan være vanskelig å høre nøyaktig hva som sies, og det er vanskelig å få tak i det mellommenneskelige samspillet. I tillegg er det utfordrende å gjengi stemmeleie, kroppsspråk og bruk av ironi (Kvale & Brinkmann, 2009). For å kvalitetssikre transkripsjonen, gikk en av intervjudeltakerne gjennom det muntlige og skriftlige materialet i etterkant.

## ETISKE VURDERINGER

Forskningsgruppen har konsultert med enhet for informasjonssikkerhet og personvern ved OUS, samt med NSD og REK. Da studien ikke inneholder sensitiv informasjon, er den vurdert til ikke å være framleggingspliktig. Ethiske prinsipper har blitt fulgt, alle deltakere deltok frivillig, og innholdet i intervjuet ble anonymisert for å sikre at ingen pasienter kan bli gjenkjent (Kvale & Brinkmann, 2009).

## Resultat - arbeidstrening under innleggelse

For å besvare forskningsspørsmålet har vi, basert på innsamlede data fra fokusgruppeintervjuet, valgt ut tre kategorier. På den måten illustrerer vi med konkrete eksempler hvordan vi arbeider metodisk for å fremme aktivitet, deltakelse og mestring, fra første møte til pasientene avslutter arbeidsforholdet (se tabell 2).

### FØRSTE MØTE OG Å SKAPE ALLIANSE

Når en ny pasient ønsker å starte hos oss, er hovedfokus på å skape en god relasjon. Pasienten starter med å fylle ut en enkel søknad som sier noe om hvilke mål personen ønsker å jobbe mot, og vedkommendes eksisterende ukeplan. Dette gjøres ofte på pasientens avdeling.

*«Hensikten med søknadsskjema er å sette i gang en prosess hvor pasienten tenker gjennom sine ønsker med jobben. I tillegg gir det erfaring med jobbsøking.»*

Pasientene blir sikkerhetsvurdert fra avdelingen, og det vurderes om de trenger følge fra personalet ved oppstart. Språkkunnskap og andre faktorer vi bør være oppmerksomme på, avklares også i forkant. Allerede her igangsettes et tverrfaglig samarbeid, noe som er avgjørende for et godt behandlingsforløp. Deretter avtaler ergoterapeuten et møte med



pasienten sammen med en ansatt fra avdelingen for å lage en arbeidsavtale. Vi kartlegger arbeidserfaring, motivasjon og starter prosessen med å identifisere pasientens egne mål:

*«Noen har klare tanker om hva de ønsker å oppnå med arbeidstreningen. For eksempel: lære å lage mat, bruke komfyren, øke konsentrasjonsevnen og evne til utholdenhet, få relevant arbeidstrening eller å stå opp i tide om morgenen og være arbeidstiden ut. For andre er det mer utfordrende å tenke målbevisst, og de har ikke mye erfaring med å formulere sine egne mål, hverken kortsiktige eller langsiktige.»*

Symptomer knyttet til den enkeltes sykdom og språkforståelse er faktorer som også kan vanskeliggjøre å formulere målsetningen. Uansett årsak kan det være en utfordring for oss terapeuter ikke å overstyre pasienten, men finne kommunikasjonsløsninger som gjør at vi forstår hverandre:

*«Det er viktig at pasienten blir møtt med respekt, god tid, høflighet og et smil, og at vi tar oss tid til å svare på eventuelle spørsmål.»*

Hensikten med arbeidsavtalen er å få et samarbeidsdokument hvor begge parter avtaler å jobbe mot samme mål. Pasientene forplikter seg til å komme i tide, arbeide tiden ut og eventuelt gi beskjed ved forsinkelser eller sykefravær, mens ergoterapeuten på sin side skal samarbeide og tilrettelegge på best mulig måte slik at pasienten når sine mål. Arbeidsavtalen evalueres jevnlig med pasienten.

## Metodisk bruk av arbeidstrening

### DE FØRSTE ARBEIDSDAGENE

Første arbeidsdag får alle opplæring i stedets rutiner. Det kan være Mattilsynets regler, brannvern og annet relevant. De blir også kjent med omgivelsene og får møte sine nye kollegaer. Det kan bli mye informasjon på en gang, så det er viktig å være presise i kommunikasjonen og åpne for spørsmål og innspill underveis. Når rutinene er gjennomgått, finner terapeuten på bakgrunn av de første observasjonene en arbeidsoppgave som kan passe den enkelte pasient og tiden som er til rådighet:

*«Da velger jeg aktiviteter som ikke er så omfattende, for da er jeg mest ute etter mestring. Pasientene er ofte nervøse og usikre når de kommer.»*

Relasjonsbygging pågår under hele behandlingsforløpet. Som ergoterapeuter må vi hele tiden

ha fokus på vår terapeutstil for å fremme et godt samarbeid med pasienten, samt bli mer bevisste på vår egen terapeutstil. Vi skifter terapeutisk modus ut fra behov og kombinerer ofte flere i interaksjonen med pasienten for å fremme pasientens motivasjon, utholdenhet, innsikt etc. Ofte kombineres terapeutstilene: talsperson, samarbeidende, empatisk, oppmuntrende, instruerende og problemløsende. For å fremme pasientenes opplevelse av trygge rammer og troen på at de kan mestre arbeidssituasjonen, inntar vi ofte i begynnelsen et samarbeidende og oppmuntrende modus. Her begynner også den videre kartleggingen av pasientens konsentrasjon, tålmodighet, utholdenhet, språkforståelse osv. Denne informasjonen påvirker hvordan vi som ergoterapeuter best kan tilrettelegge aktivitet som gir mestring og måloppnåelse for hver enkelt pasient.

### BRUKERMEDVIRKNING

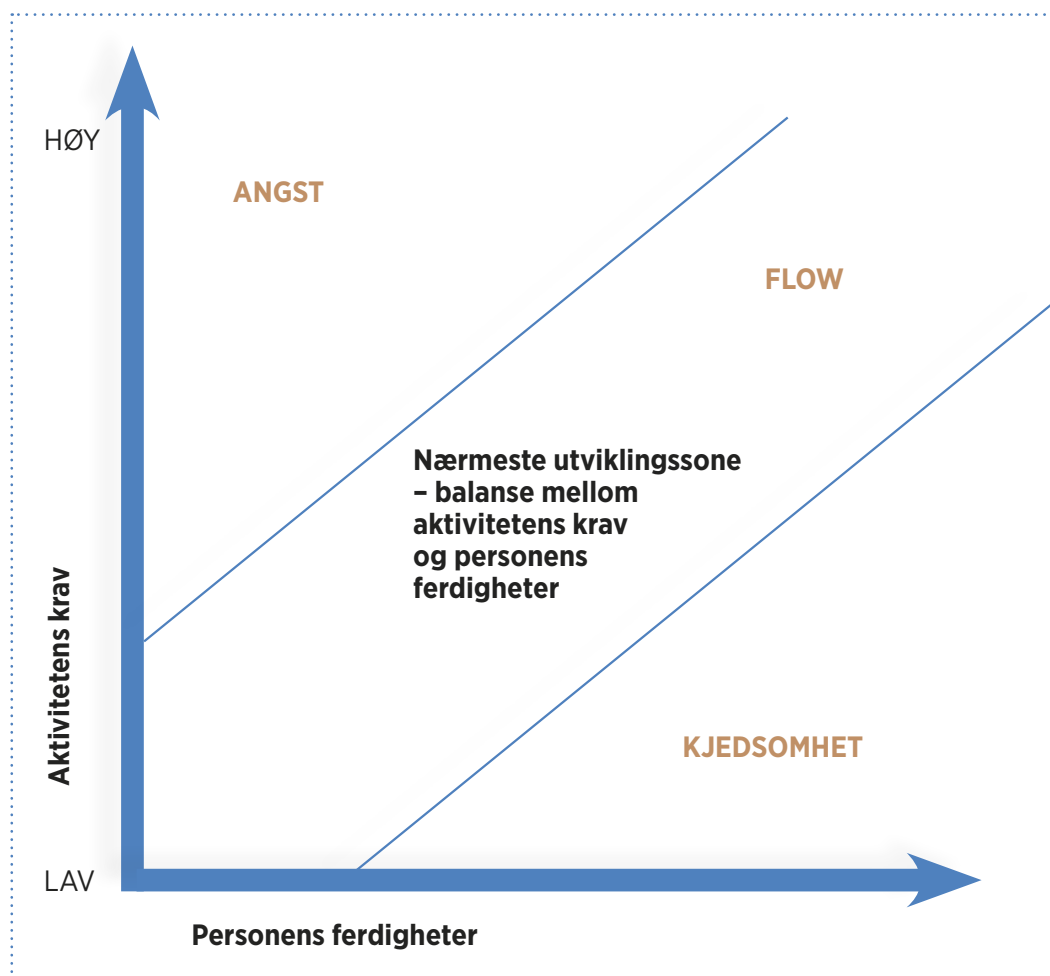
Vi har stort fokus på brukermedvirkning, og et av målene er at pasientene skal kunne være med å velge arbeidsoppgaver på jobb, for blant annet å fremme selvstendighet og trene pasienten i å kunne stå for egne valg. Dersom en pasient for eksempel ønsker å eksperimentere med en matrett eller lage noe nytt, er vår jobb å sette oss ned sammen med pasienten, planlegge innkjøp, avtale når retten skal lages, og når den kan serveres. I dette kan det ligge mange valg, og for mange er det en utfordring. Pasienten tror kanskje ikke på eget valg eller tør ikke å velge. På den annen side må pasientene noen ganger gjøre arbeidsoppgaver de ikke har valgt selv, som for eksempel rutineoppgaver med oppvask og renhold eller det å avslutte en stor trykkerbestilling:

*«...det er kanskje også litt det med arbeidstrening, at det skal være meningsfullt og hyggelig, men man skal også tåle å måtte gjøre noe som er litt kjedelig.»*

Vi prøver å la pasienten gjøre så mye som mulig selv. Underveis anerkjenner vi det pasienten gjør som bra, eller inntar en problemløsende modus og korrigerer vennlig i riktig retning. Målet er at det blir et bra resultat, både for å fremme mestring og å tilfredsstille kundene.

### GRADERING AV AKTIVITETER

Etter hvert som pasienten mestrer flere oppgaver, blir vår jobb å utfordre pasientens nærmeste utviklingssone, slik at vedkommende opplever utvikling av ferdigheter og kapasitet, og ikke mister



Modell 1 illustrerer forholdet mellom aktivitetens krav og personens ferdigheter: Hvis aktivitetens krav samsvarer med personens ferdigheter, bidrar det til utvikling og i mange tilfeller flow (Csikszentmihalyi, 1989; Vygotsky, 2001). Hvis krav og ferdigheter ikke samsvarer, kan det i mange tilfeller føre til kjedsomhet eller angst.

motivasjonen. Det er avgjørende at aktivitetens krav og personens ferdigheter samsvarer for å oppnå utvikling og opplevelse av mestring (se modell 1). Hvis aktivitetens krav, for eksempel en oppskrift, er høyere enn pasientens ferdigheter, kan resultatet bli at personen ikke klarer å gjennomføre og ender opp med en følelse av utilstrekkelighet, motstand mot å prøve på nytt og eventuelt angst. Motsatt kan pasienter som har godt utviklede ferdigheter oppleve kjedsomhet i aktiviteter som krever mindre. Vår oppgave er derfor å balansere dette ved å motivere, støtte og utfordre pasientene etter behov.

Ved bruk av aktivitetsanalyse kan vi gradere vanskelighetsgrad basert på pasientens opplevelse av mestring og våre observasjoner:

«Jeg hadde en pasient som ikke likte å ta i kjøtt, egg og deig. Uten at jeg pushet noe på det, ønsket hun å øve på dette, så hun kunne lage mat til venner og familie. Vi satte opp en plan hvor hun skulle gradere. Jeg jobbet tett sammen med henne hele tiden og prøvde å være oppmuntrende, ikke ta over, men være til stede.»

Aktivitetene kan graderes ved å tilpasse hvor mye

hjelp du som terapeut gir. Pasientene kan utføre små konkrete oppgaver med eller uten støtte, som fra å steke en vaffelplate til å trene seg opp til å mestre hele prosessen med å klargjøre salgsdisken. Det er en kompleks aktivitet som inneholder svært mange deloppgaver og mye å tenke på. Det kreves konsentrasjon over lengre tid samt evne til delt oppmerksomhet. På HT kan pasientene utføre hele prosessen fra innkommet bestilling på mail til et ferdigstilt produkt, eller delta i deler av produksjonen. I det å gradere vanskelighetsgrad ligger også mye motivasjonsarbeid. Noen pasienter gruer seg for neste trinn, mens andre gleder seg til å utfordre seg selv. Vi motiverer ved å peke tilbake på oppgaver pasienten har mestret, og oppmuntre dem til å utvikle seg videre.

#### TILRETTELEGGING AV OMGIVELSENE

Omgivelsene på HT og CÅ er ulike og påvirker pasientenes arbeid. Det kan være høy aktivitet og mange kunder. For å skape en positiv arbeidssituasjon for pasientene må vi derfor regulere hvor mange som kan jobbe samtidig:

*«Jeg pleier å spørre pasienten: Hva liker du best når du lager mat? Mange sier de liker å snakke litt, mens andre foretrekker at det er rolig. Så har vi én som sier han liker å snakke, men da klarer han ikke å jobbe, da han blir ufokusert.»*

Da pasientene har så ulike ønsker og behov, må vi som terapeuter være gode til både å fremme og begrense samtale, samt tåle stillhet for å møte den enkelte.

### **TILRETTELEGGING AV TERAPEUTROLLEN OG KOMMUNIKASJON**

Basert på samtaler og observasjon tilpasser vi terapeutrollen fortløpende. Hvis en pasient er usikker på hvordan en aktivitet skal gjennomføres, kan vi for eksempel innta en samarbeidsrolle hvor vi utfører oppgaven parallelt med pasienten. På den måten får pasientene en visuell veiledning, og det krever ikke like mye språkkunnskap. I andre situasjoner trekker vi oss litt tilbake, slik at pasientene kan prøve seg frem så selvstendig som mulig.

I løpet av arbeidsdagen oppstår det ofte spontane og ikke planlagte situasjoner, som likevel kan bli terapeutiske og bidrar til mye læring for alle parter:

*«En kunde sa til en pasient: du ga meg feil beløp tilbake. Pasienten fortalte meg hva som hadde skjedd. Jeg spurte om hun trodde hun hadde gitt riktig veksel, noe hun bekreftet. "Gjør det du tror er riktig", svarte jeg. Heldigvis viste det seg at pasienten hadde fått en positiv mestringsfølelse ut av den lille, utilsiktede hendelsen, da hun senere på dagen sa: "Så bra at du stolte på meg. Da måtte jeg stole på meg selv også."»*

Enkelte dager er arbeidstempoet høyt, med stort tidspress for å få ferdig bestillinger i tide. Da kan også terapeuten være fullt opptatt med praktiske driftsoppgaver, noe som kan påvirke arbeidet med pasientene. I slike sammenhenger kan det være utfordrende å hele tiden følge opp hva pasientene trenger av utfordringer, og tilpasse terapeutrollen deretter:

*«Noen ganger ser jeg at pasienten må ha mer verbal rettleidelse for å mestre oppgaven, og det krever jo mer tid.»*

Dette illustrerer hvordan omgivelsene også påvirker fagutøvelsen. Enkelte ganger skulle man gjerne hatt mer tid og rom for å veilede pasientene slik at de mestrer nye eller mer kompliserte arbeidsoppgaver,

men på travle dager foreslår man likevel enklere oppgaver som man vet pasienten mestrer selvstendig.

Mye av jobben vår handler om kommunikasjon, både verbal og nonverbal. Det er flere hensyn å ta, da mange pasienter har et annet morsmål:

*«Jeg hadde en ny pasient som forstod veldig lite norsk. Vi laget vaffelrøre. Parallelt. Jeg viste henne og hun gjorde det samme. Selv om vi ikke snakket samme språk, opplevde jeg å kommunisere gjennom aktivitet som veldig positivt. Det er en utfordring ikke å bruke for mange ord, så jeg må virkelig gå i meg selv og tenke gjennom hvordan formidle på enkleste og mest tydelige måte.»*

Noen pasienter trenger å øve på å starte enkle samtaler og holde disse gående. Som terapeut prøver man å tilpasse seg situasjonen, og være en rollemodell, noe som igjen kan føre til at pasienten også tilpasser seg.

*«En pasient snakket ofte svært høyt. I stedet for å hjelpe vedkommende å justere seg skjedde det gang på gang at vi automatisk snakket høyere enn ham. Vi tilpasset oss ham. Etter hvert ble volumet absolutt for høyt, og vi ble enige om å ha fokus på å starte samtalen med «vanlig» stemme og holde den der. Da senket også vedkommende sin stemme automatisk. Han tilpasset seg oss.»*

### **KARTLEGGING OG EVALUERE MÅL**

Under hele behandlingsløpet observerer, kartlegger og dokumenterer vi arbeidet med pasientene. Dette er viktig for å finne rett arbeid og behandlingstilbud til den enkeltes ferdigheter. Vi bruker Ergoterapeutisk Virksomhetsanalyse (EVA), som tar utgangspunkt i observerbar aktivitetsutførelse og ser på motorisk-, prosess-, kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter. Et av målene for ergoterapiintervensjon er at pasientene skal opprettholde ressurser og funksjonsnivå. Vi har god erfaring med å fokusere på dette i COPM-intervjuer (Canadian Occupational Performance Measure):

*«... COPM-intervju er jo også ment for å få satt sine mål, men også finne ressursene som man kan bygge videre på. For det er jo ikke bare problemfokuserte mål de skal ha.»*

Enkelte ganger kan COPM-intervjuer være et for komplekst og krevende redskap for de som ikke snakker godt norsk, eller har kognitive utfordringer:

*«Da kan man bruke Mayers' Lifestyle Question-*



*naire, som er et mye mer strukturert og styrende kartleggingsredskap. Stiller direkte spørsmål.»*

I etterkant snakker vi med pasienten om resultatet, peker på områder vedkommende har utviklet seg på, områder som kan utvikles, og setter videre mål sammen. Ofte får pasienten ny motivasjon og større bevissthet om hva det kan være lurt å jobbe videre med:

*«Det er alright å bruke kartleggings skjemaer for å sette i gang samtale. Noen synes det er stas å bli kartlagt, mens andre er så lei at de nesten spy bare ved tanken.»*

## **AVSLUTNING AV ARBEIDSFORHOLD OG VEIEN VIDERE**

Når pasientene avslutter arbeidet, har vi en oppsummerende samtale, skriver arbeidsattest, samt tilbyr å være referanse når de skal søke jobb. For mange av pasientene har erfaringene hos oss bidratt til at de har funnet sine arbeidsinteresser og mot til å prøve seg i arbeidslivet:

*«En pasient fikk jobb på en restaurant gjennom et arbeidsmarkedssted. Blant annet serverte han frokost til 90 stykker alene. Han begynte kl. 07.00, og han som i starten hadde problemer med å komme seg opp på kaféen til kl. 10.30. Det er gøy å se at det nytter.»*

Vi har lenge jobbet med pasienter tilknyttet sikkerhetspsykiatriske enheter, noe vi ofte opplever er et ukjent område for mange samarbeidspartnere. Veien videre for denne pasientgruppen kan by på mange utfordringer. Flere ganger har vi erfart at de blir stigmatiserte og møtt med fordommer om at de ikke kan være i arbeid. Derfor er våre observasjoner av pasientene viktige å viderefremme til aktuelle samarbeidspartnere:

*«Jeg opplever at de mestrer like mye som mange andre. Enkelte ganger mer. De innehar jo masse ressurser, de også.»*

## **Diskusjon**

### **ARBEIDSREHABILITERING FOR MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER**

Denne studien illustrerer hvordan ergoterapeuter jobber metodisk med arbeidstrening for pasienter med psykiske lidelser under innleggelse på sykehus ved bruk av kafé- og trykkeridrift. Forskning viser at mennesker som lider av psykoselidelser, i stor grad kan mestre det ordinære arbeidslivet, gitt at det

tilpasses den enkelte (Evensen et al., 2016; Falkum et al., 2017). En utfordring er negative symptomer som tilbaketrekking, apati og passivitet, som påvirker arbeidsevnen (Bull & Lystad, 2011). Derfor er det viktig med rett støtte og oppfølging av den enkelte, som beskrives i denne studien. En systematisk oversikt gjennomført av Nøkleby, Blaasvær & Berg (2017), viser at arbeidstrening på ordinære arbeidsplasser, såkalt «place then train» (Supported Employment) har best effekt. På grunn av organisering med høy grad av struktur, oppfølging av ergoterapeuter og et begrenset antall arbeidstimer, samt tilknytning til behandlingstilbudet ved sykehuset, er HT og CÅ mer tilsvarende en tradisjonell form for arbeidsrehabilitering, såkalt vocational rehabilitation, ofte omtalt som «train then place». Denne formen for arbeidstrening gir en gradvis tilnærming til ordinært arbeid gjennom arbeidsforberedende trening på skjermede arbeidsplasser (Bull & Lystad, 2011). Samtidig tilsvarer HT og CÅ reelle arbeidsplasser hvor pasientene har kundekontakt og arbeidsoppgaver knyttet til driften. Pasientene får en rolle som medarbeider hvor de er aktive bidragsytere. Det er avgjørende at aktivitetens krav og personens ferdigheter samsvarer for å oppnå utvikling og muliggjøre flow, som kan bidra til at pasientene gradvis øker troen på egen mestring (Csikszentmihalyi, 1989). Denne studien viser at med rett tilpassing av aktivitetenes krav og omgivelsene mestrer de fleste pasientene å arbeide, som sammenfaller med forskning og nasjonale retningslinjer (Evensen et al., 2016; Falkum et al., 2017). Videre viser denne studien at vi som ergoterapeuter har fokus på og tilrettelegger slik at pasientene i størst mulig grad får kunnskap og ferdigheter som kan være overførbare til et selvstendig liv etter utskrivelse, og som kan bidra til hverdagsmestring. Dette innebærer blant annet samarbeidsevne, ansvarsfølelse, kommunikasjon, orden, planlegging, kreativitet, bruk av arbeidsredskap og det å holde avtaler.

### **METODISK BRUK AV AKTIVITET**

Arbeidet ved CÅ og HT er systematisert etter arbeidsprosessmodellen CPPF for å kunne jobbe metodisk med aktivitet (Townsend & Polatajko, 2007). Som ergoterapeuter innehar vi spisskompetanse på samspillet mellom person, aktivitet og omgivelsene, og kan på den måten tilrettelegge arbeidstreningen etter den enkeltes behov (Kielhofner, 2008). Denne studien viser at relasjonsbygging er noe som pågår under hele behandlingsforløpet, hvor høflighet

og respekt for pasienten er grunnleggende. Det er viktig å opparbeide en god relasjon som trykker pasienten og gjør vedkommende mer mottakelig for samarbeid og egen endring. I samsvar med Taylor (2008) inntar vi et samarbeidende og oppmuntrende modus i begynnelsen for å trykke pasientene. En utfordring er å finne rett terapeutstil, slik at pasientene gradvis jobber mer selvstendig og opplever utvikling. Ved bruk av aktivitetsanalyse, som gir oss kunnskap om aktivitetens krav og hvilke ferdigheter personen trenger for å gjennomføre oppgaven, kan aktivitetene graderes og tilpasses den enkeltes nærmeste utviklingssone (Anderson, 2009; Borg et al., 2008; Ellingham, Clark & Jespersen, 2015; Vygotsky, 2001). Etter hvert som pasienten mestrer flere og flere oppgaver, må vi som ergoterapeuter utfordre pasientens nærmeste utviklingssone, slik at vedkommende opplever utvikling av ferdigheter og kapasitet, og ikke mister motivasjonen. Hvis aktivitetens krav er høyere enn personens ferdigheter, kan resultatet bli at personen ikke klarer å gjennomføre, og ender opp med en følelse av utilstrekkelighet, motstand mot å prøve på nytt og eventuelt angst. Motsatt kan pasienter som har godt utviklede ferdigheter, oppleve kjedsomhet i mindre krevde aktiviteter. For å skape en positiv arbeidssituasjon må vi regulere omgivelsene. Noen profiterer på at det skjer mye og er mange tilstede, mens andre trekker seg da mer tilbake og mister oppmerksomheten på aktivitetene. Ergoterapeuten må hele tiden ha fokus på terapeutstilen sin for å fremme et godt samarbeid med pasienten ved å motivere, støtte og utfordre pasientene etter behov (Taylor, 2008). I løpet av arbeidsdagen prøver vi å la pasienten gjøre så mye som mulig selv. Underveis anerkjenner vi det pasienten gjør, eller inntar en problemløsende modus og korrigerer vennlig i riktig retning. En utfordring som beskrives i denne studien, er nok tid til å tilpasse terapeutstil, aktivitetene og omgivelsene til den enkelte pasients utviklingspotensial. Noen faktorer i omgivelsene kan ikke kontrolleres fullt ut. Det hender at det er mange pasienter, bestillinger og kunder samtidig, noe som gjør at pasientene noen ganger må igangsettes med enklere oppgaver de mestrer, og ikke alltid selv får velge hva de ønsker å gjøre. Dette kan føre til at pasienten kan oppleve kjedsommelighet og miste motivasjon. Negative symptomer som tilbaketrekking, apati og passivitet kan derfor gjøre det ekstra utfordrende for noen å følge opp jobben videre (Bull & Lystad, 2011). På den ene siden kan dette utfordre pasientenes nærmeste

utviklingssone og gjenspeile det ordinære arbeidsmarkedet, hvor man noen ganger må «tåle» å gjøre kjedelige arbeidsoppgaver. Men det kan også føre til at kravene blir for høye for enkelte, som dermed ikke klarer å gjennomføre arbeidsdagen og kan igjen oppleve utilstrekkelighet. Det er derfor viktig å ha ressurser til å gi mer støtte til de som trenger det, og ha jevnlig evalueringssamtaler. Ikke minst er det viktig å være oppmerksom og ha en åpen dialog i løpet av arbeidsdagen, noe som også støttes av forskning (Falkum et al., 2017).

For å kartlegge pasientens konsentrasjon, tålmodighet, utholdenhet, språkforståelse og så videre bruker vi ulike kartleggingsredskaper, som for eksempel EVA (Ellingham, Clark & Jespersen, 2015; Kielhofner, 2007). Denne informasjonen påvirker hvordan vi som ergoterapeuter best kan tilrettelegge aktivitet som gir mestring og måloppnåelse for hver enkelt pasient. Det å utføre kartleggingssamtaler ved bruk av skjema, som for eksempel COPM (Baptiste et al., 2005; Jacobsen, 2009; Law et al., 2014) og Mayers' Lifestyle Questionnaire (Mayers, 2003) er med på å strukturere arbeidet med å jobbe mer klientsentrert, hvor pasientens mål er utgangspunktet, men det kan også by på utfordringer. Da vi forsøker å tilrettelegge for en så normal arbeidssituasjon som mulig, kan det virke unaturlig for pasientene å gå gjennom omfattende skjemaer. Det kan både virke overveldende og gjøre enkelte paranoide, og kan ligne for mye på deres vanlige pasienthverdag, slik at det kan skape avstand. Samtidig samarbeider vi hele tiden tverrfaglig, og en grundig funksjons- og arbeidsevnevurdering er ofte etterspurt, også for å søke pasientene videre i arbeidsrettede tiltak. I den sammenheng er standardiserte kartleggingsverktøy gode redskaper til å strukturere arbeidet vårt. Men det er viktig at pasientens stemme blir hørt under kartleggingen, og at vi gjennom hele behandlingsforløpet streber etter å inkludere pasientens synspunkt.

## Sammendrag

Vår jobb som ergoterapeuter innen psykiatri handler ofte om «de selvfølgerlige ting». Vi kommuniserer, prøver å være gode rollemodeller, motiverer, hjelper pasienter til å kjenne på mestringsfølelse og vise at deres stemme teller. I denne artikkelen har vi skissert hvordan vi jobber metodisk med arbeidstrening med mål om å fremme aktivitet, deltakelse og hverdagsmestring. Et hovedfokus er å stimulere det friske i en hverdag hvor pasienten ofte opplever

begrensninger i aktivitet utførelse. På den måten kan ergoterapeuter bidra til å motvirke institusjonisering og være med å forberede pasientene til et liv ute i samfunnet.

## Referanser

- Anderson, Lena (2009). *Metodisk bruk av aktivitet i ergoterapi*. Ergoterapeuten 52 (1).
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2012). *Arbeid og psykisk helse. Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007–2012*. Status per august 2012.
- Baptiste, S., Law, M., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., Pollock, N. (2005). *Canadian Occupational Performance Measure* (manual) (4.ed) CAOT Publications ACE
- Bull, H. & Lystad, J.U. (2011). *Betydningen av arbeid for personer med schizofreni*. Tidsskrift for Norsk psykologforening (48).
- Creek, J. & Lougher, L. (2008). *Occupational therapy and mental health*. Fourth edition. Churchill Livingstone Elsevier.
- Csikszentmihalyi, M. & Le Fevre, J. (1989). Optimal experience in work and leisure. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56 (5).
- Borg, T., Runge, U., Tjørnov, J., Brandt, Å. & Madsen, A. J. (2008). *Basisbog i ergoterapi: Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. (2. utg.). København: Munksgaard Danmark.
- Ellingham, B., Clark, E.G. & Jespersen, L.F. (2015). *Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system (EVA) Brukermanual for kartlegging og vurdering av ferdigheter i aktivitet utførelse*. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Evensen, S., Ueland, T., Lystad, J. U., Bull, H. Klungsøyr, O., Martinsen, E. W. & Falkum, E. (2016). Employment outcome and predictors of competitive employment at 2-year follow-up of a vocational rehabilitation programme for individuals with schizophrenia in a high-income welfare society. *Nordic Journal of Psychiatry*. DOI:10.1080/08039488.2016.1247195.
- Falkum E., Klungsøyr, O., Lystad, J. U., Bull, H. C., Evensen, S., Martinsen, E. W., Friis, S. & Ueland, T. (2017). Vocational rehabilitation for adults with psychotic disorders in a Scandinavian welfare society. *BMC Psychiatry*. DOI 10.1186/s12888-016-1183-0.
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose lidelse*. Juni 2013, IS-1957.
- Jacobsen, H. V. (2009). *Canadian Occupational Performance Measure*. I Nyboe, L. & Hvalsøe, B. (Red). *Lærebok i psykiatri for ergoterapeuter og fysioterapeuter*. (s.145-148). Danmark: Munksgaard
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application*. (4. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademiske.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H.J. &

- Pollock, N. (2014). *COPM – Canadian Occupational Performance Measure*. CAOT Publications ACE. (5. utg.).
- Malt, U. F., Andreassen, O. A, Melle, I. & Årslund, D. (2012). *Lærebok i psykiatri*. (3. utg.) Oslo: Gyldendal akademiske
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Oslo:Universitetsforlaget AS.
- Mayers, C. A. (2003). The Development and Evaluation of the Mayers' Lifestyle Questionnaire (2). *British Journal of Occupational Therapy*, 66 (9), 388-395
- Nyboe, L. & Hvalsøe, B. (2009). *Lærebok i psykiatri for ergoterapeuter og fysioterapeuter*. Danmark: Munksgaard.
- Nøkleby H, Blaasvær N, Berg RC. (2017). *Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt*. Rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Rund, B.R. (2016). *Schizofreni*. (5. utg.) Hertervig forlag, Akademisk.
- Taylor, R. R. (2008). *The intentional relationship model: Occupational therapy and use of self*. Philadelphia: FA Davis.
- Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling Occupation II – Advancing an Occupational Therapy Vision for health, Well-being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publication ACE.
- Vygotsky, L. (2001). *Tenkning og tale*. (1. utg.) Gyldendal Norsk Forlag.

## Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.



Posisjonering for barn i alle aldre. Vi starter med de premature, fortsetter med spedbarn, større barn, ungdom, voksne og eldre. God posisjonering 24 timer i døgnet fører barnet inn i normale bevegelsesmønstre som igjen gir frie bevegelser. Se vår hjemmeside med illustrasjoner og videoer for bruk og tips.

**Ny hjemmeside!**  
[www.bamseprodukter.no](http://www.bamseprodukter.no)  
[Info@bamseprodukter.no](mailto:Info@bamseprodukter.no)  
Tlf: 69300105





# Tilfredshet med å delta på et klubbhus for personer med psykisk sykdom

---

Av Tore Bonsaksen, Orsolya R. Fekete og Hege Nordli

*Tore Bonsaksen er dosent ved OsloMet – storbyuniversitetet, Fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, Oslo og ved VID Vitenskapelige Høgskole, Fakultet for helsefag, Sandnes.*

*E-post: [tore.bonsaksen@hioa.no](mailto:tore.bonsaksen@hioa.no)*

*Orsolya R. Fekete er stipendiat ved Høgskulen på Vestlandet, Fakultet for helse- og sosialfag, Institutt for sosialfag og vernepleie, Bergen*

*Hege Nordli er ph.d. i sosiologi og konstituert daglig leder ved Fontenehuset i Oslo.*

## TILFREDSHET MED Å DELTA PÅ ET KLUBBHUS FOR PERSONER MED PSYKISK SYKDOM

### Sammendrag

---

**Fontenehusene** er klubbhus som gir tilbud om arbeidsrettet psykososial rehabilitering for personer med psykisk sykdom. Klubbhusbevegelsen er gjenstand for økende politisk velvilje så vel som økende interesse blant forskere. Denne studien rapporterer kjennetegn ved medlemmer av et norsk klubbhus og spesielt deres tilfredshet med tilbudet. Medlemmene ved huset var ulike i alder, kjønn, utdanning og i deres bruk av huset, men fremsto samstemte i sin vurdering av tilbudet med høye gjennomsnittlige skårer på skalaene for personlig utbytte, brukermedvirkning og overordnet tilfredshet. Fremtidige prosjekter bør bidra til å etablere et standard sett med spørsmål til bruk i forskning og intern evaluering på klubbhusene. Fremtidige studier bør omfatte medlemmer og prosesser ved flere klubbhus, og bør bidra til langsgående studier av medlemmenes utvikling på aktuelle områder, spesielt på satsningsområdet arbeidsdeltakelse.

**Nøkkelord:** arbeid, klubbhus, medlemsundersøkelse, psykisk helse, tilfredshet

---

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.*

## INTRODUKSJON

Klubbhusene, i Norge også kjent under navnet Fontenehusene, er del av en verdensomspennende bevegelse som sikter mot å inkludere personer med psykisk sykdom i arbeid og meningsfull aktivitet (Garbo & Jackbo, 2012). Utgangspunktet for bevegelsen er virksomheten ved de lokale klubbhusene – det fysiske huset hvor medlemmer og medarbeidere arbeider side om side med ulike oppgaver som må løses for å ivareta driften, og hvor medlemmene samtidig kan regulere sin innsats og aktivitet etter hva de kan klare. Flere internasjonale studier har pekt på at dette er en type miljø hvor medlemmene kan trives, utvikle seg og oppleve bedring (Carolan, Onaga, Pernice-Duca, & Jimenez, 2011; Pernice-Duca & Onaga, 2009). De trygge, nære og samtidig praktisk orienterte relasjonene mellom medlemmer, men også mellom medlemmer og ansatte medarbeidere, er ansett som spesielt viktige (Carolan et al., 2011; Norman, 2006; Pernice-Duca & Onaga, 2009; Raeburn, Halcomb, Walter, & Cleary, 2013). Der hvor oppfatninger blant medlemmer og medarbeidere har vært undersøkt i et sammenliknende perspektiv, synes det å være stor grad av sammenfallende begreper for og beskrivelser av mekanismene som er i spill (Herman, Onaga, Pernice-Duca, Oh, & Ferguson, 2005; Pernice-Duca, 2010).

Parallelt med arbeidet som foregår på de enkelte klubbhusene, er det en uttalt målsetting at husene skal bidra til at flere kommer ut i ordinært arbeid. Enkelte studier har vist positive resultater knyttet til klubbhusmodellen, i form av at med-

lemmer oppnådde lengre tids ordinær ansettelse og bedre lønn sammenliknet med personer som var i en annen type tiltak (Schonebaum, Boyd, & Dudek, 2006). Klubbhusenes arbeidsorienterte dag oppfattes som en katalysator for nettopp å kunne lykkes på det ordinære arbeidsmarkedet (Schonebaum & Boyd, 2012). Ordningen med «overgangsarbeid», som er ordinær, men tidsbegrenset ansettelse mellom seks og ni måneder, er fortsatt under oppbygging. Så langt synes det ikke å være evidens for at tiltaket har hatt en varig betydning for deltakelsen i arbeid blant de som har forsøkt det (Pirttimaa & Saloviita, 2009).

I nordisk sammenheng er beskrivelser og studier av klubbhusenes virksomhet fortsatt lite utbredt. Fontenehuset i København ble presentert som et sosialt rehabiliteringsprogram i 1994 (Madsen & Horst, 1994), og en kvalitativ studie av Fontenehuset i Stockholm ble publisert ti år etter (Karlsson, 2004). I Norge presenterte Stimo og medarbeidere klubbhusmodellen gjennom en artikkel i *Ergoterapeuten* (Stimo et al., 2015), hvor det ble lagt spesiell vekt på likhetspunktene mellom ideologi og metode ved klubbhusene og det teoretiske grunnlaget i ergoterapifaget. I en ny studie fra Sverige rapporterte medlemmer ved klubbhus høyere grad av valgmulighet, medbestemmelse og støtte fra andre medlemmer, sammenliknet med personer som brukte lokalbaserte dagsentra (Hultqvist, Markström, Tjörnstrand, & Eklund, 2017). De nevnte egenskapene synes nettopp å avspeile kjerneverdier ved klubbhusene, og kan indikere at «liv og lære» henger sammen på en god måte.

Parallelt med studier av hvordan virksomheten ved klubbhusene kan knyttes til ulike utfallsmål – hva tjener de til? – er det viktig å få mer kunnskap om hva som kjennetegner medlemmer ved slike klubbhus, og hvordan de selv erfarer det å være der og bruke tilbudet. Hvilke sider ved tilbudet er medlemmene mer og mindre tilfredse med?

## HENSIKT

Hensikten med denne studien er å rapportere nivået av tilfredshet blant medlemmer som deltar på et norsk klubbhus.

## Metode

### DESIGN

Studien er basert på data fra en medlemsundersøkelse ved det aktuelle klubbhuset, hvor dataene er samlet inn på ett og samme tidspunkt for hver deltaker («tverrsnittsstudie»). Dataene ble samlet inn vinteren 2016 over en periode på cirka en måned hvor undersøkelsen var tilgjengelig for medlemmene.

### DELTAKERE

Undersøkelsen var åpent tilgjengelig for alle aktive medlemmer ved det aktuelle klubbhuset, hvor «aktivt medlem» ble definert ved at man hadde brukt huset minst én gang i løpet av de siste 90 dagene. Det var ingen andre kriterier for inklusjon eller eksklusjon. Huset hadde 151 aktive medlemmer på den tiden da undersøkelsen ble foretatt, og 94 (62.3 prosent) av disse besvarte undersøkelsen.

### INSTRUMENTER

Alle data ble samlet inn gjennom klubbhusets medlemsundersøkelse i 2016. I denne studien rapporterer vi data knyttet til med-

lemmenes sosiodemografiske og arbeidsrelaterede forhold, og hvor tilfredse de er med ulike sider av virksomheten ved huset.

### ANALYSE

Dataene ble overført til og analysert i statistikkprogrammet SPSS (IBM Corporation, 2016). For denne studien er det kun utført beskrivende analyser: frekvenser og andeler (prosent) ble brukt til å beskrive kategoriske data, mens gjennomsnitt og standardavvik ble brukt til å beskrive kontinuerlige data.

Skalaene som er knyttet til spørsmålene om tilfredshet (personlig utbytte, brukermedvirkning, og samlet tilfredshet), springer ut fra en forutgående faktoranalyse av disse spørsmålene. De tre spørsmålene om personlig utbytte (spørsmål 1, 2 og 3) henger godt sammen og «lader» på samme underliggende faktor, mens spørsmålene om brukermedvirkning (spørsmål 4, 5 og 6) tilsvarende henger godt sammen som en enhet og «lader» på en annen faktor. Når det også brukes en sumskåre («samlet tilfredshet») basert på alle de seks spørsmålene, er det fordi en én-faktorløsning også gir et tilfredsstillende bilde av hvordan dataene henger sammen. Her lader alle spørsmålene på en og samme faktor.

### ETIKK

Ingen personidentifiserende data ble samlet inn, og studien trengte derfor ingen godkjenning fra Personvernombudet for forskning. Bruk av dataene fra medlemsundersøkelsen til faglig og vitenskapelig formidling ble klart og gjort i samarbeid med ledelse og medlemmer ved det aktuelle klubbhuset.

<b>Sosiodemografiske, arbeidsrelaterede og medlemskapsforhold blant deltakerne</b>		
<i>Aldersgruppe (n = 94)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
21-30 år	11	11.7
31-40 år	25	26.6
41-50 år	25	26.6
51-60 år	23	24.5
61 år og over	10	10.7
<i>Kjønn (n = 94)</i>		
Menn	45	47.9
Kvinner	47	50.0
Transperson	2	2.1
<i>Høyeste fullførte utdanning (n = 93)</i>		
Grunnskole eller videregående skole	58	62.4
Høgskole eller universitet	35	37.2
<i>Arbeid og inntekt (n = 94)</i>		
Lønnet arbeid	19	20.2
Arbeidsavklaring	36	38.3
Uførepensjon	41	43.6
Flere typer inntekter	31	33.0
<i>Bruk av klubbhuset (n = 89)</i>		
4-5 ganger i uka	17	18.1
1-3 ganger i uka	48	51.1
Ca. annenhver uke	3	3.2
Sjeldnere enn ca. annenhver uke	21	22.3
<i>Medlemskap (n = 79)</i>		
Varighet av medlemskap (år)	M	SD
	5.56	4.39

Tabell 1: Sosiodemografiske, arbeidsrelaterede og medlemskapsforhold blant deltakerne. Note. Der hvor enkelte ikke har besvart spørsmålet (n < 94) er prosentandeler beregnet ut fra det antallet som faktisk besvarte det.

## Resultater SOSIODEMOGRAFISKE FORHOLD

Det var i alt 94 medlemmer som fylte ut medlemsundersøkelsen for 2016. Aldersfordelingen viste at 61 av deltakerne (64.9 prosent) var 50 år eller yngre. Det var en nesten helt lik fordeling mellom menn og kvinner, og to personer beskrev seg som transperson. Det var en overvekt av personer uten fullført høyere utdanning (n = 58, 62.4 prosent).

## ARBEID OG INNTEKTSGRUNNLAG

I tråd med medlemsundersøkelsens oppbygning var det mulig for deltakerne å oppgi ulike former for arbeid og inntektsgrunnlag samtidig, og dette ble gjort av 31 deltakere. Nitten av deltakerne (20.2 prosent) oppga at de for tiden var i lønnet arbeid, mens 36 (38.3 prosent) oppga at de mottok arbeidsavklaringspenger som sitt inntektsgrunnlag, og 41 (43.6 prosent) mottok uførepensjon. Av de 75 som oppga ikke å



Tilfredshet blant medlemmer på klubbhuset				
Hvor enig eller uenig er du i de følgende påstandene?				
	Del 1: Personlig utbytte	n	M (SD)	Min-Max
1	På Fontenehuset gjør jeg meningsfullt arbeid	86	4.22 (0.91)	1-5
2	På Fontenehuset får jeg brukt mine ressurser	85	3.80 (1.06)	1-5
3	På Fontenehuset føler jeg meg til nytte	85	4.12 (0.93)	2-5
	Del 2: Brukermedvirkning	n	M (SD)	Min-Max
4	På Fontenehuset får jeg være med og bestemme i saker som angår huset	86	3.99 (1.17)	1-5
5	På Fontenehuset får jeg delta i alle møter hvor viktige saker diskuteres	87	4.25 (1.14)	1-5
6	Jeg føler at jeg har innflytelse på min arbeidshverdag på Fontenehuset	86	4.38 (0.91)	1-5
	Skalaer	n	M (SD)	Min-Max
	Personlig utbytte	84	12.23 (2.55)	5-15
	Brukermedvirkning	84	12.62 (2.66)	3-15
	Samlet tilfredshet	84	24.85 (4.57)	9-30

Tabell 2: Tilfredshet blant medlemmer på klubbhuset

Note. Individuelle spørsmål skåres 1-5 (helt uenig – helt enig). Skalaene personlig utbytte og brukermedvirkning har skårebredde 3-15, mens den samlede tilfredshetsskalaen har skårebredde 6-30. n angir antall gyldige svar for hvert spørsmål / hver skala.

være i arbeid, rapporterte 43 (57.3 prosent) at de ønsket å komme i arbeid.

### MEDLEMSKAP OG BRUK AV KLUBBHUSET

Femten personer besvarte ikke spørsmålet om hvor lenge de hadde vært medlem ved klubbhuset. Av de som besvarte det ( $n = 79$ ), oppga 13 personer (16.5 prosent) at de hadde vært medlemmer ved huset i under ett år, mens de øvrige oppga varigheten på sitt medlemskap i hele og halve år. I beregningen av gjennomsnittlig medlemskapslengde ble alle de som oppga å ha vært medlem under ett år, stipulert til å ha vært medlem i et halvt år. Med dette som forutsetning hadde deltakerne sett under ett en gjennomsnittlig varighet på sitt medlemskap på

5.6 år (SD = 4.4 år).

Fem deltakere besvarte ikke spørsmålet om hvor ofte de brukte huset. Av de 89 som svarte, oppga 21 (22.3 prosent) at de brukte huset sjeldnere enn annenhver uke. Tre deltakere (3.2 prosent) benyttet huset omtrent annenhver uke, mens et flertall benyttet huset en til tre ganger i uka ( $n = 48$ , 51.1 prosent) eller fire til fem ganger i uka ( $n = 17$ , 18.1 prosent). Kjennetegn ved deltakernes sosiodemografiske, arbeidsrelaterte og medlemskapsrelaterte forhold er presentert i Tabell 1.

### TILFREDSHET MED KLUBBHUSET

Responser på spørsmålene om tilfredshet varierte over stort sett hele skalaen, men med gjennomsnittsskårer som tilsa at delta-

kerne sett under ett var mellom delvis og helt enige i de aller fleste av de positivt formulerte utsagnene. Skårene på hver av de tre-leddete skalaene for personlig utbytte og brukermedvirkning var omtrent like. Alle skårer på spørsmålene om tilfredshet er presentert i Tabell 2.

### DISKUSJON

Medlemmene på klubbhuset som deltok i undersøkelsen, var i ulike aldre og jevnt fordelt mellom kvinner og menn. Mer enn én av tre deltakere hadde høyere utdanning, mens omtrent én av fem var i lønnet arbeid. Variasjonen i deltakernes bakgrunn representerer et mangfold ved klubbhuset, og i beste fall kan nettopp dette bidra til å skape et godt og inkluderende miljø hvor folk kjenner seg verdsett – ulikhetene mellom medlemmene kan medføre at de blir ressurser for hverandre, slik at hver enkelt både kan gi og motta støtte (Hancock, Bundy, Honey, Helich, & Tamsett, 2013; Norman, 2006).

En mindre andel av deltakerne var i lønnet arbeid, enten heltid eller deltid. Det uklart i hvilken grad dette avspeiler forholdene blant medlemmene som helhet betraktet. Dersom dette er representativt, kan det indikere at det er et stort behov for å rette innsats mot å bistå medlemmene i retning av lønnet arbeid, sett i lys av funn fra medlemsundersøkelsen fra 2015. I denne fremkom det at hele 48 (55.2 prosent) av 87 deltakere ønsket seg lønnet arbeid (Bonsaksen et al., 2016). Det er altså et stort sprik mellom andelen som ønsker seg en jobb, og andelen som faktisk har en, noe som også er funnet i tidligere studier (Bull & Lystad, 2011; Mueser, Salyers, & Mueser, 2001). Imidlertid kan andelen blant medlemmene som



Fontenehuset i Oslo.

har lønnet arbeid, være høyere – det vil være naturlig at medlemmer som er i arbeid, kan ha mindre overskudd eller mulighet til å benytte seg av huset, og at disse dermed ikke har inngått i det selvelekterte utvalget.

Nærmere 70 prosent av deltakerne brukte klubbhuset minst én dag ukentlig, mens det også var en andel på 22 prosent som brukte huset sjeldnere enn annenhver uke (se Tabell 1). Dette betyr at et ganske stort flertall så hverandre og arbeidet sammen en eller flere dager i uka. Det å møtes jevnlig legger et grunnlag for å kunne bli godt kjent med hverandre, stole på hverandre og dra nytte av hverandre. Det synes derfor gunstig at så vidt mange kommer jevnlig for å bruke huset. «Gjengangerne» vil trolig også ha mulighet til å bli viktige miljøska-

pere og kulturbærere, også for nye medlemmer og medlemmer som ikke kommer så ofte. Selv de som ikke kommer så ofte, vil kunne ønske å være medlemmer over tid. At gjennomsnittlig varighet på medlemskapet var over fem år, kan bety at mange oppfatter medlemskapet som viktig i seg selv, selv om den faktiske bruken av huset kan variere over tid og i takt med endringer i livet.

Medlemmenes tilfredshet med klubbhuset var stor. Begge underskalaene (personlig utbytte og brukermedvirkning) og skalaen for overordnet tilfredshet hadde gjennomsnittlige skårer på over 80 prosent av maksimal skåre. Den umiddelbare tolkningen av dette er at det aktuelle klubbhuset gjør mye godt for medlemmene sine – og siden medlemmene selv er en

så viktig del av hva tilbudet på huset er og kan være (Bomann & Iversen, 2015; Hancock et al., 2013; Karlsson, 2004; Stimo et al., 2015), betyr det samtidig at medlemmene gjør en viktig jobb, både for seg selv og andre, ved å være der. Det samme gjelder naturligvis for medarbeiderne og ledelsen ved huset.

Samtidig ser gjerne tilfredshetsundersøkelser ut omtrent som dette. Folk som får et tilbud, og som velger å benytte seg av det, er oftest fornøyde. Deltakelse ved klubbhuset er frivillig, og da er det rimelig at de som bruker det, gjør det fordi de liker noe ved tilbudet. Det som skjer ved klubbhuset, oppleves trolig godt for dem, men måten de svarer på, kan også bety at de kan være bekymret for at negativ tilbakemelding kan få tilbudet til å forsvinne eller bli vesentlig endret. Det kan være vanskelig å skjelle områder som medlemmene er fornøyde med, fra områder hvor de er mindre tilfredse. Basert på gjennomsnittsskårene (se Tabell 2) kan det se ut som det er størst tilfredshet med innflytelsen medlemmene opplever å ha på egen arbeidshverdag, og med at de kan være med på møter hvor viktige saker diskuteres. De opplever i noe mindre grad at de får være med å bestemme i saker som gjelder huset, og de opplever til en viss grad å ha ressurser som de ikke får brukt på huset. Å se nærmere på disse forholdene (medlemmenes medbestemmelse og mulighet til å få brukt sine ressurser) kan være en vei til kvalitetsforbedring ved det aktuelle klubbhuset.

## BEGRENSNINGER OG VIDERE STUDIER

Studien er begrenset av få delta-

kere, men svarprosenten basert på antallet aktive medlemmer ved huset gir et relativt godt grunnlag for å hevde representativitet for denne gruppen medlemmer spesielt. Det er likevel vanskelig å generalisere funnene til alle medlemmene ved huset (inklusive de inaktive), og gitt at alle deltakerne var medlemmer ved ett og samme klubbhus, er det ikke rimelig å generalisere utover dette. Fremtidige studier bør ha som mål å inkludere en høyere andel deltakere fra flere klubbhus, slik at man bedre blir i stand til å si noe om medlemstilfredshet ved klubbhus generelt, men også for å kunne si noe om undergrupper som kan være av spesiell interesse. Man bør også koordinere seg med tanke på hva det er ved klubbhusene man vil undersøke, og dermed – så langt det er mulig – bruke et standardsett med spørsmål på en konsistent måte. Langsgående studier som følger medlemmer over tid, vil være viktige for å vite noe om forløp, både av tilfredshet med klubbhuset, men også av andre forhold. Spesielt medlemmenes deltakelse i lønnet arbeid (for noen også overgangsarbeid) vil være viktig å studere over tid, gitt klubbhusenes målsetting om å bidra til nettopp dette.

## KONKLUSJON

Deltakerne i studien, som var medlemmer ved et norsk klubbhus for personer med psykisk sykdom, var spredt med tanke på alder, kjønn, utdanning, arbeid, og i hvor ofte de brukte huset. Gjennomsnittlige skårer på tilfredshetsskalaene (personlig utbytte, brukermedvirkning, og samlet tilfredshet) var imidlertid høye og indikerer at medlemmene var godt tilfredse med tilbudet som de mottok ved klubbhuset.

## Referanser

- Bomann, L. A. N., & Iversen, A. D. (2015). *Fontenehuset - en recoverynærende omgivelse*. Masteroppgave. Hedmark University College, Elverum.
- Bonsaksen, T., Fouad, M., Skarpaas, L. S., Nordli, H., Fekete, O., & Stimo, T. (2016). Characteristics of Norwegian clubhouse members and factors associated with their participation in work and education. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(11), 669-676. doi:10.1177/0308022616639977
- Bull, H., & Lystad, J. U. (2011). Betydningen av arbeid for personer med schizofreni. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(8), 733-738.
- Carolan, M., Onaga, E., Pernice-Duca, F., & Jimenez, T. (2011). A Place to Be: The Role of Clubhouses in Facilitating Social Support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(2), 125-132.
- Garbo, G. L., & Jackbo, A. (2012). En kilde til vekst. *Fontenehuset - et arbeidsfellesskap for mennesker med psykiske utfordringer*. Oslo: Fontenehuset i Oslo.
- Hancock, N., Bundy, A., Honey, A., Helich, S., & Tamsett, S. (2013). Measuring the Later Stages of the Recovery Journey: Insights Gained from Clubhouse Members. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 323-330. doi:10.1007/s10597-012-9533-y
- Herman, S. E., Onaga, E., Pernice-Duca, F., Oh, S., & Ferguson, C. (2005). Sense of community in clubhouse programs: member and staff concepts. *American Journal of Community Psychology*, 36(3-4), 343-356.
- Hultqvist, J., Markström, U., Tjörnstrand, C., & Eklund, M. (2017). Programme characteristics and everyday occupations in day centres and clubhouses in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(3), 197-207. doi:10.1080/11038128.2016.1200669
- IBM Corporation. (2016). SPSS for Windows, version 24. Armonk, NY: IBM Corp.
- Karlsson, M. (2004). Rehabiliterings- och självhjälpsinsatser för och av personer med psykisk sjukdom. *Sociomedical tidsskrift*, 4(4), 370-379.
- Madsen, A., & Horst, C. (1994). Fountain House in Copenhagen. A presentation of a social rehabilitation programme for persons with long-term mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48(4), 287-291.
- Mueser, K., Salyers, M., & Mueser, P. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 281-296.
- Norman, C. (2006). The Fountain House movement, an alternative rehabilitation model for people with mental health problems, members' descriptions of what works. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2), 184-192.
- Pernice-Duca, F. (2010). Staff and Member Perceptions of the Clubhouse Environment. *Administration & Policy in Mental Health*, 37(4), 345-356. doi:10.1007/s10488-009-0242-y
- Pernice-Duca, F., & Onaga, E. (2009). Examining the contribution of social network support to the recovery process among clubhouse members. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12(1), 1-30.
- Pirttimaa, R., & Saloviita, T. (2009). Transitional employment and its effects in Finland. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 231-234. doi:10.2975/32.3.2009.231.234
- Raeburn, T., Halcomb, E., Walter, G., & Cleary, M. (2013). An overview of the clubhouse model of psychiatric rehabilitation. *Australasian Psychiatry*, 21(4), 376-378. doi:10.1177/1039856213492235
- Schonebaum, A., & Boyd, J. (2012). Work-Ordered Day as a Catalyst of Competitive Employment Success. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 391-395. doi:10.1037/h0094499
- Schonebaum, A., Boyd, J. K., & Dudek, K. J. (2006). A Comparison of Competitive Employment Outcomes for the Clubhouse and PACT Models. *Psychiatric Services*, 57(10), 1416-1420.
- Stimo, T., Jarål, G. B., Ellestad, A. K., Ellingham, B., Skarpaas, L. S., & Bonsaksen, T. (2015). Fontenehusmodellen i Norge: En metode i harmoni med tenkning i ergoterapifaget. *Ergoterapeuten*, 58(4), 22-30.



# Psykisk helsearbeid sett i lys av aktivitet og narrativ mening

Artikkelen løfter fram fortellinger, historier og handlinger som helsefremmende muligheter i hverdagen.

Av Sissel Alsaker



*Sissel Alsaker er førsteamanuensis ved Institutt for psykisk helse, fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU.*

## AKTIVITET OG MENING

Aktivitet og narrativer henger sammen gjennom det vi gjør og bidrar til å skape mening i det daglige. Jeg vil her legge fram hvordan jeg på bakgrunn av egen og andres forskning kan synliggjøre hvordan hverdagens aktiviteter fungerer narrativt eller meningsskapende, er relasjonelle og muliggjør endringsprosesser innen psykisk helse-feltet. Videre tar jeg utgangspunkt i at psykisk helse er en del av samt utvikles og fremmes i hverdagens aktiviteter. Dette er i tråd med Recovery-tradisjonen, ofte kalt bedringsprosesser, som argumenterer for at psykisk helse støttes og fremmes i hverdagen, i samarbeid mellom brukere og hjelpere (Borg & Davidson, 2008; Davidson & Roe, 2007, (L Ulfseth, 2016). Mange ulike helse- og sosialprofesjoner arbeider i feltet og sentralt i de ulike tilnærminger er relasjoner, mellom bruker og hjelper, mellom bruker og bruker, mellom bruker og andre mennesker. Så hva innebærer det? Hvordan ser vi sammenheng mellom relasjoner og narrativer, mellom relasjoner og aktivitet? Sammenhengen kan uttrykkes som mening eller meningsdannelse, og som her

nødvendigvis må synliggjøres gjennom språk.

Kunnskap om og praksis med aktivitet har alltid vært ergoterapeuters fremste bidrag til tjenestene og brukerne. Aktivitet har vært og er kunnskapsbase, hensikt, mål, middel og medium for det meste som ergoterapeuter har foretatt seg innenfor psykisk helse feltet (og innen ergoterapi generelt). Betydningen av aktivitet innenfor de ulike områdene av faget er ikke like lett å kommunisere godt for brukere og tjenester, spesielt utenfor egen profesjon. Mitt bidrag i så henseende er å vise en kunnskapsbasert argumentasjon omkring aktivitet, narrativer og relasjoner innenfor tverrfaglig profesjonelt psykisk helsearbeid. Min bakgrunn er mange års arbeid med utdanning av ergoterapeuter samt ved videre- og masterutdanning i tverrfaglig psykisk helsearbeid. Videre legger jeg til grunn mitt doktorgradsarbeid om aktivitet og narrativer, som kunnskapsmessig knytter sammen handling og mening, narrativ-i-handling (Sissel Alsaker, 2009).

Narrativer betyr fortellinger eller historier, og jeg bruker disse begrepene litt om hverandre. I

min pågående forskning studeres aktivitet i relasjonelle sammenhenger, med utsiktspunkt fra aktivitetene. Aktivitet er i denne sammenheng alt det vi foretar oss i hverdagen, og hvor handling, mening, struktur og form spiller sammen (Christiansen & Townsend, 2014). Narrativer handler om hvordan mening kommuniseres, og er et vidt felt rent kunnskapsmessig. Her anvendes en forståelse basert på handlingsnarrativer (S Alsaker & Josephsson, 2017; Mattingly, 1998; Ricoeur, 1993). Forenklet betyr dette at aktiviteter gjør det mulig for mennesker å gjøre meningsfulle erfaringer gjennom konkrete handlinger, for eksempel i hverdagslivet. I slike sammenhenger befinner man seg i en kultur eller kontekst hvor handlingene er knyttet til historie, og hvor det man foretar seg i nåtid, henger sammen med tidligere erfaringer fra handlinger og medfølgende relasjoner. Når man forteller noen om erfaringer og opplevelser omkring aktiviteter, vil fortellerens meningsopplevelser og -erfaringer synliggjøres, og det skapes spillerom for kommunikasjon og endring. Brukere har i utgangspunktet bruk for hjelp og støtte som kan være helsefremmende, og det innebærer at ergoterapeuten eller andre tjenesteytere skal arbeide med dette gjennom relasjoner og kommunikasjon. Aktivitet og handling vil da alltid være nærværende, enten konkret ved at man gjør noe sammen, eller at man snakker sammen om brukeres opplevelser og erfaringer. Å dele erfaringer innebærer gjerne at man forteller om en eller annen aktivitet, noe man har foretatt seg, eller opplevelser og erfaringer knyttet til handlinger.

Slike relasjoner produserer



*Når man forteller noen om opplevelser omkring aktiviteter, vil fortellerens meningsopplevelser og -erfaringer synliggjøres, og det skapes spillerom for kommunikasjon og endring.*

narrativer eller fortellinger som kommuniserer mening, gjennom det vi kaller den narrative struktur. Denne strukturen kjenner vi ved at den har en begynnelse, et midtparti og en avslutning, og hvor historien drives framover av et spenningsmoment, ofte kalt «plot» i litteraturen. Dette plottet er det som gjør at vi engasjerer oss, at vi blir interesserte i å lese eller høre hele historien. Vi vil høre hvordan det går til slutt. Mennesker har alltid fortalt historier, og historier eller fortellinger har alltid et konkret innhold ved at noen gjør noe, har gjort noe, eller ønsker å gjøre noe. I for eksempel en roman oppstår ofte utfordringer; spenning er til stede i ulike former, positive eller negative, og vanskeligheter, dilemmaer og utfordringer utbroderes og dramatiseres. Vi kan si at leseren eller tilhøreren engasjeres i den grad at vi kjenner igjen eller kan speile egne erfaringer i historien. Den vil dermed kunne bidra til å bearbeide våre egne lignende erfaringer og opplevel-

ser. Vi kjenner dette fenomenet gjennom romaner, TV-serier og ulike kunstuttrykk. Narrative er bærere av moralske/normative eller verdimeslige sider av fortellerens hverdag, og ofte får vi høre om hvordan fortelleren forklarer situasjoner og søker mulige løsninger.

I det daglige liv, i hverdagspraten, vil narrative være situasjoner eller episoder som er uforløste. De bringer fram bruddstykker av historien, men bærer i seg antydninger om mening og betydning. Slike episoder eller situasjoner innebærer kommunikative muligheter gjennom at deltakerne vil tolke eller prøve å få fram hva det hele betyr, eller hvilken mening som ligger til grunn. De fleste som arbeider som terapeuter, er dyktige til å plukke opp betydningsfulle temaer når man snakker med brukere. Denne terapeutiske evnen er gjerne kjennetegnet på en erfaren terapeut som har sosialisert kunnskap eller såkalt taus kunnskap (Mattingly & Fleming, 1994). Uan-

sett er det hverdagens aktiviteter som er grunnlag for relasjonen og kommunikasjonen. Terapeuten og brukeren vil utforske om de har en felles forståelse av det de snakker om; forstår jeg det du sier slik, eller mente du egentlig noe annet? Kommunikasjonsmessig er et budskap ikke forstått av den andre før forståelsen er bekreftet, sier Ricoeur (1991).

I det følgende vil jeg gi noen eksempler på narrativer, først fra litteraturen, deretter fra ulike empiriske studier. Hovedfokuset her er å vise hvordan handlinger eller aktiviteter spiller en sentral rolle i narrativ meningsdannelse, og hvordan relasjoner knyttes til aktivitet og kommunikasjon gjennom tolkningsprosesser.

### POESI OG MENING

Inspirert av Aristoteles' utlegning omkring det narrative i fiksjon (Aristoteles, 1920) utviklet den franske filosofen Paul Ricoeur en argumentasjon om at narrativ er nært knyttet til handlinger, ikke kun til poetiske tekster eller drama (Ricoeur, 1993). Narrativer er ifølge ham til stede i det virkelige liv. Aristoteles var oppatt av hvordan fiksjon i form av litteratur og dramatik også alltid er knyttet til den konkrete virkeligheten gjennom menneskers aktivitet i en eller annen materiell og sosial kontekst. I et aktivitetsvitenskapelig språk vil vi kunne si at narrativer alltid kan finnes i hverdagshandlinger eller hverdagsaktiviteter (S Alsaker, 2009). Et eksempel fra litteraturen viser dette.

#### Det er den draumen

*Det er den draumen me ber på  
at noko vidunderlig skal skje,  
at det må skje -  
at tidi skal opna seg,  
at hjarta skal opna seg,*



*Hvordan forstår vi innholdet i et dikt?*

*at dører skal opna seg,  
at kjeldor skal springa -  
at draumen skal opna seg,  
at me ei morgonstund skal glida  
inn på ein våg me ikkje har visst um.*  
(Olav H. Hauge, 1966 i diktsamlingen *Dropar i austavind*).

Hvordan forstår vi innholdet i dette diktet? Har det noe med aktivitet, mening og relasjoner å gjøre?

En tolkning kan være som følger: Handler det egentlig om noen som er ute på båtturen? Jeg forestiller meg at noen har vært på en fin tur i skjærgården og så begynner det å bli kveld og skipperen leter etter en havn for natten. Han leter etter noe han ikke vet om, men har en ide om hvordan det skal se ut, det skal være ly for vind og vær, det skal være ankringsmuligheter og det skal være vakkert der slik at man kan få en fredelig kveldsstund, gjerne lage litt mat før man får en god natts søvn. Og at man kan våkne frisk og opplagt til neste dags seilas. Her synliggjøres

umiddelbart aktiviteten og de handlinger og meninger som kan tillegges.

Samtidig vil jeg tro at diktet stimulerer til videre tolkning, hva er det som man drømmer om? Er det noe som synes umulig å få til i livet, noe man gjerne ville få til eller ha, noen man ville fått et bedre forhold til, noen man savner? Eller at det er noe man så gjerne ville få til men ikke får til – og så drømmer man om at det bare plutselig vil hende – selv om man gjerne har mange erfaringer som tilsier at store, grunnleggende endringer er vanskelige, og liksom ikke kommer av seg selv. Man har jo ikke fått det til før, så hvorfor skal man få det til nå? Kanskje dette vidunderlige er litt urealistisk – og hva er nå det? Viser diktet at det alltid kan være et håp, om noe mer, noe bedre eller noe annet, og at det er mulig å prøve?

Diktet fra Olav H. Hauge brukes ofte i overgangsritualer som bryllup, konfirmasjon eller begravelse, i og med at det henter fram en forestilling om noe som skal



hende, men som vi ikke vet noe om nå. Samtidig ser vi også at det synliggjør håpet om at det som skal hende, skal være det gode. Handlingsnarrativer er nettopp dette, fortellinger om håp og mening, formidlet via aktiviteter som viser til tidligere erfaringer, konkrete handlinger og ønsker og drømmer om en mulig framtid. Samtidig formidler handlingsnarrativer utfordringer som man står overfor, og som tilsynelatende er uforløste. Her finner man store tolkningsrom for mening, samtidig som vi har en konkret base, aktiviteten, som gjør tolkningene tilgjengelige og mulige å undre seg over og dele med andre. Betydningsfulle tema vil kunne hentes fram og «undersøkes» i form av at man kan snu og vende på temaet og prøve ut ulike måter å tolke det på. I terapeutisk sammenheng handler det gjerne om å se alternative muligheter, nye måter å gjøre ting på eller finne fram til alternative tolkninger eller forståelsesformer. Aktiviteter og aktivitetserfaringer muliggjør slik utforskning eller utprøving.

Teoretisk forklares den narrative funksjon som menneskers måte å forholde seg til og håndtere hverdagslivets paradokser og motsetninger, og slik skape en umiddelbar forståelse eller forklaring som man kan leve med her og nå, inntil historien kan justeres eller endres, noe som gjerne skjer i kommunikasjon mellom mennesker og omgivelser (S Alsaker & Ulfseth, 2017).

### **HVERDAG, MENING OG PSYKISKE HELSEUTFORDRINGER**

Innenfor psykisk helse-feltet finnes det forskning som viser hvordan handlingsnarrativer synliggjør ulike sider av det å leve med utfordringer innen psykisk

helse. Jeg vil vise noen eksempler fra forskning jeg selv har deltatt i, først fra brukere i en institusjonskontekst, deretter fra kommunale tjenester.

- Ergoterapeut Anne fortalte om en bruker hun hadde samarbeidet med:

*Brukeren, en voksen dame, var innlagt på korttidsopphold. Hun var fryktelig fortvilet da jeg møtte henne ... hun hadde nemlig rotet til sin økonomi og så ingen utvei ... jeg valgte derfor å møte henne med helt konkret hjelp .... Brukeren hadde brukt opp alle pengene sine og all sin disponible kreditt på en bestemt type samlevarer ... de kostet ikke mer enn 20 kr pr stykk, men hun hadde kjøpt tusenvis i mange ulike butikker og fortalte at de lå i hauger og esker hjemme og fylte hele boligen .... Det var knapt nok plass til henne selv der ... Hun angret noe fryktelig og kunne ikke forstå hvordan hun kunne gjøre dette og ikke stoppet i tide ... hun hadde jo ødelagt økonomien for lang tid framover ... i tillegg var det jo ganske skammelig ... en voksen kvinne som hun var ... det var uoverstigelig ... Ergoterapeuten fokuserte på det konkrete, hva kan vi gjøre? Hvilke muligheter finnes? Kan det tenkes at vi kan få levere tilbake noe? Og kan det tenkes at vi kan få tilbake noen penger .... varene er jo ubrukt ... ikke engang pakket ut? I samarbeid klarte ergoterapeuten og brukeren å snu tragedien til et konkret felles prosjekt, noe de jobbet sammen om for å endre, i stedet for å fokusere på sykdom og håndtere skammen. Ergoterapeuten tok de første telefonene, deretter gikk de sammen til noen butikker og*

*brukeren ringte etter hvert selv til butikklederne, med ergoterapeuten som supporter ... og de fikk levert tilbake det meste, samt fikk tilbake storparten av pengene...(S Alsaker & Ulfseth, 2017).*

Denne historien er trolig gjenkjennbar for den som har arbeidet innen psykisk helse-feltet. Det interessante her er det fokus ergoterapeuten legger på handlingene, og som muliggjør for bruker og hjelper i fellesskap å bryte ut av det uløselige moralske og økonomiske dramaet som brukeren var kommet i. Samtidig viser det også betydningen av at det å gjøre noe sammen med noen som kan ta de innledende initiativ, bidrar til å rette blikket framover, til å se muligheter og dermed bidra til å endre brukerens fortelling. Dette var aktiviteter som tok tid, som krevde mange ulike handlinger og gjentakende kontakt mellom bruker og hjelper, hvor nettopp den relasjonelle prosessen, som er så sentral i psykisk helsearbeid, fikk utvikles innenfor aktivitetenes narrative muligheter.

- Bruker Hanne forteller om at hun skal skrives ut i morgen: *En gruppe brukere satt en morgen i fellesstua og drakk kaffe ... de var nettopp ferdige med morgenmøtet. Hanne fortalte at hun skulle utskrives i morgen og at hun grudde seg fælt, for det var jo ikke så greit å komme hjem alene. Alt går jo greit her nå, så jeg skjønner jo at jeg må hjem, men der er det jo ingen som venter på meg eller som jeg kan gjøre noe sammen med ... og nå er vi jo blitt så godt kjent vi som er her og alt ... jeg kommer til å savne alt vi gjør sammen, fellesaktivitetene vi har her ....*

*Hun forteller videre at denne gangen har de (personalet) lovet meg at jeg skal få komme tilbake på et kort opphold etter noen uker hjemme .... Derfor ser jeg for meg at jeg nå skal hjem og øve meg på å være meg .... Og så kan jeg komme tilbake og fortelle om hvordan det gikk og kanskje er dere her og kan høre på ... og diskutere hvordan øvelsen gikk ...?*

*Hvordan kan man «øve på å være meg», kan man spørre?* Det som synes klart, er at Hanne mener hun ikke kan være seg selv når hun er i en behandlingskontekst – hun må hjem. Der er en bolig, et nabolag, kanskje en jobb, kanskje noen venner og kanskje en familie. I tillegg er der kanskje også erfaringer som ikke er gode, aktiviteter som ikke ble deltatt i, oppgaver som ikke ble gjort.

Leseren kan undre seg over hvordan Hanne har kommet i denne situasjonen, men det er ikke en uvanlig situasjon innen psykisk helse-feltet. I institusjonen, med støtte og hjelp fra personale og andre brukere, kan Hanne fungere godt. I narrativ sammenheng ser vi at hun selv forklarer sin historie med at hun er for mye alene, og da får hun ikke gjort ting, hun ønsker seg noen å gjøre noe sammen med. Hun sier ikke hvordan hun skal løse det hjemme, men det er tydelig at det er hennes drøm: Hvis jeg skal kunne være meg, må jeg være og gjøre noe sammen med andre.

Vi vet fra forskning og praksis at isolasjon og manglende deltakelse er sentralt for dem som skal arbeide med mennesker som har utfordringer i forhold til psykisk helse. At aktivitetene i seg selv bringer mennesker sammen, vet vi, og at aktiviteter skaper tilhørig-

het og meningsopplevelse. Narrativ som dette synliggjør brukeres stemmer, og ikke minst at det å finne en måte å være seg selv på hjemme krever øvelse og kanskje spesiell støtte og hjelp også der. Derfor er forskning som synliggjør dette, betydningsfull for å utvikle praksis (Lena Ulfseth, Josephsson, & Alsaker, 2016), og utfordrer nye arenaer for tjenestene.

**Kommunalt psykisk helsearbeid** har stadig større plass innenfor feltet. Dette skaper utfordringer for utøverne i og med at konteksten for tiltak er radikalt endret fra fellesstua på institusjonen til brukerens hjem eller nærmiljø. Samtidig må de tjenestene som følger opp brukerne i hverdagskonteksten, også forholde seg til det.

- Psykisk helse-arbeidere forteller om profesjonsutøvelse og deltakelse:  
*...du vet jeg er en av de få kontaktene som brukeren har, jeg blir uvilkårlig en del av vedkommendes nettverk, ja til og med del av deres hverdagsliv, kontaktpunktet til resten av verden må jeg si ... jeg er jo på jobb, jeg er ikke en venn, hvordan skal jeg håndtere det? Det er en hårfin balanse mellom å hjelpe og bli en sovepute ... vi som hjelper har store hjerter og vil så gjerne at brukeren skal få hjelp, men av og til lurer jeg på om vi er mer engasjerte i brukernes liv enn de er selv! (Reed, Josephsson, & Alsaker, 2017.)*

Videre fortelles det:

*Hva skal jeg satse på å tilrettelegge for, segregerte aktiviteter eller aktivitetsarenaer for folk flest? Må jeg gjøre en moralsk vurdering, er det bedre å bruke arenaer der man ikke avsløres som bruker? Dersom vedkommende strever og er utrygg og*

*ustabil så er det kanskje ok å å satse på segregerte arenaer, men med en gang vi er enige om at brukeren er litt mer robust og kan tørre å prøve ut litt mer krevende ting, da ville jeg satse på ordinære arenaer .... Men hvordan støtte og tilrettelegge der...? Brukerne ønsker jo utfordringer av og til og av og til ikke... kunsten blir å balansere disse to tilsynelatende motsatte ønsker og behov... (Reed et al., 2017.)*

Profesjonsutøvernes fortellinger synliggjør de utfordringene man står overfor på kommunalt nivå, og som kan synes uoverkommelige der og da. En kan undre seg over om det er profesjonstradisjonene og rolleutøvelsen som utfordres – man skal jo ikke være venner med brukerne. Samtidig kan man også her tenke seg et større fokus på aktivitet og handling, man kan gå sammen med brukeren i butikken, på kino, hjem, for å gi brukeren mulighet til å prøve ut ferdighetene sine i de sammenhengene som det er ønskelig å delta i. Høgås (2016) viste i sin masteroppgave hvordan samarbeidet mellom bruker og terapeut kunne utvikles over tid gjennom å delta i ulike aktiviteter, det være seg segregerte eller ikke. Hun fant også at innenfor lavterskeltilbud viste aktivitetene veien videre når brukeren trengte nye utfordringer (Høgås, 2016).

## **HVERDAG OG MENING I PSYKISK HELSEARBEID**

Aktivitet innen aktivitetsvitenskap og ergoterapi omhandler hva mennesker rent konkret foretar seg, samt det intensjonelle, noe som kommer før selve handlingen. En har videre tanker om hva man skal eller vil gjøre, som kan være konkret i form av en plan,



*Hva skal terapeuten satse på å tilrettelegge for, segregerte aktiviteter eller aktivitetsarenaer for folk flest?*

et mål eller en hensikt. I hverdagen er mange handlinger knyttet til vaner og rutiner som en har utviklet over tid, og som medfører at vi står opp om morgenen og steller oss selv og de vi har ansvar for, for eksempel barn. Vi spiser frokost og drar av gårde til det arbeidet eller annen daglig aktivitet vi måtte ha på planen. Våre handlinger i slike situasjoner er automatiserte, det vil si at vi bruker lite eller ingen tid på planlegging. Siden narrativer handler om mening og meningsdannelse, kan slike hverdagsseksempler framstå som betydningsløse. Men dersom vi løfter blikket og reflekterer, er det slike rutinemessige aktiviteter som binder oss sammen med grunnleggende verdier og normer i samfunnet (S Alsaker & Josephson, 2017).

Ricoeur (1991) utviklet forståelsen av mening gjennom å knytte

den klarere til det virkelige livet, altså handlingene, aktivitetene og relasjonene, gjennom at han argumenterte for at den narrative meningsprosessen er en grunnleggende menneskelig funksjon. At det ansees å være en grunnleggende menneskelig funksjon, innebærer at dette er noe alle mennesker har tilgang til gjennom å være mennesker. Samtidig er det noe vi har felles, og som dermed gir oss tilgang til felles forståelse eller kommunikasjon. En kan visualisere meningsprosessen som tre folder eller bølger som lenker sammen det virkelige livet og fortellingene om livet, og som foregår kontinuerlig, som en spiral. Foldene viser først de konkrete aktivitetene, deretter kommer utprøvningsfolden, hvor vi knytter det konkrete til tidligere erfaring og opplevelse og undrer oss over hvordan vi skal

forstå eller tolke situasjonene eller historiene. Til sist lander man på en tolkning, en historie som har en begynnelse, en midte og en slutt, og som drives fram av et plot. Plottet eller spenningsmomentet synliggjør den meningen eller betydningen som man der og da velger å tillegge narrativet. For at denne tolkningen skal ha en relasjonell betydning, er man i denne siste folden avhengig av at tilhøreren, eller den man samarbeider med i øyeblikket, kan bekrefte tolkningen. Man tillegger narrativet en felles, relasjonell forståelse. En slik sammenheng er foreløpig, og sagt med andre ord ser vi her en form for utprøving, et øyeblikk hvor vi ser rudimentære sammenhenger. Denne funksjonen kalles ofte utprøving, og i den menneskelige sfære forstår vi det som om at man søker etter sammenheng. Det gjør vi ved at



vi prøver ut eller tester mange ulike forestillinger og fortolkninger om hva som skjer, hvorfor og hvordan. Vi tar inn våre tidligere erfaringer og knytter opp mot de forestillingene vi har i øyeblikket, og former en foreløpig forståelse. Konkret kan vi kjenne igjen slike foreløpige fortolkninger i uttrykk som «tenk om det er slik...», «kanskje det er dette det betyr», «å, sånn må det kanskje være...», «dette ligner jo på det som skjedde i går» eller «jeg håper det holder eller blir sterkt nok...»

Her ser vi den siden av prosessen hvor det tilsynelatende er skapt en sammenheng, men hvor den er ustabil og står i fare for å oppløses (Josephsson, Asaba, Jonsson, & Alsaker, 2006). Eksemplet som ergoterapeut Anne la fram ovenfor, viser hvordan en foreløpig sammenheng ble skapt ved at terapeuten og brukeren utfra konkrete handlinger fikk prøvd ut en annen måte å håndtere krisen på. Historien fikk en slutt som gjorde at brukeren kunne komme videre i stedet for at krisen tok over og gjorde henne handlingslammet. Handling og mening ble knyttet sammen, og brukeren kunne oppleve at hun hadde muligheter til å håndtere hverdagen sin framover. Ergoterapeuten hadde bidratt med den nødvendige støtte og hjelp der og da. Hvordan det gikk videre, vet vi ikke, men trolig vil både brukeren og terapeuten ha fått erfaringer som de kunne ta med videre (S Alsaker & Ulfseth, 2017).

Generelt gir denne andre folden i meningsprosessen oss redskaper til å skape mulige fortolkninger utfra den jevne strømmen av informasjon og persepsjon som vi erfarer i hverdagen. Her har vi en testarena eller et utprøvningslaboratorium for hvordan

vi skal tolke erfaring. Barn har en umiddelbar bruk av slike testarenaer gjennom lek og rollespill, de prøver og feiler, de er reven eller skogmusa, og slik forsyner leken barna med fortolkningsrom. Voksne finner gjerne sine fortolkningsrom eller utprøvningslaboratorium i kunstuttrykk eller litteratur. Vi argumenterer her for at vi bruker denne formen for fortolkningsrom også i hverdagslige aktiviteter. Bruker Hanne forteller at hun skal utskrives for å øve seg på å være seg selv. Det må hun gjøre hjemme, der er hennes hverdag og aktiviteter. Samtidig er det for henne nødvendig å vite at hun eventuelt kan komme tilbake til institusjonen en periode, hvis hun trenger det. Kanskje kunne hun fått nødvendig støtte i hjemmet og nærmiljøet til å finne fram til og prøve ut de ulike aktivitetene og relasjonene som var utfordrende?

Å kunne ta i bruk fortolkningsrom ansees som menneskelig grunnleggende for alle, og hjelper oss med å finne sammenheng og mening i hendelser og handlinger som vi deltar i hele tiden. I vår søken etter sammenheng og forståelse skaper vi en form for kausalitet, hvor vi klargjør vår oppfatning av hva det er som fører til det ene eller det andre, og hvorfor. I denne andre folden er disse fortolkningene fremdeles foreløpige. Vi er ikke helt sikre på årsakssammenhengene, og vi kan tillate oss å prøve ut flere mulige forklaringer. Her hentes følgelig drivkraft fra muligheter og det vi ikke vet hvordan vil ende, hva er svaret, er det noen løsning? Spenningsmomentet i denne prosessen skaper engasjement, ofte for både bruker og terapeut, og aktivitetene gir en konkret situasjon hvor man kan forhandle seg fram til en felles forståelse.

Fortellinger må ha tilhørere for å fungere som kommunikasjon, noe som innebærer at plottet må tilføre tilhøreren noe som engasjerer vedkommende. Engasjementet til tilhøreren vil da fungere som bekreftelse på at historien eller fortellingen har kommuniserende kraft i en relasjonell sammenheng. Samtidig vil historien bære i seg mulig engasjement i forhold til at de enkle hendelser og handlinger i hverdagen faktisk kan tillegges mening gjennom at de gir tilgang til fortellerens forståelse av situasjonen der og da. Brukerperspektivet styrkes gjennom hvordan brukerne forstår og tolker sine aktiviteter, og de kan sammen med terapeutene arbeide mot felles forståelse i situasjonene.

## AVSLUTNING

Hvordan vi kan forstå sammenhengen mellom narrativ og handling eller aktivitet, er belyst med eksempler fra poesi og empirisk forskning innen psykisk helsearbeid. I forskning og praksis, spesielt innen aktivitetsvitenskap og ergoterapi, men også i tverrfaglige sammenhenger, kan handlingsnarrativer forklare og synliggjøre handlingers betydning i meningsskapende prosesser, og også posisjonere hverdagsaktiviteter i sterkere grad (S Alsaker, 2009; S Alsaker & Josephsson, 2017). Dette er synliggjort i de tidligere beskrevne empiriske eksemplene. Videre har en ambisjon i denne artikkelen vært å posisjonere psykisk helse og psykisk helsearbeid i en handlingsnarrativ sammenheng. Jeg håper jeg har lyktes i å engasjere leserne i argumentasjon. Uansett er jeg overbevist om at aktivitetens plass i menneskers meningsunivers er svært sentral og i profesjonell sammenheng ganske underkommunisert.

Med andre ord ser jeg et stort potensial for å utvikle praksis innen psykisk helsearbeid, i ergoterapi, blant annet med kunnskap om aktivitet til andre profesjoner og ikke minst til brukere som er de som virkelig har utfordringer med å leve hverdagsliv hvor handling og mening henger sammen.

## Referanser

- Alsaker, S. (2009). Narrative in action: Meaning-making in everyday activities of women living with chronic rheumatic conditions. (PhD Article-based), Norwegian University of Science and Technology, NTNU, Trondheim. Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:no:ntnu:diva-5941>
- Alsaker, S., & Josephsson, S. (2017). Forholdet mellom aktivitet og narrativer. Nordisk aktivitetsvitenskap (print ed., pp. 215-229). København: Munksgaard.

- Alsaker, S., & Ulfseth, S. (2017). Narrative Imagination. Staff's stories of relational change. *Journal of Occupational science*, 535-545. doi:10.1080/14427591.2017.1375968
- Aristotle. (1920). *Aristotle on the art of poetry*. New York: Oxford University press.
- Christiansen, C. H., & Townsend, E. (2014). *Introduction to occupation: The art of science and living*. (Second ed.). Essex: Pearson Education Limited.
- Høgås, M. (2016). *Hverdag og psykisk helse i et recoveryperspektiv*. (Master), NTNU, Trondheim. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11250/2471800> (<http://hdl.handle.net/11250/2471800>)
- Mattingly, C. (1998). *Healing Dramas and Clinical Plots. The narrative structure of experience*. Los Angeles: University of California Press.
- Mattingly, C., & Fleming, M. (1994). *Clinical Reasoning. Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: F A Davis Company.

- Reed, N. P., Josephsson, S., & Alsaker, S. (2017). Community mental health work: Negotiating support of user's recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi:10.1111/inm.12368
- Ricoeur, P. (1993). *Från text till handling*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag.
- Ulfseth, L. (2016). *Sosiale relasjoner og narrativer blant personer med psykiske lidelser i en miljøterapeutisk kontekst - sammen skapes mening i hverdagen*. (PhD-thesis), NTNU, Trondheim. Retrieved from <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2391639> (127)
- Ulfseth, L., Josephsson, S., & Alsaker, S. (2016). Homeward Bound: Enacted Narratives of the Return to Home after a Short-Term Stay at a Psychiatric Centre. *Narrative Inquiry Journal*, 21(1), 22-38.



# TRYKKFRIHET

## STIMULITE® SITTEPUTER

LUFTIG, LETTHÅNDTERLIG, STADIGT

**Modeller prisforhandlet med NAV:**

**Prøv selv! Bestill produkt demonstrasjon eller gratis demopute nå!**

**Ring 48 50 32 97 eller send en e-post til [julia@rehabshop.com](mailto:julia@rehabshop.com)**

**Contoured Ekstra Myk Brederer Sittegrup**  
konturert, sidestabil pute for para- og tetraplegikere med høy risiko for trykksår

**Slimline Ekstra Myk**  
konturert, lav pute for aktive brukere med mellom / lav risiko for trykksår

**GØRAN SJODÉN'S REHABSHOP NORGE AS**  
Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru  
Tel: 48 50 32 97 [www.rehabshop.as](http://www.rehabshop.as) [Facebook.com/RehabshopNorge](https://www.facebook.com/RehabshopNorge)



# Parenthood and eating disorders

## A TAILORED IN-PATIENT TREATMENT PROGRAM

Av Trine Tetlie Eik-Nes



*Trine Tetlie Eik-Nes er spesialergoterapeut ved Levanger sykehus, Regionalt Kompetansesenter for Spiseforstyrrelser og stipendiat/universitetslektor ved Institutt for psykisk helse og Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).  
E-post: trine.t.eik-nes@ntnu.no*

### PARENTHOOD AND EATING DISORDERS

#### Abstrakt

**Flere studier** viser at barn av mødre med psykiske lidelser har økt risiko for utviklingsforstyrrelser, kognitive vansker, fysiske symptomer og skader, samt atferdsmessige og følelsesmessige problemer. Et behandlingsprogram for gravide og foreldre med spiseforstyrrelser (SF) er utviklet ved Regionalt Kompetansesenter for Spiseforstyrrelser (RKSF) ved Levanger Sykehus. Formålet med denne rapporten er å beskrive dette «Foreldreprogrammet», samt beskrive helsepersonells erfaringer med denne intervensjonen ved RKSF. Dette behandlingsprogrammet er basert på elementer tatt fra 1) Tilknytningsteori, 2) Foreldreveiledningskurset «Trygghets sirkelen» (COS-P) 3) «Barnas Time», 4) kvalitative studier av foreldre med SF 5) kombinert med klinisk erfaring med SF og foreldreskap.

Erfaringer med dette programmet viser kompleksiteten ved å ha en spiseforstyrrelse kombinert med foreldrerollen.

**Nøkkelord:** Spiseforstyrrelser, familie og barn, døgntilrettelagt, utviklingspsykologi

*Det er ingen kjente interessekonflikter.*



## INTRODUCTION

A large body of evidence have shown that children whose mothers suffer from mental disorder are at increased risk for developmental delays, cognitive and functional impairments, physical symptoms and injuries, as well as behavioural and emotional problems (Bagner, Pettit, Lewinsohn, & Seeley, 2010; Bleuler, 1974; Bureau, Easterbrooks, & Lyons-Ruth, 2009; Cornish et al., 2005; Field et al., 2008; Halligan, Murray, Martins, & Cooper, 2007; Lindgren, 2001).

Eating disorders (EDs) are common among women at childbearing age, and Anorexia Nervosa (AN) and Bulimia Nervosa (BN) affect about 8 percent of women during their reproductive age (Easter et al., 2013). It has also been shown that at least 1 in 20 women experience some form of ED during pregnancy (Bulik et al., 2007; Easter et al., 2013; Watson et al., 2013). At post-partum, 11.5 percent of women has reported some type of an ED (Larsson & Andersson-Ellström, 2003). ED may in some cases cause amenorrhea, irregular menstruation, and alteration of the normal hormonal balance, leading to fertility problems (Brinch, Isager, & Tolstrup, 1988; Crow, Thuras, Keel, & Mitchell, 2002; Easter, Treasure, & Micali, 2011; Micali et al., 2013), however individuals with ED do have children, hence there is a need for increased knowledge and treatment of parents with ED.

Some parents with ED experience elaborate negative feelings and some women with ED experience relapses in the post-partum period (Taborelli et al., 2016). A relapse in the post-partum period may lead to feelings of an experience of inadequacy as a mother, combined with shame, which again may underpin post-partum depressive feelings (Jones, 2007). More, women with AN have been found to be vulnerable to relapse periods postpartum, even if they have been symptom free for years (Franzen & Gerlinghoff, 1997). Of concern, as the mental health of parents has been shown to affect children's development.

An earlier qualitative study showed that mothers with ED reported numerous negative experiences with pregnancy and motherhood (Eik-Nes, 2011). For some, body image concerns are especially difficult in pregnancy and many women with ED describe a desire to lose weight after childbirth which can trigger ED symptoms (Brinch M, 1988).

Parenthood may be challenging for all parents in many ways, regardless of having an ED. Being pregnant and becoming a parent may be a vulnerable phase for some women, especially those

suffering from mental health problems. Due to their mental health problems, some may sacrifice their own health for the sake of their children's well-being (Ruddick, 1989), which may affect their ability of being a parent (A. Stein, Wooley, & McPherson, 1999), and accordingly their children's development (A. Stein, 2002). Such a sacrifice may have harmful consequences for the children, as the children may internalize the parents' experiences (Barnett, Buckroyd, & Windle, 2005). Research shows that many mothers with ED experience parenting as challenging and difficult (Agras, Hammer, & McNicholas, 1999; Bryant-Waugh, Turner, East, & Gamble, 2007; Bryant-Waugh, Turner, Jones, & Gamble, 2007; A. Stein, Woolley, Senior, et al., 2006). The psychological stressors of motherhood combined with ED, may lead to depression, which can lead mothers to be nonresponsive, inconsistent, or rejecting toward their infant, placing the mother-baby attachment at risk (Astrachan-Fletcher, Veldhuis, Lively, Fowler, & Marcks, 2008). More symptoms of anxiety and depression has also been shown among women who have BN in pregnancy compared to pregnant women without ED in a large Norwegian population study (Knoph Berg et al., 2008; Mazzeo et al., 2006; Micali et al., 2007).

Difficulties with feeding and reduced infant growth have also been reported in the population of ED (A. Stein, Woolley, Cooper, et al., 2006). Mothers with ED have shown to have difficulties in the management of feeding (Stapleton, Fielder, & Kirkham, 2009; Tierney, Fox, Butterfield, Stringer, & Furber, 2011), leading to mothers' distress over time (Micali, Simonoff, Stahl, & Treasure, 2011). In particular some mothers with ED are particularly controlling over their child's behaviour in both feeding and play (A. Stein et al., 2001).

## ACTIVITIES OF DAILY LIVING

Most often, activities of daily living (ADL) is separated into two categories; basic activities of daily living (BADL) and instrumental activities of daily living (IADL) (Stedman, 2012). While BADL focus on activities involving care of the self, IADL involves more complex activities which require interaction with the environment, for example grocery shopping and use of public transportation. Many parents with ED report that they have difficulties with IADL due to their ED. For instance, many of the parents describe that their fear of interacting with people in settings where food is served have led them to avoid

their children's school plays or other school-related events. Also, restrictive eating patterns or purging behaviours create problems with adequate food intake in both the parents and their children. For some parents, ED severely disrupts family mealtimes and some parents describe never having had a meal with their children. Moreover, both the parents and their children describe disrupted routines of daily living in their families due to the ED. Our experience is that parents with ED have difficulties with IADL which compromises the dynamic in the family.

### THE HEALTH PERSONNEL ACT § 10A

In Norway, the Health Personnel Act § 10a defines the duty of health personnel to help protect minors as relatives («Health Personnel Act § 10a», 2009). This legislation describes the duty that health personnel have to help safeguard the need for information and provide necessary support that minor children of patients with mental illnesses, drug addiction or severe physical illness or injury may have due to the parent's condition. Earlier, the challenges children and their families had due to the parent's condition were not sufficiently addressed, leaving thousands of families without adequate treatment and support. Thus, it is important to tailor and incorporate specific treatment programs for parents with ED. Since parenting is so central for children's development and later functioning, it is of utmost importance that mental health professionals acquire knowledge and methodology to strengthen parenting skills. That way, we as health care professionals can help prevent future generation difficulties in children of parents with ED.

### AIM

In this article, I will describe a tailored and individualized in-patient treatment program for parents or pregnant women with ED. Only the elements pertaining to the parent aspects are described here. Other key elements of the ED program at this ED unit is not covered in this article. This parent program for patients with ED is aimed at strengthening parenting skills and prevent relapse of ED symptoms due to challenges of parenthood in combination with their illness.

Some key elements inform this treatment program:

- 1 attachment theory
- 2 the psycho-educative parenting program Circle of Security Parenting (COS-P) (Hoffman, Marvin, Cooper, & Powell, 2006)

- 3 the «Children's Hour» (Haukø & Stamnes, 2009)
- 4 qualitative studies of ED and parenthood (Eiknes, 2011; Taborelli et al., 2016)
- 5 clinical experience with ED and parenthood

### THEORETICAL FOUNDATIONS OF COS-P:

The theoretical foundation of COS-P is Bowlby's attachment framework (Bowlby, 1997) where the theory is that children are most likely to develop a secure attachment when they have confidence in an attachment figure to whom they can return as a safe haven for comfort when distressed, and then use as a secure base from which to confidently explore. The main goal of COS-P is to help parents improve parenting through increased ability to mentalize the child. In the COS-P intervention, focus is on caregiver's secure base which leads to an emphasis on sensitive responsiveness to the child. The intervention focuses on teaching parents a sensitive response to a child's distress aimed at fostering the child's use of the caregiver as a safe haven. Substantial data indicate that negative and atypical caregiving responses to distress are linked to insecure and disorganized attachment and psychopathology (Gedaly & Leerkes, 2016).

### METHODS

This report was made as a part of a larger thematic publication on «Mental health and Addiction» by the Norwegian Occupational Therapy Association.

All patients with ED who are pregnant or have children are offered this tailored in-patient treatment parent program. The tailored program is given irrespective of their children's ages. Also, parents who have lost custody of their children are offered this program. No patients have declined to follow this program while in treatment.

The patients have at assessment been given an ICD-10 diagnosis of either anorexia nervosa, bulimia nervosa or Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS) (WHO, 1992) or Binge Eating Disorders (BED) (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*, 2000) classified according to the DSM IV research criteria.

### SETTING

This unit for ED offers a specialized in-patient treatment program for adult men and women who suffer from ED. This specialized centre in Stjørdal at Levanger Hospital serves the region of Mid-Norway, but offers treatment to all the health regions in Norway

due to *free hospital choice* in Norway. The unit aims to assess, diagnose and treat patients with long term and severe ED. The ED treatment program at our hospital uses contracts, based on the notion that ED are an inexpedient way of coping with emotional problems. The unit at Stjørdal has eight beds/rooms and an apartment. The parent program includes early and relatively long leaves during the in-patient treatment, which give them the opportunity to have longer periods at home with their families while admitted. Housing for the family is provided when needed. The patients are offered treatment in sequences of various lengths due to severity of illness. The length of stay is decided by a team of experts by reaching a consensus.

In the time period between 2003 and 2015 (12 years), a total of 1,618 patients have been referred for treatment at RKSF, Levanger Hospital. Mean age of the patients at the time of referral was 27.5 years (95 percent CI, 27.02-28.01). The ages at referral ranged from 13.2 to 66.5 years old. Of all women with an ED given right to treatment in this time period (n=1,095), (34.9 percent) had given birth to a child before February 2015.

### **ORGANIZATION OF THE PARENT PROGRAM**

Unit for ED, Stjørdal at Levanger Hospital have since 2011 tailored treatment for parents with ED. Five members of the staff form a team specifically working with parents and pregnant women with ED while in treatment. The team leader is an occupational therapist with a MSc in Child and Adolescent Mental Health. Two of the team members are clinical psychologists, and two team members are nurses who have been trained in the Norwegian «Advanced Programme in Mental Health Care». Two of the team members are certified COS-P therapists.

All patients are given information about the background for this tailored program for parents with ED at the unit upon admission. Close collaboration with the patient's treatment team is highlighted due to strong affects in exploring parenthood.

The «parent program» at the unit consists of

- 1 a weekly session with parents/pregnant women with ED
- 2 at least one individual session with psychologist or doctor where aspects of parenthood are targeted when needed
- 3 session with patients' children
- 4 group sessions and individual sessions with caregivers, spouses and children

5 individual consideration of trauma experiences

As of 2016, the «parent program» was strengthened with the addition of COS-P (Hoffman et al., 2006) and the «Children's Hour», which is a preventive Norwegian health care program for children who have parents with mental and/or substance problems (Haukø & Stamnes, 2009). All children of the parents in this program are given the opportunity to participate in «The Children's Hour». Two of the team members have received extensive training and supervision in this method which includes sessions with children and information and query time for all children from two to 18 years old who have their parents, siblings or other caregivers admitted to treatment.

### **WEEKLY GROUP SESSION**

In the weekly group session, we aim to give the parents tools to develop or enhance their vocabulary and framework for observation and reflection to support their understanding of themselves and their children, and how this influences their ED.

Primarily, we aim to give the parents tools to recognize and understand the different forms of attachment related needs that their children's can have.

The weekly group session consists of no more than six participants and lasts 45 minutes. The groups are «slow-open» as patients have various lengths of treatment periods. Two therapists lead the group.

The sessions are largely based on qualitative research and patients' experiences with ED and parenthood (Eik-Nes, 2011; Tadorelli et al., 2016). The following themes appear to be typical for patients with ED and are thus covered in the group:

- 1 having a guilty conscience as a mother
- 2 food preparation
- 3 feeding and interactions around mealtimes
- 4 not receiving adequate help in their pregnancy
- 5 fear of gaining weight or changing form
- 6 fear of harming their child
- 7 lack of energy as a mother
- 8 difficulties transferring coping skills

Themes specifically relating to pregnancies and the post-partum period are also covered:

- 1 approaching pregnancy: not expecting to be pregnant
- 2 early pregnancy: a difficult transition, making space for the baby: the sacrifice of the ED identity





*Patients are in the group given the opportunity to observe, describe and explore their child's unique temperamental characteristics.*

- 3 middle to late pregnancy: assuming the pregnancy identity, a new body to love
- 4 post-partum: loss of the pre-pregnancy body identity, loss of pregnant identity
- 5 other pregnancies

Within each theme, particular challenges, difficulties and thoughts are identified by the patients and explored together with the members of the group and therapists. In addition to these ED specific themes, related aspects targeting maternal sensitivity as a means of influencing child attachment are explored (Cassidy & Shaver, 2016). Patients are in the group given the opportunity to observe, describe and explore their child's unique temperamental characteristics. Subsequent, we aim to help the parents observe, recognize and understand the different ways their children's behaviors induce specific

thoughts and feelings in them, specifically emphasizing specific thoughts and feelings related to their ED. Next, these ED related thoughts are explored in terms of how these thoughts influence their behaviors and consequently their children. It is earlier stated that such insight is particularly important for parents who have experienced trauma or atypical caregiving in their own childhoods, as is the case for many of the parents in our unit. When the patients have been given a framework for observation and reflection, a foundation is set for reflective dialogue concerning parenthood and the unique experiences of having an ED.

#### **EXPERIENCES WITH THE PARENT PROGRAM**

As earlier stated, patients with children in all age ranges, including pregnant patients, are offered this parent program. Excluding mothers due to having

children over the age of 18 is deemed unfortunate as many patients report years of guilt due to their ED throughout their children's childhood. We view difficulties with parenthood to be a maintaining factor for ED. Thus, the experience of including patients with children of all ages are regarded as highly positive. Health personnel report that the patients are highly satisfied with the program's use of the key elements from the COS-P intervention such as «*the Circle of Security*» (Hoffman et al., 2006). Many parents also report that they similarly have benefited using the techniques learned with their partners and other loved ones. Educational tools such as Disney's «*Inside out*» (Docter, 2015) and a board game called «*Hi - a game about feelings, thoughts and situations*» have been used with both parents, children and grand-children to explore thoughts and feelings (Sommerseth & Winsnes). This board game was developed as a tool to facilitate communication with children in an age appropriate way (Olsen, Winsnes, & Svendsen, 2013). Engaging and motivating children and adolescents in psychotherapy can be a challenge for therapists. Because a child's mental health largely is influenced by the parents, evaluation of the children's home, school environment and community life has been emphasized in this parent program. Occupational therapists are encouraged to involve parents, teachers, nurses at schools and other important health professionals in therapy (Brown & Stoffel, 2011). The «*Hi-game*» has been applied to this parent program to help both the parents and the children communicate thoughts and feelings relating their home and school environment and community life with emphasis on how the ED affects the family. All patients have been given the «*Hi game*» to take home to support and increase communication of thoughts and feelings in the family.

Some couples have been offered the full COS-P intervention, when considered necessary in addition to the parent program described here.

Consistent with finding from a qualitative study on mothers with ED, experiences with this program reveal that women with ED largely have not had any support from health personnel regarding their challenges in pregnancy and motherhood (Eik-Nes, 2011).

Patients describe that the group experience is especially helpful in their treatment, as being a parent with an ED is a unique lived experience that is best understood by other parents with ED. Patients' also emphasize satisfaction with the program's elements on «conversations with their children, spouses and

extended family about ED» and how these influence the family dynamic. Due to the shame and stigma related to ED, many of the mothers have not participated in maternity groups and thus been given the possibility of discussing «normality» of parenting. Therefore, elements from COS-P and attachment theory has been beneficial in supporting patients in general parenting skills.

This intervention has showed us the significance of addressing concerns about ED and parenthood, with specific consideration to the guilty conscience of parents. Participants in the group intervention describe shame and embarrassment of having an ED in combination while being a parent, and that they consequently did not attend general parenting groups offered in the health care system. Our main experience is that reflecting upon the included themes helps the patients support their own children in their negative affects and decrease the feeling of shame. Likewise, patients are been taught to better communicate their needs of emotional support from their spouses or other caregivers.

## CONCLUSION AND CLINICAL IMPLICATIONS

Health care professionals should offer individual or group support to women in an environment with knowledge of ED. Parents with ED and consequently their families seem to feel supported by just bringing the experiences with pregnancy and parenthood into the discourse in the treatment settings. Even though some patients are hesitant to talk about challenges with parenthood, most patients describe a relief when given the opportunity to talk about difficulties with parenthood and ED in a safe and structured way.

The complexity of having an ED and being a parent is best treated with a designated team who have an understanding of this complexity. A designated team of health professionals have been of significance as both general parenting skills and aspects specific to ED are unique and challenging for this group of patients.

Knowledge on which themes to address in this intervention and most importantly, how to address these themes have been vital in our approach.

## References:

- 
- Agras, S., Hammer, L., & McNicholas, F. (1999). A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *Int J Eat Disord*, 25(3), 253-262. doi:10.1002/

- (SICI)1098-108X(199904)25:3<253::AID-EAT2>3.0.CO;2-Z [pii]
- Astrachan-Fletcher, E., Veldhuis, C., Lively, N., Fowler, C., & Marcks, B. (2008). The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for clinical care. *J Womens Health (Larchmt)*, 17(2), 227-239. doi:10.1089/jwh.2007.0550
- Bagner, D. M., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (2010). Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(7), 699-707. doi:10.1016/j.jaac.2010.03.012
- Barnett, S., Buckroyd, K., & Windle, K. (2005). Eating disorders from parent to child: Mothers' perceptions of transgenerational effect. *Wom Stud Com*, 5(3), 203-211.
- Bleuler, M. (1974). The offspring of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*(8), 93-107.
- Bowlby, J. (1997). *Attachment and loss : vol. 1 : Attachment* (Vol. 254). London: Pimlico.
- Brinch, M., Isager, T., & Tolstrup, K. (1988). Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(5), 611-617.
- Brinch M, I. T., Tolstrup K. (1988). Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(5), 611-617.
- Brown, C., & Stoffel, V. (2011). *Occupational therapy in mental health : a vision for participation*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Bryant-Waugh, R., Turner, H., East, P., & Gamble, C. (2007). Developing a parenting skills-and-support intervention for mothers with eating disorders and pre-school children part 1: Qualitative investigation of issues to include. *Eur Eat Disord Rev*, 15(5), 350-356. doi:10.1002/erv.790
- Bryant-Waugh, R., Turner, H., Jones, C., & Gamble, C. (2007). Developing a parenting skills-and-support intervention for mothers with eating disorders and pre-school children: part 2. Piloting a group intervention. *Eur Eat Disord Rev*, 15(6), 439-448. doi:10.1002/erv.816
- Bulik, C. M., Von Holle, A., Hamer, R., Knoph Berg, C., Torgersen, L., Magnus, P., . . . Reichborn-Kjennerud. (2007). Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med*, 37(08), 1109-1118. doi:doi:10.1017/S0033291707000724
- Bureau, J. F., Easterbrooks, M. A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Maternal depressive symptoms in infancy: unique contribution to children's depressive symptoms in childhood and adolescence? *Development and Psychopathology*, 21(2), 519-537. doi:10.1017/s0954579409000285
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2016). *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications* (3rd ed. ed.): Guilford Press.
- Cornish, A. M., McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2005). Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behavior and Development*, 28(4), 407-417. doi:https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2005.03.004
- Crow, S. J., Thuras, P., Keel, P. K., & Mitchell, J. E. (2002). Long-term menstrual and reproductive function in patients with bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 159(6), 1048-1050.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (2000). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Docter, P. (Writer). (2015). Inside Out. In J. Rivera (Producer): Walt Disney Studios Motion Pictures.
- Easter, A., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2013). Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *Eur Eat Disord Rev*, 21(4), 340-344. doi:10.1002/erv.2229
- Easter, A., Treasure, J., & Micali, N. (2011). Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(12), 1491-1498. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03077.x
- Eik-Nes, T. T. (2011). *Mothers and eating disorders : challenges of pregnancy, motherhood and treatment*. T.T. Eik-Nes, Trondheim.
- Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C. A., Jr., Taylor, C. B., & Laird, N. M. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(6), 574-579. doi:10.1001/archpedi.162.6.574
- Franzen, U., & Gerlinghoff, M. (1997). Parenting by patients with eating disorders: Experiences with a mother-child group. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 5(1), 5 - 14.
- Gedaly, L. R., & Leerkes, E. M. (2016). The role of sociodemographic risk and maternal behavior in the prediction of infant attachment disorganization. *Attach Hum Dev*, 18(6), 554-569. doi:10.1080/14616734.2016.1213306
- Halligan, S. L., Murray, L., Martins, C., & Cooper, P. J. (2007). Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 145-154. doi:10.1016/j.jad.2006.06.010
- Haukø, B. H., & Stamnes, J. H. (2009). *Barnas time : en tema-fokuseret barne- og familiesamtale når mor eller far har psykisk sykdom og/eller rusproblemer*. Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Health Personnel Act § 10a (2009).
- Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: the Circle of Security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1017-1026. doi:10.1037/0022-006x.74.6.1017
- Jones, I. (2007). Psychiatric disorders and pregnancy. In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 190, pp. 184-185).
- Knoph Berg, C., Bulik, C. M., Von Holle, A., Torgersen, L., Hamer, R., Sullivan, P., & Reichborn-Kjennerud, T. (2008). Psychosocial factors associated with broadly defined bulimia nervosa during early pregnancy: findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(5), 396-404. doi:793109294 [pii] 10.1080/00048670801961149
- Larsson, G., & Andersson-Ellström, A. (2003). Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11(2), 116-124. doi:10.1002/



- erv.497
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 24(3), 203-217. doi:10.1002/nur.1023
- Mazzeo, S. E., Slof-Op't Landt, M. C. T., Jones, I., Mitchell, K., Kendler, K. S., Neale, M. C., Bulik, C. M. (2006). Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 202-211. doi:10.1002/eat.20243
- Micali, N., Dos-Santos-Silva, I., De Stavola, B., Steenweg-de Graaf, J., Jaddoe, V., Hofman, A., . . . Tiemeier, H. (2013). Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based birth cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. doi:10.1111/1471-0528.12503
- Micali, N., Holliday, J., Karwautz, A., Haidvogel, M., Wagner, G., Fernandez-Aranda, F., Treasure, J. L. (2007). Childhood eating and weight in eating disorders: a multi-centre European study of affected women and their unaffected sisters. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(4), 234-241. doi:000101502 [pii] 10.1159/000101502
- Micali, N., Simonoff, E., Stahl, D., & Treasure, J. (2011). Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 52(7), 800-807. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02341.x
- Olsen, S., K., Winsnes, G., & Svendsen, B. (2013). Brettspill som terapeutisk verktøy. *Nordic Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*.
- Ruddick, S. (1989). *Maternal thinking: toward a politics of peace*. Boston: Beacon Press.
- Stapleton, H., Fielder, A., & Kirkham, M. (2009). Managing infant feeding practices: the competing needs of bulimic mothers and their children. *Journal of Clinical Nursing*, 18(6), 874-883. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02528.x
- Stedman, T. L. (2012). *Stedman's medical dictionary for the health professions and nursing* (Illustrated 7th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Stein, A. (2002). Eating disorders and Childrearing. In C. G. Fairburn (Ed.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 221-225). New York: Guilford.
- Stein, A., Wooley, H., & McPherson, K. (1999). Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. *Brit J Psychiat*(175), 455-461.
- Stein, A., Woolley, H., Cooper, S., Winterbottom, J., Fairburn, C. G., & Cortina-Borja, M. (2006). Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders: longitudinal study. *Br J Psychiatry*, 189, 324-329. doi:189/4/324 [pii] 10.1192/bjp.bp.105.014316
- Stein, A., Woolley, H., Murray, L., Cooper, P., Cooper, S., Noble, F., Fairburn, C. G. (2001). Influence of psychiatric disorder on the controlling behaviour of mothers with 1-year-old infants. A study of women with maternal eating disorder, postnatal depression and a healthy comparison group. *Br J Psychiatry*, 179, 157-162.
- Stein, A., Woolley, H., Senior, R., Hertzmann, L., Lovel, M., Lee, J., Fairburn, C. G. (2006). Treating disturbances in the relationship between mothers with bulimic eating disorders and their infants: a randomized, controlled trial of video feedback. *Am J Psychiatry*, 163(5), 899-906. doi:163/5/899 [pii]10.1176/appi.ajp.163.5.899
- Taborelli, E., Easter, A., Keefe, R., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2016). Transition to motherhood in women with eating disorders: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(3), 308-323. doi:10.1111/papt.12076
- Tierney, S., Fox, J. R., Butterfield, C., Stringer, E., & Furber, C. (2011). Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1223-1233. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.11.007
- Watson, H. J., Von Holle, A., Hamer, R. M., Knoph Berg, C., Torgersen, L., Magnus, P., . . . Bulik, C. M. (2013). Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: a validation study in a population-based birth cohort. *Psychol Med*, 43(8), 1723-1734. doi:10.1017/s0033291712002516
- WHO. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Retrieved from Geneva:

Les mer om hodemusen på [www.daisy.no](http://www.daisy.no)

## GlassOuse

- hodemus med munnklikk

Styr musepeker med små hodebevegelser og klikk med munnen!

Enkel og elegant!

**Daisy.no**

Daisy AS,  
Ultvetveien 21,  
3512 Honefoss,  
Tlf: 417-84 500,  
post@daisy.no

futura.no

# Sansestimulerende produkter

## - ET BEROLIGENDE SUPPLEMENT INNEN PSYKISK HELSEVERN?

Av Tone Torgersen og Hilde Kristin A. Aam



*Tone Torgersen er ergoterapispesialist innen psykisk helse og jobber ved Sykehuset Innlandet HF Div. psykisk helsevern, BUP Døgn.*



*Hilde Kristin A. Aam er TIPS-konsulent og ergoterapispesialist innen psykisk helse, og jobber ved Sykehuset Innlandet HF Div. psykisk helsevern, stabsområde fag. E-post: hilde.kristin.albrigtsen.aam@sykehuset-innlandet.no*

*Det er ingen kjente interessekonflikter.*

### SANSESTIMULERENDE PRODUKTER

#### Sammendrag

**Personer som har** en alvorlig psykisk lidelse, har ofte nedsatt kompetanse på hvordan de kan oppnå stressreduksjon eller velvære, slik at de kan delta i ønskede aktiviteter. Når menneskers aktivitetsnatur møter utfordringer og problemer knyttet til deltakelse i aktivitet, er ergoterapeutens utgangspunkt å hjelpe personen til å beholde eller gjenvinne sin aktivitetsfunksjon. Sanseintegrasjonsprodukter ser ut til å øke oxytocinproduksjonen, slik at pasienten opplever seg selv «her og nå» mer rolig, samt at kroppsbevisstheten øker. Dermed kan forutsetningene for aktivitetsdeltakelse øke der og da.

Vi gjennomførte et fagutviklingsprosjekt for å prøve ut om sanseintegrasjonsprodukter kan være et nyttig behandlingssupplement mot psykisk og fysisk uro for pasienter med psykiske lidelser. Ønsket var at pasientene opplevde mer ro og hvile, som igjen kunne forbedre blant annet oppmerksomhet, tilstedeværelse, konsentrasjon og energi i de aktivitetene de deltok i.

Verken prosjektet eller artikkelen vurderer de forskjellige sanseintegrasjonsproduktene opp mot hverandre i forhold til effekt, og funn fra fokusgruppeintervjuene som omhandler implementering og fagpersonenes holdninger, blir ikke presentert. Artikkelen vurderer enkelte funn fra pilotprosjektet opp mot andre undersøkelser på dette området.

**Nøkkelord:** Sanseintegrasjon, tyngdeprodukter, oxytocin, ergoterapi, kunnskapsbasert praksis

## Innledning

Sanseintegrasjonsprodukter, heretter kalt SI-produkter, springer ut fra en antakelse om at dyp sansestimulering fremmer en følelse av trygghet, komfort og tilstedeværelse gjennom en «her og nå»-følelse (1-2). Dette kan ha sammenheng med at oxytocin stimulerer dopaminproduksjonen i hjernen, slik at velværefølelsen øker (3-4). Mange prosjekter og studier retter seg mot opplevd effekt ved bruk av SI-produkter, og ikke somatiske endringer som faktisk skjer ved dyp sansestimulering. Nyere studier kritiserer dette fordi effektstudiene ikke skriver noe om sikkerhet, altså somatiske endringer i kroppen som kan medføre negative effekter ved bruk av SI-produkter. Det foreligger ingen retningslinjer ved bruk av SI-produkter og dyp sansestimulering.

Hensikten med artikkelen er å presentere funnene i fagutviklingsprosjektet «Sansestimulerende produkter – et beroligende supplement innen psykisk helsevern» og sammenligne funnene med andre undersøkelser på dette området. Verken artikkelen eller pilotprosjektet legger vekt på diagnoser, men på tilleggsproblematikk ved psykiske vansker, som påvirker utførelsen av hverdagsaktiviteter.

Vi gjennomførte fagutviklingsprosjektet som en pilot hvor målet var å prøve ut om SI-produkter kan være et nyttig behandlingssupplement mot psykisk og fysisk uro for pasienter med psykiske lidelser. To enheter ved Sykehuset Innlandet divisjon psykisk helsevern deltok. Det finnes flere typer SI-produkter og flere forhandlere. Pilotprosjektet satte ikke produktene opp mot hverandre.

## Hensikt

I en hverdag preget av uro så vi det som hensiktsmessig å prøve ut ulike virkemidler for å oppnå bedring samt kunne imøtekomme pasientenes individuelle behov. Før pilotprosjektet brukte deltakende enheter kuledyner i varierende grad. Personalgruppene refererte til sporadisk bruk og lite kunnskaper i forhold til hvordan de kunne bruke tyngdedynene, samt om de gav bivirkninger. Det var også avhengig av hvem som var på jobb om de ble tatt i bruk i behandlingen. Enkelte mente også at kuledynen var u håndterlig på grunn av størrelsen.

Vi ønsket å sette bruken av tyngdedyner i et mer strukturert system og utvide valgmulighetene fra bare å gjelde kuledyne til å inkludere flere forskjellige typer SI-produkter. Ved å systematisk innføre behandlingsmetoden, håpet vi på å få til et klima i enhetene som ble mer preget av SI-produkter som pasientene ble introdusert for på lik linje med andre behandlingstilbud.

## MÅL

Kan systematisk bruk av tyngdeprodukter redusere pasientens følelse av fysisk og psykisk uro?

- I hvilken grad opplever pasienten at det har effekt?
- I hvilken grad opplever pårørende at det har effekt?
- I hvilken grad opplever personalet at det har effekt?

## Forskning

Grunnleggerne av det første sansestimulerende tyngdeproduktet er ergoterapeutene Else-Marie Dalsgaard og Pia Christiansen, begge med bakgrunn fra akutt-psykiatrien i Danmark. De utviklet kuledynen med utgangspunkt i sanseintegrasjonsteorien til Jean

Ayres (5). De fant at kuledynen hjalp pasientene å falle raskere til ro og sovne samt forkortet akutte psykotiske faser hos pasientene (6-8).

I Danmark og Sverige er supplerende behandlingsmetoder som for eksempel SI-produkter, i større grad trukket inn som en naturlig del av behandlingen der hvor psykisk og fysisk uro er en del av symptombildet (9-10). Her finner vi eksempler på at kuledynen aktivt blir trukket inn i behandlingen for å unngå eller redusere tvangstiltak og bruk av beroligende medisiner (9). Dette er behandlingsmetoder som i liten grad er forsket på, men som det er knyttet en del fagprosjekter til (11- 26).

Fagprosjektene viser god effekt på søvnvansker hos personer med ADHD, demens og autismespekterlidelser (11-13, 16-17, 20, 24, 26). Flere av studiene viser også økt grad av konsentrasjon ved bruk av SI-produkter (12-14, 16, 18, 20, 22-23). Det er videre målt effekt på humør (12), motorisk uro (11-12,14-15, 18-19, 21) redusert kroppsforakt samt tydeligere mer reell kroppsoppfattelse ved spiseforstyrrelser (14) og redusert angst/utrygghet (11,14-15, 25). Et av prosjektene viser til 100 prosent redusert bruk av tvang (21).

En minimetodestudie, gjennomført ved Oslo Universitets-sykehus i 2014 (27), konkluderte med at vektdyner ikke kan brukes med mindre det ansees som utprøvende behandling. Studien finner ikke nok forskningsgrunnlag, og mener at bruken i dag ikke er godt nok kunnskapsbasert. Det finnes ikke nok sikkerhetsregler, prosedyrer og pasientinformasjon, er deres konklusjon. Til grunn for sin konklusjon legger de blant annet en HTA (Health techn-



ology assessment, en systematisk evaluering av helseteknologi) fra Canada utført i 2011 som stiller spørsmål ved om det kan være risikofaktorer forbundet med bruk av SI-produkter (28). Det må derfor legges vekt på forsiktighetsregler ved bruk av kuledyne/vektdyne. Det er kun erfaringsbasert kunnskap som viser til at pasienters livskvalitet/funksjon forbedres i noen grad, og det etterlyses evidensbasert forskning.

### **SANSEINTEGRASJON, OXYTOCIN OG ERGOTERAPI**

Ergoterapiens grunnfundament er at mennesket har behov for, og rett til, aktivitet og deltakelse. Ifølge Grande og Jensen (29) er det ikke gitt at én person opplever sine symptomer like hemmenende som en annen. Følelsesmessig ubehag, atferdsvansker og vansker med å fungere i dagliglivet er individuelt. Det er sammenheng mellom aktivitet, helse og livskvalitet, og aktivitet er middel og mulighet for å fremme helse (30). Når menneskets aktivitetsnatur møter utfordringer og problemer knyttet til deltakelse i aktivitet, er vårt utgangspunkt å hjelpe personen til å beholde eller gjenvinne sin aktivitetsfunksjon (31).

Gråwe skriver at alvorlige psykiske lidelser er «lidelser som har en vedvarende negativ effekt på personens psykososiale fungering», og det angår både hverdagslivet og mellommenneskelige relasjoner (32 s. 138). I tillegg kan de oppleve seg desorientert, emosjonelt ustabil, ha redusert motivasjon og livslust, varierende stemningsleie og ha kognitiv svikt (33). Videre kan de få redusert evne til å sanse, eller motsatt få hyperaktive sanser og/eller endret kroppsskjema, altså vanskelig med å merke og å forstå sin egen kropp (33).

Vi har syv sanser, hvorav tre spiller en vesentlig rolle i vår sammenheng (5, s. 12-13). Berøringssansen (taktil) reagerer på ytre berøring gjennom huden. Likevekt- og balansesansen (vestibulær) forteller hvor kroppen befinner seg i forhold til omgivelsene, om den eksempelvis faller, beveger seg eller er i ro. Muskel- og leddsansen (proprioseptiv) forteller oss om kroppens stilling i forhold til seg selv. Selv om vi lukker øynene og ikke kan se kroppen vår, vet vi hvilken stilling den er i.

Sanseimpulsene oppdages og bearbeides via sentralnervesystemet, og vi mottar flere ulike sanseimpulser samtidig. Eksempelvis ser vi tyngdedynen som berører oss, samtidig som vi lukter nyslått gress. Nervesystemets strukturer omfatter de to store cerebrale hjernehalvdeler (hemisfærer), lillehjernen (cerebellum), hjernestammen, ryggmargen samt nerver som sprer seg ut til alle deler av kroppen. Hver av disse strukturene inneholder flere nerveceller som kalles nevroner. Nevronenes primære oppgave er å fortelle oss om kroppen vår og våre omgivelser, og å frembringe og styre våre handlinger og tanker (5, s. 37). Hver del av kroppen har reseptorer som fanger opp energi fra sin respektive del av kroppen, og omdanner energien til strømmer av elektriske impulser, som flyter via sensoriske nervetråder til ryggmargen og hjernen. Disse strømmene av elektrisk energi kalles sanseintrykk.

SI-produktene gir en dyp proprioseptiv stimulering som hemmer strømmen av impulser til sentralnervesystemet (CNS) og stimulerer produksjon av oxytocin, med den effekt at pasienten føler seg roligere (19-21). Oxytocin

er et hormon som når det frigis, gir økt sosial interaksjon, mental og fysisk ro, nedsatt smertefølsomhet, dempet angst og stress, samt senket blodtrykk. SI-produktene viser seg derfor å kunne ha effekt på pasienter som sliter med fysisk og psykisk uro (7-16, 20-21). Oxytocin er en viktig faktor i et psykofysiologisk mønster, som karakteriseres av økt sosial interaksjon, mental og fysisk ro, nedsatt smertefølsomhet og senket blodtrykk. Forskning viser at oxytocin produseres hos begge kjønn ved stimulering av nerver fra eksempelvis hud og slimhinner, som berøring, varme, lett trykk, altså ved stimulering av de tre ovennevnte sansene, eller ved matinntak. Det tyder på at oxytocin øker hjernens kapasitet til å motta og bearbeide signaler og dermed respondere adekvat på disse, noe som igjen influerer på evne til sosial interaksjon (3-4, 34-35). Det er gjort studier som viser at kvinner som har vært utsatt for overgrep som barn, og menn som har vært utsatt for belastninger i barneårene, har lavere målinger av oxytocin i blod og cerebros spinalvæsken enn normalbefolkningen, og for retraumatiserte personer er målingene ytterligere lavere (3).

Sentralnervesystemets evne til å oppdage og bearbeide to eller flere sanseintrykk samtidig og handle hensiktsmessig på inntrykkene, både når det gjelder motorikk, forståelse, atferd og innlæring, kalles sanseintegrasjon (5, s. 38). Sanseintegrasjon ser ut til å få mennesker til å oppleve seg mer samlet og rolige. Gjennom å ta tak i faktorene uro og nedsatt søvn kan vi sette personen i stand til økt mestring i hverdagsaktiviteter. 50-80 prosent av de som sliter med psykiske lidelser, har søvnvansker. Dette gir seg ofte

utslag i at de får problemer med å sovne inn, har avbrutt søvn, våkner tidlig, sover lettere og eller drømmer mer. Søvn er nødvendig for å senke pulsen, stoffskiftet og kroppstemperaturen samt utvide blodårene og gi muskler og øyne hvile. Søvnkvaliteten har også betydning for restitusjonen av sentralnervesystemet (CNS). God og regelmessig døgnrytme opprettholder en innebygd metabolisme som er avgjørende for menneskets daglige aktivitet (36). Ergoterapeuter jobber ut fra teorien om at god balanse mellom aktivitet og hvile fører til mer aktivitetsmuligheter

### ETISKE PROBLEMSTILLINGER

Vi valgte i prosjektet å inkludere pasienter under 26 år. Dette hadde direkte sammenheng med at det var aldersgrensen for å kunne søke NAV Hjelpemidler om produktene ved tidspunktet for gjennomføringen av prosjektet. Vi fant det ikke riktig å presentere SI-produkter som behandlingsmetode for en pasient, og deretter informere om at de ikke kunne få SI-produktene via Hjelpemiddel-sentralen etter utskrivelse.

Styringsgruppen diskuterte også omfanget av produkter, antall og typer, oppbevaringskapasitet og kunnskap som personalet skulle sette seg inn i, opp mot pasientens rett til å vite om og å ha tilgang til alle SI-produkter som finnes på markedet. Det ble besluttet at kjede- og kuleproduktene skulle tas med i prosjektet fordi de har flest ulike typer SI-produkter. Vesten, dagtepper, sitteputer, kulestol og dynene er SI-produkter man kan ta i bruk på ulike arenaer og ulike aktiviteter avhengig av personens behov for deltakelse i aktiviteter.

Kastanjedyngen ble vurdert

som for lik kuledynen, være seg trykkstimuli og størrelse, og ble derfor ekskludert fra pilotprosjektet. Det ble presisert under diskusjonen at det var viktig å formidle ut til enhetene at det finnes flere produkter å velge mellom.

### Metodikk og bakgrunn

Målgruppen var unge mennesker som sliter med fysisk og psykisk uro. Alle som var innlagt i de to utvalgte sykehusenhetene i prosjektperioden, ble inkludert i prosjektet, uavhengig av varighet på liggetid, med mindre det var særlige forhold som ble ansett som kontraindisert. Dette ble eventuelt besluttet av pasientens behandler. Undervisning og utprøving ble vektlagt, og personalgruppen ble inkludert i utformingen av prosjektet. For å sikre kontinuitet og tilstedeværelse i prosjektperioden knyttet prosjektet til seg ressurspersoner i involverte enheter. Ergoterapeuter får kompetanse på sanseintegrasjon gjennom grunnutdanningen, og det var derfor naturlig å utpeke ergoterapeutene i enhetene som ressurspersoner. Fordi det kunne være aktuelt å sette inn SI-produkter som tiltak mot kveld i forbindelse med søvn, var det hensiktsmessig å velge ressurspersoner som dekket hele døgnet. Ergoterapeutene jobbet kun dagtid, og det ble valgt ut to miljøterapeuter i turnus på hver avdeling som ressurspersoner.

I datainnsamlingen ble det benyttet registrerings skjemaer og fokusgruppeintervju, og innebærer således en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Registrerings skjemaene inneholdt en kombinasjon av postintervju og besøksintervju (37-39). Den kvantitative delen omfatter registrering av antall utprøvinger, hva som ble utprøvd, samt i hvilken

hensikt. Registreringen ble gjort ved avkrysning.

Den kvalitative delen omfatter beskrivelser av effekt fra pasienter, pårørende og personalet ved hjelp av registrerings skjemaer. Skjemaene skulle måle selvpopplevd effekt hos pasientene og observert effekt fra personale og pårørende på samme tiltak. Skjemaene var utarbeidet til pasient, pårørende og personale med noen ulikheter med den hensikt å kunne sammenligne pasientens opplevelse av effekt med pårørende og personalets observasjoner. For å sikre at begrepene i skjemaene ble forstått så likt som mulig, utarbeidet vi skriftlige begrepsforklaringer.

Det ble også gjennomført tre fokusgruppeintervjuer med personalet. Formålet med å ta i bruk fokusgruppeintervjuer var å undersøke fagpersonellens erfaringer og meninger vedrørende SI-produkter som et supplement til behandlingstiltak i deres enhet. I tillegg håpet vi på å få hentet ut opplysninger rundt gjennomføringen av prosjektet. Intervjuformen har til hensikt å åpne opp for dypere innsikt enn den vi får ved individuelle intervjuer, fordi samhandlingen og dynamikken mellom deltakerne er sentral. Under intervjuene hadde samme prosjektleder rollen som moderator og den andre rollen som observatør og referent. Intervjuene varte i cirka 60 minutter. I forkant var det 15 minutter introduksjon og i etterkant 15 minutter avslutning. Til sammen møtte tre av fem ressurspersoner opp til første fokusgruppeintervju. De representerte til sammen begge de deltagende enhetene. Ved andre fokusgruppeintervju møtte henholdsvis fem og tre ansatte fra de to deltagende enhetene opp. Fokusgruppein-

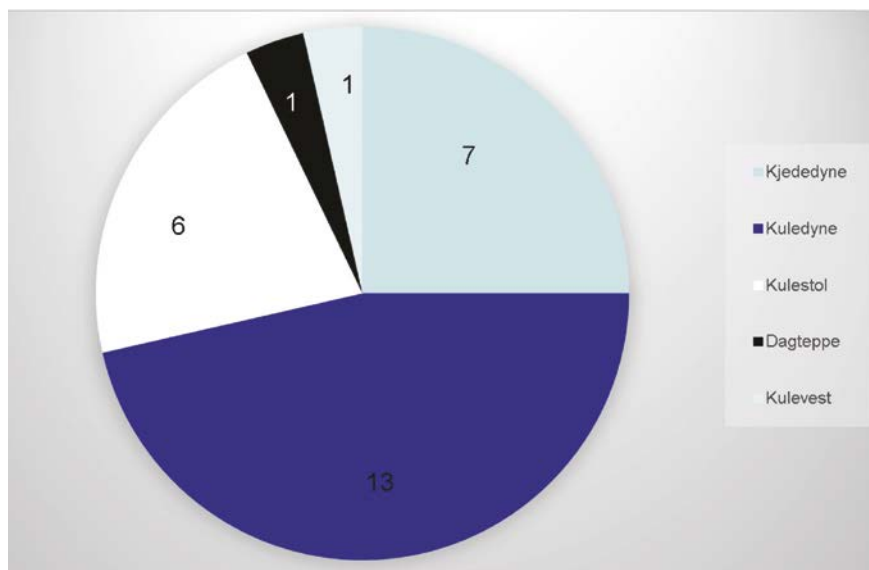
tervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert i etterkant av en av prosjektlederne.

Vi gjorde litteratursøk i databaser som Oria og Google Scholar og på hjelpemiddeformidlerens egne nettsider. Vi fikk også hjelp til litteratursøk av bibliotekjenten ved sykehuset, som har bredere tilgang til databaser enn vi har. Bibliotekjenten gjorde søk i Clinical Evidence, Pedro, NRC database og Uptodate. Søkeord som ble brukt var: kjedjetäcke, bolltäcke, kuledyne, kjededyne, ball blanket, kugledyne, kedjedyne, sanseintegrasjon og tyngdeprodukter, sensory integration and ball blanket. sans-eintegrasjon, tyngdeprodukter, sensory integration, kuledyne, kjededyne, oxytocin og ball blanket. Bibliotekjenten rapporterte om få treff når søkeordene ble benyttet i kombinasjon. Artikler som i tittel eller sammendrag presenterte sammenheng med psykisk helse, ble lest, og 37 ble inkludert.

## Funn

Totalt deltok 22 pasienter i prosjektperioden, derav 12 kvinner. Dette gav i alt 27 registreringer fra personalet, 26 fra pasienter og 2 fra pårørende. Antall utprøvinger totalt er 29. Det vil si at noen pasienter har prøvd flere SI-produkter som tiltak for å redusere sin fysiske og eller psykiske uro. Noen få pasienter har også registrert utprøving av samme produkt over tid, derav foreligger det 32 registreringer totalt.

I prosjektperioden hadde pasientene mulighet til å prøve ut flere produkter. Noen pasienter benyttet seg av denne muligheten. Flere pasienter prøvde ut flere SI-produkter, og hver utprøving har blitt registrert i rapporten. I



Figuren viser antall ganger SI-produkter som er prøvd ut, og hvor mange utprøvinger som har funnet sted per produkt.

noen tilfeller har bare pasienten registrert sin opplevelse av effekt av utprøvingene, og i andre kun personalet. Årsaken til variasjon av registreringer kommer av at enkelte pasienter ikke evnet å fylle ut skjemaene på egen hånd. Noen pasienter har også prøvd ut produktene både på dag og natt. Det er ikke presisert i skjemaet hvordan pasienten har prøvd ut produktet der det er registrert «annet».

På registrerings skjemaene var det utarbeidet en rubrikk hvor personalet skulle krysse av antall kilo vektdynen hadde. 12 av 19 har ikke krysset av for kilo. Vektdynene veide henholdsvis 5, 7, 8, 10 og 12 kilo. Vestene kommer også i forskjellige størrelser og kilo. Det fremkom heller ikke hvilken størrelse den ene pasienten som prøvde ut vesten, brukte. Det ble under undervisningen påpekt at antall kilo man velger, er vesentlig i forhold til pasientens symptom-bilde, vekt og sansesensitivitet (15).

Vi ønsket også å finne ut om det var noen forskjell på symp-

tombildet til de som brukte SI-produktene. Det ble ikke satt begrensninger for antall symptomer personalet kunne krysse av for. Følgelig har mange krysset av for flere symptomer som årsak til utprøving. Når vi deler det inn i to hovedgrupper, fysisk og psykisk uro, er det flest utprøvinger for fysisk uro.

Det var overvekt av utprøvinger på natt, totalt 18 av 27. Samtidig så vi at mange, 14 registreringer, også prøvde ut SI-produktene på dagtid. Det kommer fram av registreringene at det primært var for å roe ned både på natt og dag. Ellers hadde personalet krysset av for innsovning og å forlenge søvn samt for mareritt på natt. På dagtid hadde de prøvd ut i forhold til hvileperioder og skole/studier.

## PASIENTENES ERFARINGER

Hovedvekten av svarene var positive. De satte pris på å bruke SI-produktene, de ønsket å fortsette med dem, og de opplevde å ha fått god nok informasjon (vedlegg 13, 14, 15 og 16). Svak-



heten ved innsamling av data var at i underkant av halvparten ikke svarte på disse spørsmålene.

### PÅRØRENDES ERFARINGER

Begge de pårørende som svarte på skjemaene, var positive. De syntes de fikk et godt inntrykk av SI-produktene, de meddelte at de så endringer hos barnet sitt, og de ønsket at barnet deres skulle fortsette med behandlingsmetoden. Begge mente også at de hadde fått god informasjon om tiltaket.

### EFFEKT FYSISK URO

Av 26 registreringer for utprøving mot fysisk uro definert som motorisk uro, søvnproblemer, angst, voldsomme følelsesutbrudd, selvskading, utagering, nedsatt kroppsfølelse og hypersensitivt sansesystem, er det flest som rapporterer for god effekt i forhold til søvn. Ved 10 av utprøvingene fremkommer det at pasientene er mindre urolige, og i to at de har noe effekt på uro. For å beskrive endringen skriver personalet som oftest:

*«Pasienten klarte å slappe av i kroppen».*

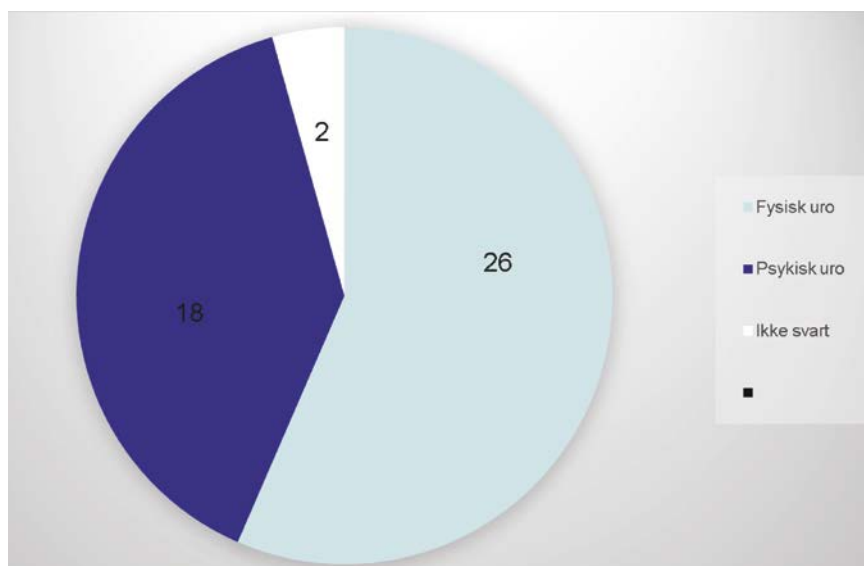
En kvinnelig pasient som prøvde ut kulestolen beskrev opplevelsen slik:

*«Behagelig, tyngden på produktet gjorde at man følte seg mer tilstede, roet ned. Mindre rastløs».*

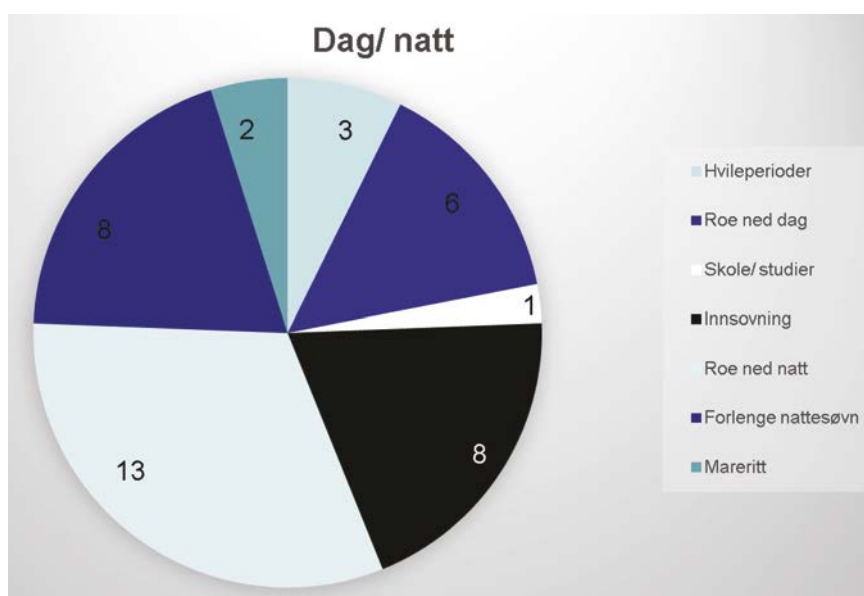
### EFFEKT SØVN

16 utprøvinger for å forbedre søvnen ble registrert. I ni av utprøvingene er det notert ned positiv effekt og to delvis effekt. Av de ni beskrev personalet at noen sovnet fortere, og andre at pasienten sov hele natten. En mor skrev om sitt barn:

*«Har klart seg uten tabletter*



Figuren viser antall utprøvinger for psykisk uro og fysisk uro. Antall utprøvinger er høyere enn antall deltakere fordi noen pasienter prøvde ut flere SI-produkter og eller samme SI-produkt flere ganger.



Figuren viser når på døgnet og til hvilken hensikt SI-produkter er prøvd ut. Antall utprøvinger er høyere enn antall deltakere fordi noen pasienter prøvde ut flere SI-produkter og/eller samme SI-produkt flere ganger.

*nå i to netter, selv om hun har sovnet litt dårlig om natten, så ser jeg at det hjelper».*

Et personale skriver i registreringsskjemaet:

*«Pasienten oppgir å sove godt. Usikker på om det er kuledynen*

*eller følelsen av trygghet i avdelingen som utgjør forskjellen».*

### EFFEKT PÅ NEDSATT KROPPSOPPFATTELSE

Det er to registreringer hvor pasienten benyttet SI-produkter for økt kroppsfølelse og kroppskon-



Hilde Kristin A. Aam og Tone Torgersen demonstrerer bruk av kuledyner.

takt. Her var tilbakemeldingene positive, og det kom beskrivelser som:

*«Den gir nær, god kontakt med kroppen»*

*«Gir en tydelig kropp, det er fint når jeg er sliten, eller trenger kontakt med kroppen min»*

*«Jeg følte "min" egen kropp».*

### **EFFEKT PÅ PSYKISK URO**

18 utprøvinger for psykisk uro som angst, tankekjør, tankestopp, stemmehøring, nedstemthet/tristhet og vrangforestillinger ble registrert.

Seks rapporterer positiv effekt, to ingen effekt og tre noe effekt. Ved ett tilfelle rapporterte per-

sonalet og pasienten selv ulikt.

Personalet beskrev:

*«Ville ha kulestol på rommet. Etter bruk fikk han et slags følelsesutbrudd med gråt og behov for å snakke om vanskelige ting. Ikke positiv effekt i forhold til uro.»*

Pasienten selv ville likevel ha sto-

len på rommet, fordi han mente at det var bra for ham å snakke og gråte over vanskelige ting.

*«Slappet godt av, sovnet nesten. Følte meg bedre i etterkant /roligere, mer konsentrert, lettere å ta tak i arbeidsoppgaver/skolearbeid.»*

### EFFEKT PÅ STEMMEHØRING

Av seks utprøvinger for stemmehøring ble det rapportert om varierende effekt ved bruk av SI-produkter. I fokusgruppeintervju fremkom at en pasient som forsøkte kulestol i en akutt psykotisk fase, opplevde at han fikk beskjeder og signaler fra kulene i stolen. Samme pasient hadde i en senere fase av sykdomsforløpet god effekt av den samme stolen når han skulle være samlet nok til å oppholde seg i fellesmiljøet sammen med andre.

Ingen rapporterte om forverring. En pasient hadde god effekt ved første gangs utprøving. Personalet beskrev:

*«Er urolig og redd for å skade personell når stemmene blir for intense. Redd når han legger seg. Fikk tilbud om kuledyne, og at den kanskje ville ha en beroligende effekt. Ønsket å prøve. Sa selv at han synes det var godt å ha den rundt seg, følte seg trygg»*

Ved en senere utprøving rapporterte den samme pasienten om ingen effekt.

### EFFEKT PÅ ANGST

Av 11 registreringer for angst er det få tilbakemeldinger på endringer. Fire skjemaer viser til positiv effekt, mens syv ikke svarer på noen endring i forhold til angst ved bruk av SI-produkter.

En pasient beskrev at:  
*«Hun synes det var trygt å ligge under dyna».*

### EFFEKT PÅ NEDSTEMTHET/TRISTHET

Fem registrerte utprøving for nedstemthet/tristhet. Ingen av personalet gir tilbakemelding på endring etter utprøving av SI-produkt, men en mor beskrev barnet sitt som «blidere», mens en pasient fortalte at «Vesten er fin når jeg er trist».

### Diskusjon

En tredjedel av befolkningen i industrialiserte land sliter med søvnvansker (24). Som nevnt innledningsvis er mennesker med psykiske vansker en sårbar gruppe i forhold til søvnproblemer. Bieffekter ved søvnproblemer for normalbefolkningen kan være depresjon, utbrenthet, psykosomatiske symptomer og avhengighet samt andre problemer, som forstyrret metabolisme og kardiovaskulære symptomer (40-43). Dette igjen kan medføre redusert produktivitet samt vurderingsevne, flere ulykker og/eller irrasjonelle emosjonelle reaksjoner i hverdagslivet. Til syvende og sist kan disse følgene påvirke familielivet og inntektgrunnlaget til den enkelte. Dette er følger vi ofte kjenner igjen hos mennesker med psykiske sykdommer også. For ergoterapeuter har dette ofte vært utgangspunktet for å tilby SI-produkter som tiltak med mål om at bedret søvn skal føre til mindre uro og angst på dagtid, for så å gi vedkommende økt opplevelse av tilstedeværelse, oppmerksomhet og konsentrasjon rettet mot de aktivitetene personen ønsker å gjennomføre i løpet av dagen (5, 33, 36).

I en studie som inkluderte voksne mennesker med kroniske søvnproblemer (24), brukte deltakerne actigraphy-klokke for å få objektive resultater på delta-

kernes søvnrytme. Ackerley med flere konkluderte med at bruken av kjededynene forbedret søvnen både objektivt og subjektivt. Actigraphy-klokken registrerte roligere nattesøvn og mindre bevegelser. Subjektivt bekreftet deltakerne at det kjentes som om de sov mer behagelig, forbedret søvnen og sov tryggere. Det samme fant Hvolby og Bilenberg (16) når de testet ut kuledynen på barn med ADHD og søvnproblemer. Med kuledyne reduserte de barnas innsovningstid med 15 minutter, og oppvåkning i løpet av natten avtok. Da ergoterapeutene Dalsgaard og Christensen gjorde sine effektstudier på nitti tallet, kom de fram til at kuledynen hadde god effekt på psykisk uro. Hele 86 prosent meldte at kuledynen hadde forbedret søvnkvaliteten deres. De skriver at kuledynene hemmet strøm av impulser og økte kroppsbevisstheten, og at pasientene følte seg mer fysisk avgrenset fra omverdenen (7-8).

Mangel på søvn påvirker utførelsen av daglige aktiviteter, og vi så i vårt prosjekt at flere av utprøvingene hadde som mål å bedre søvnkvaliteten hos pasientene. Flere hadde god effekt av bruk av SI-produkter for å bedre søvnen. En forelder rapporterte at barnet klarte seg uten hypnotika i to dager fordi hun istedet brukte kuledyne. En annen pasient hadde i utgangspunktet liten tro på produktet, og rapporterte at hun var overrasket over at dynen fungerte. Det er gjort studier som konkluderer med at bruk av tyngdedyner øker lengden på søvnen, og man ligger roligere om natten (16, 24).

En litteratur-review som tar for seg bruk av tyngdevest hos personer med autismspekterlidelser, beskriver at ergoterapeuter ofte



refererer til det de selv observerer som god effekt, eksempelvis ro, at selvstimulerende bevegelser avtar, og større grad av konsentrasjon (13). Fortsatt mangler det empiriske studier, og artikelforfatteren etterlyser større grad av systematisert, organisert vurdering av effekt ved bruk av SI-produkter til personer med autismespekterlidelser. De ulike artiklene i reviewen konkluderer noe ulikt når det gjelder effekt av tyngdevest til personer med autismespekterlidelser. De forskjellige resultatene ser ut til å handle om både tiden SI-produktene er brukt, og tyngden på SI-produktet. Langvarig effekt ved bruk av SI-produkter uteblir.

Ved utprøving av tyngdevesten i vårt prosjekt melder personalet at:

*«Vanlig vugging av overkropp avtar og opphører. Pusten blir dyp og synlig bedring av ansiktsfarge. Varme i kinnene».*

Hvordan dette direkte hadde innvirkning på pasientens fungering i hverdagen, beskrev pasienten slik:

*«I går forsvant, og datt jeg ut (...). Var helt utafør i kroppen, alt var svart og mørkt og trist, alle lyder var langt unna. Slet litt med å få på meg vesten, men da det gikk, kjente jeg med en gang bedring. Jeg ble her og nå, jeg fikk rettet meg opp og kom tilbake. Vesten holdt meg rolig og på plass, og den fikk meg avspent og ikke så redd».*

En annen pasient følte seg roligere og mer konsentrert ved bruk av kulestol, og at det var lettere å ta tak i skolearbeidet. Tilsvarende effekt finner vi i andre studier (8, 12) som viser økt oppmerksomhet og aktiv deltakelse hos barn med ADHD ved bruk av tyngdevest.

Studiene viser imidlertid også her at den langvarige effekten uteblir, og at det er snakk om en her-og-nå-effekt. Studier hvor man har gitt personer med autismespekterlidelse tilførsel av oxytocin gjennom nesen som spray, resulterte i den samme her-og-nå-effekten på empati og sosial interaksjon (35). Da man forsøksvis gav de samme personene oxytocin to ganger daglig gjennom to måneder, så man ingen signifikant effekt av dette.

Studien til Rehman med flere (26) og vårt prosjekt viser at fagfolk i liten grad har kunnskaper om hvilke tiltak de kan tilby pasienter som sliter med søvnproblemer i tillegg til sin psykiske sykdom. De skriver at klinikere ser nytten av å forbedre søvnkvaliteten til mennesker med psykose, men at bruk av formelle tiltak og anbefalt behandling, foruten medisiner, ikke blir tatt i bruk, fordi de har for lite kunnskap og tid, og pasientens livsstil ikke tillater det. Ved flere tilfeller i vårt prosjekt oppdaget vi at utprøving av et SI-produkt begrenset seg til det ene produktet de først presenterte. Det vil si at personalet ikke forsøkte en lettere dyne om dynen kjentes tung, presenterte kjeder om kulene lagde for mye lyd, prøvde vest om dynen var ubehagelig, og så videre. Gjennom fokusgruppeintervjuene fremkom at dette dels handlet om personalets kunnskap, dels om manglende prosedyrer og retningslinjer. Personalet som deltok på fagdagen med innføring i bruk av SI-produktene samt mulighet til å prøve produktene, viste seg å være vesentlig for at personalet skulle føle seg trygghere og mer kompetent til å sette opp sanseintegrasjon som en del av behandlingen. For eksempel

finnes det ikke noen veiledning på hvor tung en vektdyne bør være. En studie antyder at den bør være minimum 10 prosent av kroppsvekten for å gi terapeutisk effekt (15).

En minimetodeundersøkelse omkring bruk av SI-produkter, utført i Norge (27), konkluderte med at det finnes for lite forskning omkring SI-produkter til at dette kan anbefales som et behandlingshjelpemiddel, og man anbefaler produktene kun brukt i utprøvningsøyemed. Minimetodeundersøkelsen støtter seg blant annet på en HTA fra Canada fra 2011, som peker på risikofaktorer ved bruk av produktene, og henviser blant annet til et dødsfall hos en mindreaårig, multihandikappet gutt. Det understrekes i en oppsummering av HTA-en at bruk av tyngdevest fordrer at det er kvalifisert personell som introduserer og informerer om eventuelle positive og negative effekter (28). Det mangler standardiserte prosedyrer og retningslinjer for bruk, og ergoterapeuter anbefales å legge fram grundigere forskning på dette området (13).

En studie (14) har målt temperatur, puls og blodtrykk før, under og etter bruk av kuledyne i et forsøk på å måle effekt og sikkerhet. Verken temperaturen eller pulsen endret seg i stor grad. Et par av deltakerne hadde uregelmessigheter i blodtrykket, men forskerne kunne ikke vise at dette hadde sammenheng med bruk av kuledynen. 78 prosent av personene sa at de følte seg roligere ved bruk av kuledynen, og 63 prosent rapporterte om redusert angst. Ut fra funnene konkluderte de med at kuledynen ikke var farlig for deres deltakere.

Det er også vanskelig å vite hvilket tiltak som gir effekt når

flere tiltak iverksettes samtidig. I vårt prosjekt ble et SI-produkt ved ett tilfelle utprøvd samtidig med oppstart av medikamentell behandling. Pasienten tilskrev medisinerne den opplevde effekten. Samtidige tiltak kan imidlertid gi økt effekt. En undersøkelse viste at de som benyttet sanse-rom, fikk redusert angst og stress. De som benyttet tyngdedyne i tillegg, hadde særlig god effekt (19). Også en studie av MusiCure, musikk spesielt komponert for å ha en beroligende effekt, konkluderte med at MusiCure i kombinasjon med kuledyne kan være et alternativ til bruk av sedativer (44). I begge disse undersøkelsene har man lagt til ett tiltak om gangen. En studie fra Danmark reduserte bruk av tvang med 100 prosent ved systematisk bruk av SI-produkter (21).

### **Svakheter ved pilotprosjektet**

Registreringsskjemaene burde hatt like spørsmål til alle parter. Tallskalaen ble for diffus og gav derfor ingen sikre og generaliserbare funn. Det viste seg også at enhetene til tider hadde høyt pasienttrykk, som gjorde det vanskelig å prioritere å fylle ut registreringsskjemaene tilhørende prosjektet.

Vi ser også i ettertid at våre kvantitative data ikke er store nok til å kunne gi et reliabelt svar på problemstillingen til pilotprosjektet. Artikkelen inkluderer flere artikler enn prosjektansvarlige tok med i prosjektet, og har medført nye dataanalyser som er inkludert i artikkelen.

### **Konklusjon**

Personer som har en alvorlig psykisk lidelse, har ofte ned-satt kompetanse på hvordan de

kan oppnå stressreduksjon eller velvære, slik at de kan delta i ønskede aktiviteter. Sanseintegrasjonsprodukter ser ut til å øke oxytocinproduksjonen slik at pasienten opplever seg selv «her og nå» mer rolig, samt at kroppsbekvisstheten øker. Dermed kan forutsetningene for aktivitetsdeltakelse øke der og da.

SI-produktene baserer seg på sanseintegrasjonsteori som referanseramme. Med dette som utgangspunkt argumenterer man for at den dype trykkstimuleringen produktene gir, øker produksjonen av oxytocin, som igjen fremmer produksjonen av neurotransmittere som serotonin og dopamin (4). Det finnes få studier som fokuserer på de konkrete, somatiske reaksjonene i kroppen ved bruk av SI-produkter, eller som forteller oss noe om de hormonelle endringene ved bruk av SI-produkter. Det hevdes derfor at det ikke finnes tilstrekkelig med studier til å konkludere effekten av SI-produkter. SI-produkter viser seg å ha effekt for pasienter som sliter med fysisk og psykisk uro (6-8, 11-26), fordi de gir en dyp proprioseptiv stimulering som hemmer strømmen av impulser til sentralnervesystemet (CNS). Dette stimulerer blant annet produksjon av oxytocin, med den effekt at pasienten føler seg roligere (3-4, 34-35). Oxytocin er et hormon som når det frigis, gir økt sosial interaksjon, mental og fysisk ro, nedsatt smertefølsomhet, dempet angst og stress, samt senket blodtrykk (3-4, 34-35).

I flere studier, og i vårt prosjekt, kom det fram at det ikke finnes retningslinjer eller prosedyrer for bruk av SI som tiltak i behandling. Å utarbeide retningslinjer og prosedyrer er kjærkomment,

men det knytter til seg mange problemstillinger. Bør det opprettes prosedyrer for hver sykdom, eller holder det med én prosedyre uavhengig av sykdom? Hva om en person som i en sykdomsfase ikke ser ut til å nyttiggjøre seg SI som tiltak, kanskje nyttiggjør seg av det i en senere sykdomsfase? Er det sykdom eller andre fysiologiske hensyn man skal ta, som kroppsvekt og/eller andre somatiske helseproblemer? Eller er det selve hensikten og målet man ønsker å oppnå ved bruk av SI som behandlingstiltak, som skal være førende?

Under vår litteratursøking har det slått oss at vi finner studier som ser på effekt av SI-produkter, og vi finner studier som ser på effekt av tilført oxytocin. Vi vet at oxytocin frigis ved dyp taktil stimulering, noe bruk av SI-produkter gir. Vi finner likevel ikke studier som helt konkret måler oxytocinnivå før bruk, under bruk, og gjerne en tid etter bruk av SI-produkter.

Det slår oss også at studiene som måler effekt av SI-produkter, ofte er gjennomført av, eller i samarbeid med, ergoterapeuter. Studier på oxytocin er ofte gjennomført av, eller i samarbeid med, leger. Kanskje har dette sammenheng med grad av medisinsk orientering. En studie i samarbeid mellom leger og ergoterapeuter, som setter fokus på de rent fysiologiske og hormonelle effektene ved bruk av SI-produkter, ville være et kjærkomment supplement til allerede eksisterende studier.

Det fremkommer mye erfaringsbasert kunnskap rundt bruk av SI som behandling, men lite forskningsbasert kunnskap. Mer systematisk forskning, spesielt i forhold til hvordan kroppen fysio-

logisk reagerer på bruk av tyngdeprodukter, er nødvendig.

### Referanser

1. Champagne, T. og Stromberg, N. Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: Innovative alternatives to seclusion and restraint. *Journal of Psychosocial Nursing*, 2004;42 (9), 35-44
2. Heller, S. Too loud, too bright, too fast, too tight. What to do if you are sensory defensive in an overstimulating world. New York: Harper Collins Publishers, Inc. 2002
3. Chatzittofis, A., Nordström, P., Uvnäs-Moberg, K., Åsberg, M. og Jokinen, N. CSF and plasma oxytocin levels in suicide attempters, the role of childhood trauma and revictimization. *Neuroendocrinology letters*. 2014;35(3): 213-217.
4. Uvnäs Moberg, K., Handlin, L. og Petersson, M. Self-soothing behaviors with particular reference to oxytocin release induced by non-noxious sensory stimulation. *Frontiers in psychology*. 2015; 5(1529) 1-15
5. Ayres, J. Sanseintegrasjon hos barn. 1. utgave. Danmark: Munksgaard forlag 1986. 223 s.
6. Christiansen, P. Til USA med kugledynen i bagagen. *Ergoterapeuten*. 1994; 22.
7. Christiansen, P. og Dalsgaard. E.M. Kugledynen – et hjelpemiddel i psykiatrien. *Ergoterapeuten*. 1994;13.
8. Dalsgaard, E.M. og Christiansen, P. Kugledynen hjelper mot psykisk og fysisk uro. *Ergoterapeuten*. 1996;11.
9. Amajo AS (Internett). Tilgjengelig fra: [www.amajo.no](http://www.amajo.no)
10. Somna (Internett). Tilgjengelig fra: [www.somna.eu](http://www.somna.eu)
11. Aremyr, G. Bolltäcke och värmedynor som behandlingsredskap till personer med demens – vårdpersonalens erfarenheter. Magisteroppsats. Sahlgrenske Akademien vid Göteborgs Universitet, Sverige. 2002 (hentet 18.12.17) Tilgjengelig fra: [http://www.demenscentrum.se/Global/Arbeta%20med%20demens\\_Bild/Metoder\\_Arbets%20a4tt/O2\\_Bollt%20a4cke.pdf](http://www.demenscentrum.se/Global/Arbeta%20med%20demens_Bild/Metoder_Arbets%20a4tt/O2_Bollt%20a4cke.pdf)
12. Jensen, B.H. og Pasquali, P.W. Interventionsundersøgelse af effekt ved brug af kugledyn hos 2-12-årige børn med sanseintegrationsproblemer. Master i rehabilitering. Syddansk Universitet Odense, Danmark; august 2006 (hentet 18.12.17). Tilgjengelig fra: <http://www.protac.dk/artikler/masterafhandling-giver-evidens-for-kugledyne>
13. Morrison, Erin E. A Review of Research on the Use of Weighted Vests with Children on the Autism Spectrum. *Journal title: Education*. 2007;127(3) 323+.
14. Lennström, B. Hjemlån av kuledyne til pasienter med spiseforstyrrelse. Hjelpemiddel til å dempe angst og bedre søvn? Prosjektrapport, Haukeland Sykehus, Norge. 2008 (hentet 18.12.17). Tilgjengelig fra: <http://www.protac.dk/cases/anoreksi>
15. Mullen, B., Champagne, T., Krishnamurthy, S. Dickson, D. og Gao, R. X. Exploring the Safety and Therapeutic Effects of Deep Pressure Stimulation Using a Weighted Blanket. *Journal of Occupational Therapy in Mental Health*. 2008. 65-89.
16. Hvolby, A. og Bilenberg, N. Use of Ball Blanket in attention-deficit/hyperactivity disorder sleeping problems. *Nordic Journal of Psychiatry (elektronisk artikkel)*. 2011; 65(2) (hentet 18.12.17) Tilgjengelig fra: <http://www.tandfonline.com/doi/ref/10.3109/08039488.2010.501868?scroll=top>
17. Klockars, A. Sinnestimulerande täcken – psykos. Rapport från projekt inom Hjälpmedelinstitutets (HI) Hjälpmedel i fokus – för personer med psykisk funktionsnedsättning. Akademiska sjukhuset. Sverige. 2010.
18. Buckle, F., Franzsen, D. og Bester, J. The effect of the wearing of weighted vests on the sensory behaviour of learners diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder within a school context. *South African Journal of Occupational Therapy*. 2011; 41(3)37-41. ISSN 2310-3833.
19. Novak, T., Scanlan J., McCaul D., McDonald N. og Clarke T. Pilot study of a sensory room in an acute inpatient psychiatric unit. *Australasian Psychiatry*. 2012; 20(5) 401-406.
20. Tarandt, I. og Nystrom, J. Kjedjetäckens påverkan på sömn og aktivitet. 2012. Örebro Universitet
21. Andersen, C. og Korning, A-K. Projekt nedbringelse af tvang i psykiatrien på Augustenborg Sygehus Psykiatrien i Region Syddanmark. Augustenborg Sygehus Psykiatriske Hospital. 2013
22. Bylund, C. og Wåhleman, I. Tyngdtäckens påverkan på vardagen hos personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Karolinska Institutet. 2014
23. Lin, Hung-Yu, Lee, P., Chang, W.-D. og Hong, F.-Y. Effects of weighted vests on attention, impulse control and on-task behaviour in children with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Occupational Therapy*. 2014 March/April;68: 149-158.
24. Ackerley R., Badre G. og Olausson H. Positive Effects of a Weighted Blanket on Insomnia. *Journal of sleep medicine & disorders* 2015; 2(3): 1022.
25. Champagne, T., Mullen, B., Dickson, D. og Krishnamurthy, S. Evaluating the Safety and Effectiveness of the Weighted Blanket With Adults During an Inpatient Mental Health Hospitalization. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2015;31(3) 211-233.
26. Aliyah Rehman, Felicity Waite, Bryony Sheaves, Stephany Biello, Daniel Freeman & Andrew Gumley. Clinician perceptions of sleep problems, and their treatment, in patients with non-affective psychosis. *Psychosis*. 2017;9(2) 129-139, DOI: 10.1080/17522439.2016.1206955
27. Olsen, K. Mini-metodevurdering - vurdering av nye metoder i sykehus Versjon 28.4.14. Vektdyner. Oslo Universitetssykehus: 2014
28. Beauchamp S. Couvertures et vestes lestées: securite, efficacite et enjeux de leur utilisation dans differents cadres d'intervention. [Weighted blankets and vests: safety, efficacy and issues related to their use in different intervention settings] Montreal: Agence



- d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en sante (AETMIS). 2010; 6(5)
29. Grande, M. og Jensen, L. H. Kognitiv terapi ved psykose. Universitetsforlaget, Oslo: 2016. 213 s.
30. Ness, N.E. Grunnsyn i ergoterapi (internett). Norsk Ergoterapeutforbund; (hentet 18.12.17) Tilgjengelig fra: <http://ergoterapeutene.org/Om-ergoterapi/Om-fagutøvelsen/Grunnsyn>
31. Ness, N.E. Ergoterapifagets aktivitetperspektiv- et historisk blikk på ideer som påvirker faget. Ergoterapeuten 2002; 10
32. I L. Borge & A. Almvik red., Psykisk helsearbeid i nye sko Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. 2006. 261 s.
33. Ueland, T. og Øie, M. Kognitiv svikt ved psykotiske lidelser. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, Stavanger: 2006. 11 s.
34. Becket Ebitz, R., Watson, Karli K, og Platt, Michael L. Oxytocin blunts social vigilance in the rhesus macaque. PNAS. 2013; 110(28):11630-11635.
35. Shen, H. The hard science of oxytocin. Nature. 2015; 522(7557):410-2.
36. Holsten, F., Pallesen, S. og Sivertsen, B. Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser. Tidsskrift Norske Legeforening 2011; 7 (131): 688-91.
37. Dalland, O. Metode og oppgaveskriving for studenter. Gyldendal Akademisk. 2007. 297 s.
38. Malterud, Kirsti. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Universitetsforlaget. 2012. 164 s.
39. Maunsbach M, Dehlholm-Lambertsen B: The Focused Group Interview and Participant Observation [Det fokuserte gruppeinterview og Deltager observation]. Nord Med 1997;112 126-128
40. Hillman, D.R., Lack, L.C. Public health implications of sleep loss: the community burden. The Medical Journal of Australia. 2013 ;199: 7-10
41. Riemann, D., Nisen, C., Palagini, L., Otte, A., Perlis, M.L. og Spiegel Alder, K. The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. Lancet Neurol 2015; 14: 547-558
42. Colten, H.R. og Altevogt, B.M. Committee on Sleep Medicine and Research. Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem. The National Academies Press Washington, DC, National Academy of Sciences. 2006: 404
43. Asplund, R. og Aberg, H. Sleep and cardiac symptoms amongst women aged 40-64 years. Journal of Internal Medicine 1998; 243: 209-213
44. Sørensen, T. E. Behandling af angste psykiatriske patienter med Musicure – et pilotprosjekt. Musikterapi i psykiatrien. 2005; 4: 77-82
45. Torgersen, T. og Aam, H. K. A. Sansestimulerende produkter – et beroligende supplement innen psykisk helsevern. Sykehuset Innlandet. Divisjon psykisk helsevern. 2015



medema  
gruppen

- Løsninger som fungerer

**MC 1122 Kombistol!**  
Spinalus sete finnes i mange bredder og med justeringsmuligheter som virkelig egner seg for individuell tilpasning. Med en funksjonalitet og fleksibilitet som gir gode løsninger for store og små.  
Ta kontakt for mer informasjon på tlf 67 06 49 00 eller gå inn på [www.medema.no](http://www.medema.no) å se brosjyre.

# Aktivitet – ergoterapeuters sentrale bidrag til miljøterapi

Av Tore Bonsaksen, Trine Marie Sandberg og Mikaela Söreskog og Brian Ellingham

*Tore Bonsaksen er dosent ved OsloMet – storbyuniversitetet, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, Oslo og ved VID Vitenskapelige Høgskole, Fakultet for helsefag, Sandnes.  
E-post: [tore.bonsaksen@hioa.no](mailto:tore.bonsaksen@hioa.no)*

*Trine Marie Sandberg studerer Bachelor i ergoterapi ved OsloMet – storbyuniversitetet, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag.*

*Mikaela Söreskog studerer Bachelor i ergoterapi ved OsloMet – storbyuniversitetet, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag.*

*Brian Ellingham er høgskolelektor ved OsloMet – storbyuniversitetet, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag.*

## AKTIVITET – ERGOTERAPEUTERS SENTRALE BIDRAG TIL MILJØTERAPI

### Sammendrag

**En økende andel ergoterapeuter** i psykisk helsearbeid ansettes i miljøterapeutstillinger, og ergoterapistudenter får ofte praksisplasser på steder hvor veilederne har slike stillinger. Studenter uttrykker gjerne at praksis er lærerikt, samtidig som de kan etterspørre en tydeligere ergoterapifaglig profil. Begrepene «miljøterapi» og «terapeutisk samfunn» brukes ofte om hverandre og viser til en behandlingsform som kom til Norge i 1960-årene. Miljøterapi innebærer at deltakelse i felles aktiviteter i et sosialt miljø brukes terapeutisk for å utvikle relasjonell kompetanse og mestring. Siden har miljøterapi antatt mange ulike former, hvor nåtidens individrettete tilnærming kan være vanskelig å identifisere med utgangspunktet. Denne artikkelen omhandler ergoterapiens plass i miljøterapi. Eksempler på studenters anvendelse av metodisk bruk av aktivitet illustrerer hvordan ergoterapeutisk tenkning og praksis kan ha en spesiell plass innenfor rammen av miljøterapeutiske opplegg.

**Nøkkelord:** Miljøterapi, ergoterapi, metodisk bruk av aktivitet

*Det er ingen interessekonflikter om denne artikkelen.*

## INTRODUKSJON

Ergoterapeuter arbeider på mange ulike arenaer, de fleste i den offentlige helse- og sosialtjenesten. Antallet ergoterapeuter i Norge vokser og består i mars 2017 av 4722 personer hvorav 4691 er registrert å være i arbeid (Statistisk Sentralbyrå, 2017). Ved de seks norske utdanningsstedene fullfører mange nye ergoterapeuter sin utdanning hvert år. I lys av at ergoterapi blir en lovpålagt tjeneste i alle landets kommuner fra 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016-2017), er det forventninger om at yrkesgruppen vil bli større og få en mer fremtredende plass i helsetjenestene i årene fremover. For ergoterapeuter er dette et løfterikt perspektiv.

Dette vekstpregede bildet er imidlertid ikke entydig. Noen steder foreslås organisatoriske endringer som gjør at stillinger ikke lenger vil være profesjonsspesifikke, men istedet åpnes for ulike yrkesgrupper ved at de gjøres om til miljøterapeutstillinger. Vinteren 2017 ble en slik foreslått endring i sykehjemsetaten i Oslo kommune stanset etter sterk mobilisering, med argumenter knyttet til faglig utarming og innføring av «alt-mulig-terapeuter» uten en klar kompetanseprofil, dersom ergoterapeut- og fysioterapeutstillinger skulle omgjøres til miljøterapeutstillinger (Haugen, Munthe, & Ulven, 2017).

For utdanningsstedene er det et vedvarende problem å lokalisere et tilstrekkelig antall ergoterapeuter i praksisfeltet som kan påta seg rollen som praksisveileder for ergoterapistudenter som skal ut i praksis. En del av ergoterapeutene som påtar seg veilederrollen, er til en viss grad ansatt i nettopp miljøterapeutstillinger. Gitt at veilederne har en god ergoterapifaglig forankring er ikke dette et problem i seg selv. Det kan imidlertid kreve noe mer faglig modenhet hos studentene som kommer til disse stedene – disse studentene blir spesielt utfordret med tanke på å bruke og formidle ergoterapikompetanse innenfor rammen av en praksis hvor grenseoppganger mellom yrkesgrupper kan være mer flytende enn andre steder. Her kan også språket for å formidle erfaringer og observasjoner være annerledes enn det som de er vant med.

Den faglige konteksten for beskrivelser av miljøterapi synes i stor grad å være psykisk helsearbeid i ulike former og på ulike arenaer. Omfanget av norsk-språklige forskningsartikler om miljøterapi er likevel ikke stort. Et søk i databasen SweMed+ med søkeordet «miljøterapi» i juni 2017 ga treff på 36 artikler publisert etter år 2000, hvorav 14 var fagfellevurderte vitenskapelige artikler. Det tematiske spennet

i disse artiklene strekker seg over helsepersonells utfordringer knyttet til å forebygge og håndtere selvskadning (Rovik, 2007, 2011), suicidalitet (Hetland & Herrestad, 2008) og vold (Lillevik & Øien, 2012), men også positive erfaringer blant helsepersonell knyttet til samarbeid (Ervik, Sælør, & Biong, 2012), egen kompetanseheving (Sommer & Eilertsen, 2013) og relasjonelle praksiser (Næss & Biong, 2014).

Begrepene miljøterapi og terapeutisk samfunn blir ofte brukt om hverandre. De første terapeutiske samfunn ble etablert i England og USA i 1940-årene, men det kan argumenteres for at miljøterapi (for øvrig i likhet med ergoterapi) har sine røtter i «moral treatment»-bevegelsen som oppstod for 200 år siden (Ness, 2002; Skårderud & Sommerfeldt, 2013; Tranøy, 2015; Vaglum, 2017). Tradisjonelt var legene og psykologene «behandlere», mens andre profesjoner ga omsorg og aktiviserte pasientene. Pasientene var passive mottakere av tilbud. I de terapeutiske samfunnene ble denne rollefordelingen endret, og pasientene ble selv terapeuter sammen med alt personale. Med utgangspunkt i psykodynamisk og sosialpsykologisk tenkning ble psykiske lidelser forstått som uttrykk for relasjonelle problemer. I samspill med den psykoterapeutiske behandlingen sto miljøterapeutene for en behandling med fokus på samhandlingsproblemer som ble bearbeidet gjennom gruppeaktiviteter (Vaglum, 2017). Miljøterapi vektlegger prosesser som kan iverksettes og støttes i miljøet hvor pasienten befinner seg. Miljøterapeuter planlegger og tilrettelegger for en terapeutisk bruk av samspillet mellom brukere i miljøet. Gjennom samhandling legger man til rette for fysisk, psykisk og åndelig vekst og en styrking av brukerens egenomsorg. Ergoterapeuters kompetanse i tilpassing av omgivelser og aktivitetsformer er høyaktuelle bidrag til miljøterapi (Andvig, Jahre, Syse, & Maan, 2010; Cara & MacRae, 2013; Lillevik & Øien, 2015; Simensen, 2013; Tranøy, 2015).

Øye og Skorpens (2010) studie av dagliglivet i et psykiatrisk sykehus peker på en iboende spenning mellom miljøterapiens historiske utgangspunkt og dagens praksis. Rester av tilnærmingens kollektive orientering kan i dag gjenfinnes i en rutinemessig fordeling av husordensoppgaver på avdelingene, og i en viss grad av fellesaktiviteter. Likevel bærer miljøterapi i dag preg av individualisme, behandlingsfokus rettet mot den enkelte pasient, og aktiviteter som skjer i en-til-en relasjoner mellom pasienter og ansatte. Med en slik dreining av ideologi og praksis – en dreining fra et kollektivt til et individuelt fokus – argumenteres det for at mye av det opprinnelige



grunnlaget for miljøterapi ikke lenger er til stede (Vaglum, 2017; Øye & Skorpen, 2010).

Mathisen og medarbeidere (2015) studerte brukermedvirkning ved tre ulike distriktpsikiatriske sentre. De så spesielt på hvordan brukermedvirkning kom til uttrykk gjennom måten pasienter deltok i utformingen av de miljøterapeutiske aktivitetene på. Fra et omfattende feltarbeid fant de at både pasienter og ansatte ofte står i et krysspress. Pasientene kan være svært syke og samtidig møte forventninger om at de bør delta i beslutninger og aktiviteter. De ansatte forsøker å balansere mellom å møte individuelle pasientbehov og å ivareta mer kollektive hensyn, for eksempel ved å gjennomføre planlagte aktiviteter for pasientgruppen som helhet, eller ved å sørge for å opprettholde rutineene på avdelingen. Forfatterne argumenterte for at pasienters ønsker om å «slippe» å delta i aktiviteter som skjer i avdelingsmiljøet, noen ganger nettopp kan ses som et uttrykk for medvirkning. Samtidig er de ansattes støtte til at pasienter gradvis skal kunne ta ansvar for seg selv og sitt eget liv, en vanskelig oppgave å balansere, og kan gi en følelse av ikke å strekke til (Mathisen et al., 2015).

Tross indre spenninger knyttet til hva miljøterapeutisk ideologi og praksis skal være, og tross ytre motstand mot å la ergoterapi bli omfattet av miljøterapi som paraplybegrep: Miljøterapeutstillinger har eksistert i flere tiår, og det er liten tvil om at de er kommet for å bli. Mange ergoterapistudenter i avslutningsfasen i studiet søker på, og vil få, disse stillingene. Utfordringen synes derfor å være å bistå ergoterapeuter og ergoterapistudenter med teoretiske og praktiske redskaper slik at de kan tenke og handle i samsvar med egen faglig bakgrunn og kompetanse, også der hvor de er ansatt som miljøterapeuter.

## HENSIKT

Med denne artikkelen vil vi klargjøre et teoretisk grunnlag for å kunne betrakte ergoterapi som et vesentlig bidrag til miljøterapi. Vi vil derfor sette ergoterapeutens begrep om miljø i sammenheng med aktivitetsanalyse og -syntese, og vi vil gi noen praktiske eksempler på hvordan ergoterapeuter med et slikt fokus på aktivitet nettopp kan bidra til den terapeutiske utformingen av et miljø for personer med psykiske helseproblemer.

## Hva består et miljø av?

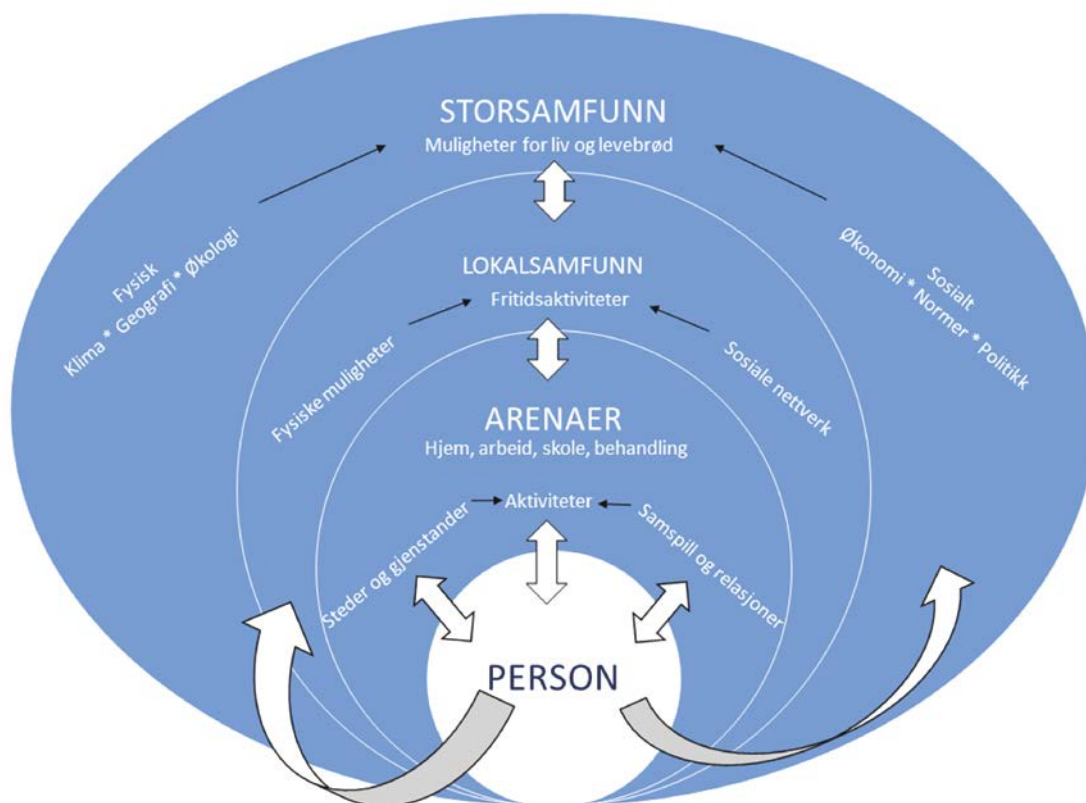
Det er vanskelig å tenke på aktivitet uten begreper om miljøet. Når vi gjør noe, så gjør vi det nettopp i

en miljømessig sammenheng. For å hente ideer til hvordan vi kan gjøre det mulig for folk med aktivitetsvansker å delta i viktige aktiviteter, må vi derfor starte med en analyse av begrepet «miljø». Hvilke deler består det av, og hvordan henger delene sammen med hverandre?

Fisher, Parkinson og Haglund (2017) fremstiller miljøfaktorene med betydning for menneskers aktivitet som vist i Figur 1. Modellen viser at miljøet består av tre dimensjoner: Det fysiske, det sosiale og aktivitetsformer. Aktivitetsformer skapes gjennom et samspill mellom de fysiske (objekter og steder) og sosiale dimensjonene (relasjoner og sosiale samspill) som avgrensner den aktuelle situasjonen. Samtidig har både de fysiske og de sosiale aspektene ved miljøet ulik grad av nærhet eller avstand til personen – vi kan se på miljøet som delt inn i flere lag eller nivåer. Det ytre laget kan ses på som storsamfunnets rammefaktorer, som muliggjør og avgrensner folks aktivitetsdeltakelse på et over-individuelt nivå, siden dette er forhold som gjelder for alle som lever i den aktuelle konteksten. Det midterste nivået består av nabolag og lokalsamfunn. Dette nivået preger personens umiddelbare omgivelser, samtidig som det selv er rammet inn av storsamfunnets normer, regler og materielle forhold. Likevel, når vi snakker om miljø og miljøterapi, snakker vi oftest om de forholdene som ligger nærmest individet, og som derfor er lettest påvirkelige for endring. Dette nivået nærmest personen kan beskrives med ord som angir hvor personen utfører sine daglige aktiviteter, som hjemmet, arbeidsplassen, skolen eller behandlingsstedet. Miljøterapi utført av ergoterapeuter vil oftest innebære å endre på spillet mellom fysiske og relasjonelle forhold som virker direkte inn på folks mulighet til å utføre viktige aktiviteter i eget hverdagsliv.

## TILRETTELEGGING AV AKTIVITET: ERGOTERAPEUTENS BIDRAG TIL ET TERAPEUTISK MILJØ

Å legge til rette for aktivitet vil si å matche personens individuelle ressurser og begrensninger med de kravene som ulike aktiviteter stiller i en miljømessig kontekst. *Miljøterapi* innebærer at miljøet ikke er en gitt størrelse, men kan forandres, slik at det bidrar til en bedre match. Vi kan intervenere miljøterapeutisk i en sosial gruppe ved for eksempel å endre gruppens størrelse og hvilke personer som inngår i den, og ved å regulere hvilke normer som skal gjelde for samspill og aktivitet. Vi kan endre stedene hvor aktiviteter foregår – bading kan foregå i en svømmehall med mye liv og røre, men også i et



Figur 1. Miljøets struktur og innvirkning på individers aktivitet (bearbejdet etter Fisher, Parkinson og Haglund, 2017)

stille tjern i skogen. De ulike stedene kan gi helt ulike forutsetninger for at folk skal kunne delta i en aktivitet som bading. Objekter eller «ting» kan forandres eller erstattes, slik at det blir lettere for folk å bruke dem til å utføre sine gjøremål. Ved å endre objektene som folk bruker, så endrer vi miljøet.

Vi vil vise og kommentere to eksempler på hvordan ergoterapeuter og ergoterapistudenter kan legge til rette for aktivitet for personer med ulike psykiske helseproblemer. Eksemplene er omskrevet med utgangspunkt i oppgavebesvarelser knyttet til tidligere praksisperioder for to av forfatterne (TMS og MS). Vekten er lagt på arbeid med aktivitetsanalyse og på å beskrive hva en slik analyse kan bety for den videre utformingen av aktivitet for den aktuelle klienten.

### HARALD

Harald er en mann i 20-årene med psykoselidelse og stort funksjonsfall. Han bor hjemme hos mor og benytter seg av et psykiatrisk dagtilbud et par ganger i uken. Han har vansker med å sette i gang aktiviteter på eget initiativ og fremstår generelt som apatisk og med lite initiativ. Harald har også utfordringer i sosiale relasjoner, da han tar lite initiativ i samtale med andre og kun svarer kort og lite utdypende på konkrete spørsmål eller henvendelser. Han har tidli-

gere gitt utrykk for at han ønsker å komme mer inn i det sosiale miljøet på stedet.

Harald er med på treningsgruppe og lunsj en fast dag i uka. Han er ofte passiv på treningsgruppa og oppmuntres av personalet til å delta mer aktivt. Han sier at han setter pris på å gå en times tur hver dag i nabolaget hjemme, mens moren hans har fortalt at det skal mye overtalelse til fra henne for å få ham med ut på disse turene. Harald gir ikke utrykk for å ha så mange interesser utenom daglige turer, men han pleide å spille bilspill tidligere og var god til dette. Hans aktivitetsmål er å delta i sosiale aktiviteter sammen med andre brukere på stedet. På stedet foregår mye av behandlingen sammen med andre brukere og ansatte i form av miljøterapi, som inkluderer faste aktivitetsgrupper. Det anses derfor som viktig å få brukerne inn i miljøet, hvor de etter hvert blir kjent og fortrolig med andre brukere, de ansatte og aktivitetsgruppene.

Det ble invitert til turnering i bilspillet Gran Turismo. Data- og tv-spill var en latent interesse for flere av brukerne av dagtilbudet, og aktiviteten var også kjent for Harald. Vi håpet at aktiviteten kunne vekke mestringsfølelse og engasjement. Dagligstuen på stedet skulle brukes til aktiviteten, og Harald og en av hans medpasienter på stedet ble invitert. Struk-

<b>Kort beskrivelse av aktiviteten:</b> Delta i turnering sammen med andre brukere og ansatte. Spillet er satt opp av ergoterapistudenten og er klart til bruk. Brukerne avtaler hvem som starter og organiserer aktiviteten videre.		
<b>Beskrivelse av trinn eller operasjon</b>	<b>Nøkkelpunkter/kommentarer</b>	<b>Aktuelle ferdigheter</b>
1. Møte opp nede i stuen.	Møte opp og vente på andre som vil spille.	Søker kunnskap. Holder fokus, engasjerer.
2. Avtale hvem som starter å spille mot hverandre.	Brukerne avtaler med hverandre med minst mulig innspill fra meg.	Søker kunnskap, er målrettet. Engasjerer, står frem/sier ifra, samarbeider.
3. Starte spillet.	Spillet er allerede slått på og står på riktig «modus». Spillerne tar opp konsollene og plasserer seg hensiktsmessig i forhold til TV.	Søker kunnskap, navigerer, orienterer seg, tilpasser omgivelser. Samarbeider.
4. Spillerne blir enige om hvilken bil de skal kjøre og banen de skal kjøre på.	Stor forskjell på de forskjellige banene. Noen er vanskeligere enn andre. Spillerne får instruksjon om at de bør velge samme bil.	Søker kunnskap, er målrettet, velger. Står frem/sier ifra, deler.
5. Spille mot hverandre.	Kjører bilene i spillet mot hverandre og konkurrerer om å komme først i mål.	Legger merke til, holder oppmerksomhet, orienterer seg, tilpasser handlinger, tar lærdom av.
6. Avslutte første runde.	Vinneren blir sittende for en runde til mens taperen bytter plass med neste spiller.	Tilpasser seg, respekterer, orienterer kroppen.
7. Spille mot hverandre.	Andre runde.	Legger merke til, holder oppmerksomhet, orienterer seg, tilpasser handlinger, tar lærdom av.
8. Avslutte andre runde.	Vinneren blir sittende for en runde til mens taperen bytter plass med neste spiller.	Tilpasser seg, respekterer, orienterer kroppen.
9. Finale.	Vinnerne av de to rundene spiller mot hverandre.	Legger merke til, holder oppmerksomhet, orienterer seg, tilpasser handlinger, tar lærdom av.
10. Gratulere vinner og avslutte.		Legge merke til/reagere på. Engasjerer, uttrykker, respekterer.
<b>Konklusjon:</b> Aktiviteten setter krav til en rekke ferdigheter, spesielt blant prosessferdighetene. Med tanke på kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter setter aktiviteten spesielt krav til å kunne stå frem/si ifra, engasjere seg, samarbeide, dele, uttrykke, respektere andre og tilpasse seg.		

Tabell 1: Analyse av strukturen i den planlagte aktiviteten «Gran Turismo-turnering».

turen i den planlagte aktiviteten var som skissert i Tabell 1.

I planleggingen ble det lagt opp til at aktiviteten også skulle fungere som en kartleggingssituasjon – en situasjon hvor strukturert observasjon av Haralds ferdigheter på spesifikke områder skulle gi et bedre grunnlag for intervensjoner i tiden fremover. Det ble fokusert på kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter, siden Harald snakker lite, svarer kort på henvendelser og selv uttrykker at det er vanskelig å komme inn i det sosiale miljøet på stedet. Målet med aktiviteten var derfor dels å observere og kartlegge ressurser og utfordringer, men også at Harald skulle få en anledning til å ha det moro og bygge relasjoner med andre brukere på stedet gjennom å gjøre en kjent aktivitet i fellesskap.

I vurderingen av Haralds kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter i denne aktiviteten ble det

tatt utgangspunkt i begrepene som er brukt i EVA-systemet (Ellingham, Clark, & Jespersen, 2015). Ferdighetsbegrepene, som bygger Assessment of Communication and Interaction Skills (Ellingham, Hussain, & Bonsaksen, 2014; Forsyth, Lai, & Kielhofner, 1999; Forsyth, Salamy, Simon, & Kielhofner, 1998), angir 20 konkrete ferdigheter som brukes i aktiviteter som innebærer sosial omgang med andre. Ferdighetene vurderes med tanke på hvor tilfredsstillende, trygg og/eller selvstendig utførelsen er i forhold til aktivitetens krav, og det gis rom for utdypende kommentarer (konkret observasjonsgrunnlag) knyttet til hver av de observerte ferdighetene. Vurderingen av Haralds ferdigheter i denne aktuelle situasjonen er som vist i Tabell 2.

Aktivitetsobservasjonen med vekt på kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter viste at det var spesielt utfordrende for Harald å hevde seg, enga-



- FAGLIG -

KROPPSSPRÅK		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Berører	Ikke observert (bruker berørte ikke andre under hele aktiviteten).	0----- -----1
Bruker øy-nene	Ikke observert (Bruker har liten blikk-kontakt med andre, men det er heller ikke nødvendig for aktiviteten).	0----- -----1
Bruker ansiktsuttrykk	Smiler når det blir sagt noe morsomt. Har ansiktsuttrykk som passer til situasjonen men virker noe apatisk.	0----- X-----1
Gestikulerer	Har noe mimikk men bruker kroppen lite i kommunikasjon.	0-----X -----1
Flytter seg	Flytter seg når det kommer flere som skal sitte i sofaen.	0----- -----X1
Orienterer kroppen	Snur seg mot TV en når det er hans tur til å spille. Snur hodet eller kroppen mot andre når han blir pratet til.	0----- -----X1
Inntar stillinger	Finner seg raskt en passende plass i sofaen med passe avstand til både TV og sidemann.	0----- -----X1
INFORMASJONSUTVEKSLING		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Artikulerer	Snakker litt lavt innimellom og ble bedt om å gjenta i noen tilfeller. Ellers klar og tydelig tale.	0----- -----X-1
Står frem/sier fra	Hevder seg lite. Sa ikke at han ville være med å spille før han ble spurt direkte med fornavn.	0X----- -----1
Spør	Ikke observert (spør ikke, men ser heller ikke ut til å ha behov for det).	0----- -----1
Engasjerer	Blir først med etter oppfordring fra andre i gruppa. Lar andre spillere velge bil og bane uten innspill.	0-X----- -----1
Uttrykker	Smiler når han vant første runde. Utrykker seg passende for situasjonen.	0----- -----X1
Modulerer	Bruker noe tonefall i tale men høres monoton ut mesteparten av tiden.	0----X-- -----1
Deler	Sier at han pleide å spille mye bilspill før da andre i gruppa poengterte at han var god. Er ellers stille under aktiviteten.	0----- --X----1
Snakker	Snakker lite men svarer adekvat på spørsmål og henvendelser.	0----- -----X1
Opprettholder	Stopper opp noen ganger under samtale. Fortsetter selv der han slapp. Har noe latenstid. Svarer kort og lite utfyllende.	0--X--- -----1
RELASJONER		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Samarbeider	Ikke observert (Var ikke med i samarbeidet om å organisere aktiviteten og ble først med etter oppfordring fra andre. Prater og deler lite på eget initiativ. Har derfor lite grunnlag for å score samarbeidsevne).	0----- -----1
Tilpasser seg	Følger reglene som er satt for turneringen.	0----- -----X1
Holder fokus	Har oppmerksomheten rettet mot aktiviteten hele tiden uten utfordringer.	0----- -----X1
Relaterer	Tar ikke kontakt med andre på eget initiativ. Svarer kort og lite utfyllende. Fremstår lite engasjert i samtale.	0--X---- -----1
Respekterer	Flytter seg når andre trenger plass i sofaen. Lar andre prate ferdig før han svarer.	0----- -----X1
Kommentarer/konklusjon		Gradering
Brukeren ser ut til å ha få utfordringer med selve aktiviteten, men er en passiv deltaker og ville ikke kommet i gang uten innspill fra andre. Brukeren fremstår som lite engasjert i forhold til både aktivitet og relasjon med andre. Det fremstår som spesielt utfordrende å hevde seg, engasjere, dele informasjon, modulere, opprettholde en samtale og relatere.		0----X -----1

Tabell 2: Analyse av Haralds kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter anvendt i «Gran Turismo-turnering».

<b>Kort beskrivelse av aktiviteten:</b> Beboer er på kjøkkenet der aktiviteten skal foregå. Han skal ta frem redskaper (visp, skål, målebeger, sleiv, stekespade, tallerken og stekepanne), deretter ingredienser (ferdigblandet pose med ingredienser til pannekakerøre) og vann. Blande sammen ingrediensene med aktuelt redskap, slå på komfyren, steke pannekaker, ta fram bestikk, tallerken og syltetøy, dekke bordet, og servere pannekaker.		
<b>Beskrivelse av trinn eller operasjon</b>	<b>Nøkkelpunkter/kommentarer</b>	<b>Ferdigheter</b>
Ta frem redskap	Finnes i skapet på kjøkkenet	Begynner, velger, søker/lokaliserer.
Finne frem ingredienser	Finnes i skapet på kjøkkenet	Holder oppmerksomhet, samler, søker/lokaliserer tilpasser handlinger
Måle opp 12 dl vann	I 1 liters målebeger.	Holder oppmerksomhet, velger, anvender, håndterer, legger merke til, tilpasser handlinger.
Tømme innhold i skål	Toro ferdigpose med pannekakerøre	Holder oppmerksomhet, velger, anvender,
Blande sammen ingrediensene	Være oppmerksom på å ikke vispe for hardt så det skvetter, eller for lite så det blir klumper.	Velger, begynner, legger merke til, tilpasser handlinger.
Plassere stekepannen på stekeplata	Ligger nært skapet der den ble tatt frem.	Organiserer. Velger, navigerer, orienterer seg, fokuserer, innretter seg
Slå på stekeplata	Vri til riktig temperatur (gammel komfyr) for å varme opp og tilpasse temperaturen.	Begynner, legger merke til, tilpasser handlinger, tilpasser omgivelser, tar lærdom av.
Helle røre i stekepannen.	Passe på at det ikke blir for mye i stekepannen, eller for lite. Eventuelt ha i stekesmør om dette trengs.	Tilpasser handlinger, tilpasser omgivelser, organiserer, legger merke til
Vende pannekaken	Vende pannekaken til riktig tid så den ikke blir brent eller for myk.	Begynner, tilpasser handlinger, tilpasser omgivelser, orienterer seg,
Ta frem tallerken	Ligger i skapet på kjøkkenet.	søker/lokaliserer, orienterer seg
Legge ferdige pannekaker på tallerken.		Anvender, tilpasser handlinger.
Ta frem bestikk	Ligger i skuff på kjøkkenet	søker/lokaliserer, orienterer seg
Ta fram syltetøy	Står i kjøleskapet. Tas kun om beboerne ønsker dette.	søker/lokaliserer, orienterer seg
Servere pannekakene	Ved sofaen eller på kjøkkenet	søker/lokaliserer, tilpasser handlinger
Sitter ned	Ved sofaen eller på kjøkkenet	Navigerer, orienterer seg.
<b>Konklusjon:</b> Dette er en aktivitet med mange delmomenter som krever mer eller mindre prosessferdigheter som; holder oppmerksomhet, søker/lokaliserer, tilpasser handlinger og tilpasser omgivelsene. En viktig del av prosessen er å velge riktige redskaper og ingredienser, samt å kunne håndtere stekepannen og røren. Denne aktiviteten gir ergoterapeuten en mulighet til å se hvordan beboeren mestrer aktiviteter i hverdagslivet, og hvor selvstendig, trygg og sikker hen er i dette.		

Tabell 3: Analyse av strukturen i den planlagte aktiviteten «lage pannekaker».

sjere, dele informasjon, modulere, opprettholde og relatere (se Tabell 2). Det fremkommer at han har mange kommunikasjonsferdigheter, men det synes som om disse hemmes ved at han er så tilbaketrukket og passiv. Haralds vansker med å engasjere seg er gjennomgående, og han har særlig vansker med å hevde seg. Disse to utfordringene kan også påvirke de andre ferdighetene negativt, og det er derfor vanskelig å kunne si sikkert hva som er viktigst.

Det kommer tydelig fram under aktiviteten at Harald trenger mye støtte og veiledning for å delta, til tross for at han viser mange gode kommunikasjons-

og interaksjonsferdigheter. Dette stemmer også med tidligere observasjoner gjort i aktivitetsgruppene han ukentlig deltar i. Spesielt interessant er hans manglende engasjement og hvordan han konsekvent unnlater å hevde seg. I videre samarbeid med Harald kan det lønne seg å diskutere disse to ferdighetene med ham, samt forsøke å styrke ferdighetene ved å sette aktivitetsmål og veilede Harald gjennom kjente aktiviteter sammen med andre brukere. Senere kan dette overføres til de faste aktivitetsgruppene og andre sosiale aktiviteter, som for eksempel å spise lunsj sammen med de andre brukerne.

## GUSTAV

Gustav er en 40 år gammel mann som fram til nå har bodd hjemme hos sine foreldre. Han har hatt en udiagnostisert psykisk utviklingshemming siden fødselen. Han fikk relativt nylig en akutt psykose som gjorde at foreldrene syntes det ble for belastende å ha ham hjemme. Det kan variere fra time til time hvordan vanskene arter seg. Gustav har bodd i et kommunalt bofellesskap i omtrent en måned. Tidligere har han arbeidet i et tilrettelagt verksted. Nå kan han i blant ligge i sengen en hel dag uten å gjøre noe. Han har vansker med å ta initiativ og synes å ha lite tro på seg selv. I bofellesskapet er det viktigste langsiktige målet at beboerne skal bli så selvstendige at de skal kunne bo for seg selv.

Personer med psykoselaterte lidelser har ofte problemer med å lage og følge struktur i hverdagens aktiviteter (Johannsen, Congiatta, & Stentebjerg, 2016). Gustavs prosessferdigheter ble på denne bakgrunnen kartlagt i en situasjon hvor han skulle steke pannekaker hjemme i boligen sin. Dette var en aktivitet som han tidligere hadde gjort sammen med sin mor, som har syntes var lystbetont og motiverende, men som han likevel opplevde var vanskelig å gjøre selvstendig.

Målet med aktiviteten var at Gustav selvstendig og trygt skulle steke pannekaker. Den videre hensikten var å kartlegge hans prosessferdigheter i denne aktiviteten for dermed å kunne identifisere graden av selvstendighet og eventuelle hjelpebehov i denne type aktivitet. Det ble i forveien laget en struktur for aktiviteten som vist i Tabell 3. De viktigste sekvensene i aktiviteten er å ta fram redskaper og ingredienser, blande sammen ingrediensene, håndtere komfyren, steke pannekakene og dekke på bordet.

Prosessferdigheter er ferdigheter i å organisere sine handlinger slik at aktivitetens deler blir gjennomført i riktig rekkefølge. I denne sammenhengen er de viktigste ferdighetene: velger, anvender, avslutter, er målrettet, tilpasser handlinger/omgivelser, og tar lærdom av. Det er disse ferdighetene som sørger for at aktiviteten blir fullført og med et tilfredsstillende resultat i form av ferdigstekte pannekaker. I vurderingen av Gustavs prosessferdigheter i denne aktiviteten ble det igjen tatt utgangspunkt i EVA-systemets begreper (Ellingham et al., 2015). Ferdighetsbegrepene, som bygger på Assessment of Motor and Process Skills (A. Fisher, 1999), angir 21 konkrete ferdigheter knyttet til organisering av delhandlinger i aktivitet. Ferdighetene vurderes med tanke på hvor tilfredsstillende, trygg og/eller

selvstendig utførelsen er i forhold til aktivitetens krav. Det gis rom for utdypende kommentarer (det konkrete observasjonsgrunnlaget) knyttet til hver av de observerte ferdighetene. Vurderingen av Gustavs prosessferdigheter mens han lagde pannekaker er som vist i Tabell 4 (neste side).

Gustav velger, samler, anvender redskaper og ingredienser på en stort sett tilfredsstillende måte gjennom aktiviteten. Han tilpasser handlingene noe mindre tilfredsstillende – han snur pannekakene tidlig og glemmer å bruke smør i pannen. Gustav har også vansker med å ta lærdom av handlingene sine idet han måler opp vann og ser ut til å miste oppmerksomheten om det som han holder på med. Han rydder kjøkkenbenken og organiserer seg underveis, men spør også mye om hjelp. Ved flere tilfeller får han verbal og fysisk veiledning.

Ressursene til Gustav er at han spør om hjelp eller søker mer kunnskap når han trenger det, og han følger nøye de rutinene som han er sikker på. Han rydder etter seg og velger, anvender, og håndterer redskaper og omgivelser på en tilfredsstillende måte. Noen ganger har han begrensninger i form av problemer med å tilpasse handlinger og ta lærdom av ting han gjør, og han kan generelt være usikker på fremgangsmåten, da han spør mye om hjelp. Et eksempel er da han skulle måle opp 12 dl med et målebeger som tok en liter. Da verbal instruksjon ikke førte fram (om først å fylle målet helt, og deretter fylle opp på nytt til 2 dl), måtte han ha hjelp til akkurat dette. Gustav kunne også miste fokus noe når han ønsket å vise meg noe i leiligheten, men han kom nokså raskt tilbake til det han holdt på med. Han observerte at det ble klumper i røren, og han ble vist hvordan et annet grep om vispen ga mulighet til å vispe raskere og dermed unngå klumper. Det er mulig at hans mor tidligere har stått for det å lage i stand pannekakerøren, noe som gjør at han fortsatt har lite erfaring med akkurat denne delen av aktiviteten.

Analysen av prosessferdigheter viser at Gustav er relativt selvstendig og trygg i aktiviteten. Han trenger oppmuntring og struktur for å komme videre i sin utvikling mot å kunne bo alene og eksempelvis lage mat på egen hånd. Gustav er noe usikker på det han gjør, og han har vansker med oppmerksomhet, problemløsning og arbeidshukommelse. Det er videre aktuelt å besøke Gustav på nytt for å lage middag sammen med ham. Det kan være behov for å øve på å lage flere typer mat. På sikt kan dette også bidra til at han blir mer selvstendig og får mer



- FAGLIG -

ENERGI		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Holder tempo	Arbeider sakte, men holder samme tempo og er nøye.	0----- -----x 1
Holder oppmerksomhet	Er observant, men i visse tilfeller mister han konsentrasjonen og vil vise meg noe i leiligheten. Dette går ut over aktiviteten.	0----- ----x--- 1
SØKER OG ANVENDER KUNNSKAP		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Velger	Han velger riktig redskap og ingredienser	0----- -----x 1
Anvender	Anvender redskapen tilfredsstillende	0----- -----x 1
Håndterer	Anvender redskapen riktig til tross for minimal tremor i hender	0----- -----x 1
Er målrettet	Ja	0----- -----x 1
Søker kunnskap	Ja, spør om hjelp om han er usikker eller ber om veiledning.	0----- -----x 1
ORGANISERING AV TID		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Begynner	Ja, han starter aktiviteten på eget initiativ	0----- -----x 1
Fortsetter	Ja	0----- -----x 1
Gjør i rekkefølge	For en stor del ja, men i enkelte tilfeller kan vedkommende falle ut i sine egne tanker. Ser tomt ut i luften og låser blikket.	0----- ---x--- 1
Avslutter	Ja	0----- -----x-1
ORGANISERING AV GJENSTANDER OG ROM		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Søker/lokaliserer	Ja, ofte. Virker usikker på egen mestring.	0----- ---x--- 1
Samler	Ja, tar frem riktig utstyr og plasserer dem riktig.	0----- -----x 1
Organiserer		0----- -----x 1
Rydder	Ja, vedkommende gjør ting rent når han er ferdig og plasserer dem på riktig sted med en gang. Han bytter også søppelpose og rydder mens han lager mat.	0----- -----x 1
Navigerer	Ja	0----- -----x 1
Orienterer seg	Ja	0----- -----x 1
AVPASSING		
Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Legger merke til/reagerer på	Ja, kjenner om det begynner å lukte brent og reagerer når målebegeret er fullt.	0----- -----x 1
Tilpasser handlinger	Han snur pannekakene før de er helt ferdige, noe som gjør at de klumper seg sammen. Han glemmer også å bruke smør, noe som gjør at pannekakene lett fester seg i pannen. U.t. må gi verbale hint.	0----- ---x--- 1
Tilpasser omgivelser	Ja, flytter på redskaper når de er i veien for aktiviteten.	0----- -----x 1
Tar lærdom av	Han observerer klumper i røra, men endrer ikke sin hastighet når han visper. Er uvant med smør og pannekake. Han målte 10 dl og ikke 12 dl. Jeg måtte gi verbale hint.	0----- ---x--- 1
Kommentarer/konklusjon		Gradering
Stort sett selvstendig i aktiviteten, men behøver verbale hint for å komme tilbake fra sine egne tanker. Tilpasser handlinger når han visper og tar lærdom av å bruke smør ved steking. Beboeren virker å ha problemer med å holde oppmerksomhet om han ser noe han blir interessert i, noe som påvirker aktiviteten. Han spør ofte om hjelp selv om han kan det. Dette viser at han har liten tro på egen mestring. Videre kan dette også vise nedsatt oppmerksomhet, problemløsning og arbeidsminne.		0----- ----x-- 1

Tabell 4: Analyse av Gustavs prosessferdigheter anvendt i det han lager pannekaker

initiativ til aktiviteter i hverdagen sin. Det bør lages en felles plan i arbeidsgruppen for oppfølgingen av Gustav. Man må oppfordre personalet til å ha klare mål med aktiviteten og klare beskrivelser av hva de skal gjøre. Deling av erfaringer i teamet kan være viktig for hvordan Gustav kan øve på selvstendig gjennomføring av aktiviteter. Et fokus på personlig vekst er også viktig, og aktiviteter bør derfor graderes slik at de blir gradvis mer utfordrende, men fortsatt innenfor rekkevidde, slik at han opplever mestring.

## KONKLUSJON

Ved å bruke og formidle ergoterapeutisk tenkning og metodikk kan ergoterapeuter spille en rolle for utviklingen av miljøterapeutiske tilbud, og vi har her vist eksempler på hvordan ergoterapeuter kan bidra på en slik måte. Ergoterapi har felles historiske røtter med miljøterapi, de terapeutiske samfunnene og «moral treatment»-bevegelsen. Ergoterapeuters kompetanse i å analysere og tilrettelegge miljøet og aktivitetsformer bidrar til å engasjere brukere i meningsfulle aktiviteter som fremmer relasjonell kompetanse og hverdagsmestring.

## Referanser

- Andvig, E., Jahre, E., Syse, J., & Maan, F. (2010). *Forskningsprosjektet Miljøterapi «Når rammene løses opp»*: miljøterapeutiske samtaler. Tønsberg: Høgskolen i Vestfold.
- Cara, E., & MacRae, A. (2013). *Psychosocial occupational therapy: An evolving practice*. NY, USA: Delmar.
- Ellingham, B., Clark, E. G., & Jespersen, L. F. (2015). *Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system (EVA). Brukermanual for kartlegging av ferdigheter i aktivitet utførelse*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Ellingham, B., Hussain, R. A., & Bonsaksen, T. (2014). *Brukermanual for kartlegging av ferdigheter i kommunikasjon og interaksjon*. Oslo: Høgskolen i Oslo and Akershus.
- Ervik, R., Sælør, K. T., & Biong, S. (2012). «Å gripe øyeblikket» - Om hvordan miljøansatte ved et lavterskelhybelhus erfarer samarbeidet mellom seg og beboerne. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(4), 302-313.
- Fisher, A. (1999). *Assessment of motor and process skills* (3 ed.). Fort Collins, CO: Three Star Press.
- Fisher, G., Parkinson, S., & Haglund, L. (2017). The environment and human occupation. In R. R. Taylor (Ed.), *Kielhofner's Model of Human Occupation* (5 ed., pp. 91-106). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Forsyth, K., Lai, J. S., & Kielhofner, G. (1999). The Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS): Measurement Properties. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(2), 69-74.
- Forsyth, K., Salamy, M., Simon, S., & Kielhofner, G. (1998). *A User's Guide to the Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS). Version 4*. Chicago, USA: University of Illinois.
- Haugen, K. B., Munthe, H., & Ulven, I. C. (2017). Bekymringsmelding angående fremtidens arbeidsplasser for fysio- og ergoterapeuter i Sykehjemsetaten (SYE).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016-2017). Prop. 71 L (2016-2017). *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hetland, H., & Herrestad, H. (2008). Miljøterapeutiske utfordringer i møte med suicidale pasienter. *Suicidologi*, 13(2), 12-15.
- Johannsen, S., Congiatta, P., & Stentebjerg, C. (2016). Ergoterapi til pasienter med skizofreni og beslægtede psykoser. In L. Nyboe, S. Johannesen, & P. Jørgensen (Eds.), *Psykiatri* (2 ed., pp. 239-243). København: Munksgaard.
- Lillevik, O. G., & Øien, L. (2012). Miljøterapeutisk praksis i forebygging av vold. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(3), 207-217.
- Lillevik, O. G., & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? *Sykepleien*, 103(5), 60-63. doi:10.4220/Sykepleiens.2015.54066
- Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G., & Måseide, P. (2015). Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner - praktisering av «brukermedvirkning» gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(2), 16-31.
- Ness, N. E. (2002). Ergoterapifagets aktivitetsperspektiv - et historisk blikk på ideer som påvirker faget. *Ergoterapeuten*, 45(10), 2-19.
- Næss, H. E., & Biong, S. (2014). Sykepleiepersonells beskrivelser av helsefremmende miljøterapi kveld, natt og helg i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 24-33.
- Rovik, A. M. (2007). Selvskading og miljøterapi - En teoretisk analyse av miljøterapeutiske utfordringer ved selvskading. *Vård i Norden*, 27(2), 35-40.
- Rovik, A. M. (2011). Selvskading og miljøterapi. Selvskadende pasienters erfaringer med å være innlagt i psykiatriske avdelinger. *Nordisk Sykeplejeforskning*, 4(1), 299-313.
- Simensen, H. (2013). Aktiviteter i en miljøterapeutisk kontekst. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 90(2), 100-109.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken: mentalisering som holdning og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sommer, M., & Eilertsen, G. (2013). Kognitiv miljøterapi i kommunalt bofellesskap. *Sykepleien Forskning*, 8(2), 132-137.
- Statistisk Sentralbyrå (2017). Helse- og sosialpersonell. Nedlastet 22.06.2017 fra SSB <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers>
- Tranøy, J. (2015). Pleierutfordringer under etableringen av miljøterapi i norsk psykiatri. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(4), 336-344.
- Vaglun, P. (2017). Psykiatrivevolusjonen i 1960-årene - noe igjen av resultatene? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 137(10), 702-703. doi:10.4045/tidsskr.17.0337
- Øye, C., & Skorpen, A. (2010). Miljøterapi som kollektivt eller individrettet fenomen? En etnografisk studie av dagliglivet i en psykiatrisk sykehus i individualismens tidsalder. *Vård i Norden*, 30(3), 25-29.

# Bruk av felles ergoterapeutiske kartleggingsverktøy

## HVORFOR, HVORDAN OG HVILKE?

**Ergoterapeutene på ved St. Olavs hospital, Psykisk helsevern, avdeling Østmarka, har over en periode prøvd ut ulike kartleggingsverktøy ved psykosebehandling. Målet var å lage en «kartleggingspakke» som skulle bli standard for alle postene på Østmarka, og tilgjengelig for hele Psykisk helsevern ved St. Olavs hospital.**

Av Anita Rosmæl



*Anita Rosmæl er ergoterapeut og rådgiver i Parat.*

### BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLING

Ved St. Olavs hospital, Psykisk helsevern, avdeling Østmarka, er det per dags dato syv ergoterapeutstillinger fordelt på tre ulike spesialsengeposter for psykose. Det er stadig fokus på omstilling og effektivisering. Som ergoterapeuter får vi spørsmål om hva vi som ergoterapeuter kan bidra med, og hvordan vi kan være med på å gi pasientene best mulig behandling, jamfør St. Olav Hospitals strategi for 2015-2018: «Vi skal tilby fremragende behandling til pasientene i Midt-Norge».

For å dokumentere at vi bidrar til den best mulige behandlingen, må vi sikre oss at utredningen vi gjør, er så presis som mulig, og at den kan etterprøves av andre. Ved å ha felles utredningsverktøy kan vi også lage felles maler på dokumentasjon i elektronisk pasientjournal og som grunnlag for funksjonsrapporter.

Ergoterapeutene på Østmarka har til nå brukt ulike kartleggingsverktøy. Noen er lånt fra andre, noen er kjøpt, og andre er laget internt på sengepostene. Vi har hatt lite med verktøy som brukes felles på de ulike sengepostene, til tross for at vi jobber relativt likt og med mange av de samme pasientene i ulike faser i sykdommen og livet. Vi har hatt for liten erfaring med nye kartleggingsverktøy som er reliable og valide.

Etter å ha sammenlignet våre egne rutiner hadde vi et ønske om å finne ut hvilke kartleggingsverktøy som brukes ved tilsvarende avdelinger ved andre sykehus i Norge, og i kommunehelsetjenesten. Vi ønsket så å vurdere og prøve ut noen av disse og lage en egen «kartleggingspakke» som skal være en





*St. Olavs hospital er et av Norges største helseforetak og er en sammenslutning av alle offentlige sykehus i Sør-Trøndelag.*

standard for ergoterapeutene ved St. Olavs hospital, Avdeling Østmarka. Hvis vi ser dette som formålstjenlig, kan vi formidle det videre og håpe at denne «kartleggingspakken» også i fremtiden kan bli en standard for hele Psykisk helsevern ved St. Olavs hospital.

### **ØSTMARKA OG PSYKOSEPOSTENE**

Østmarka er St. Olavs hospitals største avdeling for psykisk helsevern og har cirka 80 sengeplasser. På Østmarka er det tre akuttposter og tre spesialposter for psykosebehandling. Alderspsykiatrisk seksjon er lokalisert sammen med somatikken på St. Olavs hospital. Avdeling Brøset med regional sikkerhetsavdeling, kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri og fagenhet for tvungen omsorg og DPS-ene kommer utenom. Vårt prosjekt er knyttet til psykosepostene. Alle postene er lukket og har låst dør.

**Spesialpost 3** har 16 senger og er en utredningspost for unge voksne med funksjonsfall som kan knyttes til psykoseutvikling. Det avdekkes også andre tilstander, som personlighetsforstyrrelser, utviklingsforstyrrelser, utviklingshemming og syndromlidelser, samt psykoseproblematikk som kan være rusutløst.

**Spesialpost 6** har 16 senger og er spesialisert mot behandling og omsorg for personer med alvorlige psykiske lidelser og funksjonssvikt. Hovedmål for behandlingen er å oppnå bedre livskvalitet og et mest mulig meningsfylt og selvstendig liv. Posten har et utstrakt samarbeid med andre enheter innen St. Olavs hospital, og med kommunale instanser.

**Spesialpost 7** har ni senger pluss en skjeringsenhet. De har pasienter med schizofreni, dobbeltdiagnose rus/psykose som trenger omfattende behandling, pasienter som er dømt til behandling, og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Posten tilbyr behandling til mennesker i en fase av livet hvor de trenger støtte og ekstra oppfølging for å takle livet utenfor institusjon.

Av flere grunner har enkelte pasienter gjennom årene perioder med opphold på flere av psykosepostene. Det kan være naturlig i forhold til hvor i sykdomsfasen de er, eller det kan være som følge av at Østmarka har Ø-hjelpsplikt, og akuttpostene må evakuere pasienter for å få plass til nye innleggelser.

Ergoterapeutene på spesialpostene har i alle år samarbeidet godt på mange plan, men når det gjelder kartleggingsverktøy og dokumentasjon, viser det seg at det er store sprik i hva de gjør på de enkelte postene. Når en pasient i utgangspunktet er funksjons-/aktivitets-/ressursutredet av en ergoterapeut på én post, ville det vært naturlig innenfor det samme sykehuset at ergoterapeuten ved en eventuell innleggelse på en annen post kunne følge i samme spor.

Det er vanskelig å gå bort fra vaner og rutiner man har lagt seg til, ikke minst i forhold til utredning av pasienter i «sin» målgruppe. Man har gjerne tilpasset noen allerede eksisterende kartleggingsverktøy og føyd til litt eget, eller kanskje satt sammen et helt eget med litt plukk herfra og derfra. Da diskusjonen kom opp om vi skulle finne standardiserte verktøy og bruke de samme over hele avdelingen,

måtte vi også bli enige om at alle skulle kvitte seg med det de hadde brukt tidligere, noe som ble en utfordrende prosess for noen.

Vi vil understreke at ergoterapeutene og annet miljøpersonale på alle de nevnte postene har mange aktiviteter i hverdagen hvor pasientene blir observert i naturlige omgivelser og i oppgaver det er naturlig å drive med både individuelt og i grupper. Hverdagsaktiviteter er ofte den viktigste og mest grunnleggende arenaen for å screene den enkeltes funksjonsevne og ressurser, og vil alltid være et utgangspunkt for videre kartlegging. Disse observasjonene kan likevel ofte vise seg ikke å bli dokumentert godt nok.

Så ville vi finne kartleggingsverktøy som vi alle kunne se som nyttige, og som også er standardiserte og evidensbaserte. Vi ønsker noe som kan si noe om:

- ADL-ferdigheter
- funksjonsnivå
- samarbeidsevne
- kommunikasjon/interaksjon
- kognitive ferdigheter
- boevne
- arbeidsevne

Vi fant ut at vi måtte gå litt vidt ut for å finne ut hva ergoterapeuter på andre sykehus og i kommunalt arbeid med psykisk helse brukte. Mailer ble sendt – og mange svarte. Vi setter stor pris på hvor mye enkelte hadde lagt i å formidle sine rutiner. Utvalget var stort. Noen hadde egenproduserte verktøy, og noen brukte standardiserte. Noen av verktøyene er fritt tilgjengelige, og andre er knyttet opp til sertifisert opplæring og autorisasjon.

Gruppen gjennomgikk alle tilsendte kartleggingsverktøy for å vurdere hvilke som dekket hvilke ferdighetsområder, som samtidig kunne passet for psykiatri/psykisk helsearbeid, samt gi et godt utgangspunkt for en standardisert dokumentasjon.

### **VERKTØYER SOM SKAL VURDERES VIDERE ELLER VÆRE EN DEL AV KARTLEGGINGSPAKKEN**

- ADL-taksonomien: Et standardisert, autorisert og ergoterapeutisk verktøy som kartlegger ADL-ferdigheter (primære og instrumentelle). Det er i den siste tiden utviklet et eget skjema tilpasset pasienter med psykiske lidelser, og det er samtidig under oversetting fra svensk til norsk. Vi ønsker at dette skal være vårt hovedverktøy som alle skal utredes etter, som en basis ergoterapeutisk kartlegging. Vi benytter den svenske versjonen inntil den norske er ferdig oversatt.

Når vi gjennom kartlegging og vurdering etter ADL-taksonomien finner at vi må gå nærmere inn på enkelte områder, har vi satt sammen en «pakke» som skal være førstevalg når vi skal utdype utredningen.

- MMSE-NR3+ Klokkestest: MMSE-NR3 (mini mental status evaluering) er en god og egnet skrivebordstest for kognitiv screening. Standardisert og strukturert, samt anerkjent hos mange behandlere (er ikke et ergoterapeutisk verktøy).
- ACIS (Assessment of Communication and Interaction Skills): Standardisert, strukturert og ergoterapeutisk verktøy. Godt verktøy for kartlegging av kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter.
- COPM (Canadian Occupational Performance Measure): Standardisert, strukturert og ergoterapeutisk selvrapporteringsverktøy. Godt verktøy i forhold til brukermedvirkningsperspektivet og for å få innsyn i pasientens egen vurdering av hva som er viktig. Får fram pasientens motivasjon for ulike aktiviteter, og man kan se hvordan dette kan jobbes videre med ut fra pasientens perspektiv.

Vi har også noen ergoterapeuter som er kurset i Vineland II som har blitt benyttet for noen pasienter med større utredning av adaptiv atferd for differensialdiagnostikk. I særskilte tilfeller, og hvor det er ønskelig vil vi nok fortsette å benytte vår kunnskap på dette området.

Vi må ellers presisere at de verktøyene vi har utelukket, ikke på noen måte vurderes som mindre effektive eller dårligere enn de vi har valgt. Valgene er gjort opp mot det vi ønsker å kartlegge, og de vil bli enige om å bruke.

Vi har også sett på ulike andre verktøy, av disse nevnes: PSP, Sunnaas ADL-indeks, Barthel Index, MoCA (The Montreal Cognitive Assessment), Trandex og PSF. Disse er alle standardiserte og strukturerte verktøy, noen er ergoterapeutiske og andre ikke. Noen er tilpasset pasienter med psykiske lidelser, mens andre ikke er det. Vi har gjort en utprøving av alle disse verktøyene og avgjorde at vi ikke synes de passer for vårt formål, eller at et av de andre verktøyene gir en bedre kartlegging av våre pasienter.

Noen ergoterapeuter har formidlet at de bruker, og anbefaler PRPP. Det skal være bredt dekkende og gi gode grunnlag for å iverksette godt tilpassede tiltak. PRPP er et standardisert, strukturert ergoterapeutisk verktøy for kartlegging av kognitiv funksjon. Man ser behov hos flere pasienter for å kunne

benytte et verktøy som kartlegger kognitiv funksjon, og at observasjonen gjennomføres når pasienten er i aktivitet. Verktøyet krever sertifisering og en ukers kurs for å oppnå dette. Dette verktøyet kan bli vurdert hvis det blir tilgjengelig.

Når vi skulle velge verktøy etter utprøvingen, var det flere faktorer som spilte inn:

- Hvordan gikk gjennomføringen av kartleggingen? Vi ønsker at våre pasienter skal kunne oppleve mestring også i kartleggingssituasjoner, og at kartleggingen i stor grad skal kunne gjennomføres i forbindelse med en aktivitet.
- Medførte dette mye ekstra arbeid? I en hektisk hverdag skal mye gjøres, og et av elementene vi tok med i vurderingen, var om vi måtte endre våre arbeidsrutiner mye, eller om kartleggingen ville medføre mye ekstraarbeid i tillegg til de faste arbeidsoppgavene våre.
- Fikk vi kartlagt det vi hadde behov for? Vi er opp-tatt av å kartlegge hele mennesket, både ressurser og hjelpebehov.

Når vi skulle velge verktøy, hadde vi en del diskusjoner om hvorvidt vi skulle velge kun ergoterapeutiske verktøy eller tverrfaglige som behandlerne på sykehuset kjenner til. Vi er avhengige av et godt samarbeid med dem og at de etterspør vår kompetanse. Vi har nå valgt både ergoterapeutiske og tverrfaglige verktøy, noe som gjør at vi må gjøre de ergoterapeutiske verktøyene kjent og arbeide inn rutiner for at vi som ergoterapeuter skal gjennomføre de tverrfaglige kartleggingene. Vi har valgt ADL-taksonomien til hovedutredning, da vi etter flere utprøvinger er svært fornøyde med denne. Den har egen innfallsvinkel for mennesker med psykisk funksjonsnedsetning, og den kartlegger mye av det vi har behov for å kartlegge hos våre pasienter.

## KONKLUSJON

Det er ukontrollerbare ting som skjer, også i det offentlige helsevesen. Avdelinger blir omorganisert, flyttet eller truet nedlagt. Personalet, og dermed også ofte entusiastene, får barn eller tilbud om andre jobber, og forflytter seg dermed ut av den linjen problemstillingen for et prosjekt eller en studie ble formet i. Så også i dette tilfellet. Av ulike grunner har vi ikke kommet så langt som forventet i å erfare bruk av felles verktøy, men vi mener forarbeidet er godt og grundig, og at vi har et godt utgangspunkt til å fortsette å samarbeide med felles verktøy. Veien videre vil nå være å bruke de verktøyene vi har valgt

ut, og få alle de andre ergoterapeutene ved avdeling Østmarka til å kaste de gamle, slik at vi alle har felles verktøy.

## Referanser:

- Törnquist, K., Sonn, U. :ADL-Taxonomi - en bedömning av aktivitetsförmåga (2016) version 4. Sveriges arbetsterapeuter, Nacka
- Strobel, C. & Engedal, K. (2016). Norsk Revidert Mini Mental Status evaluering. Aldring og helse Nasjonal kompetanse-tjeneste.
- Forsyth KA (1995) Assessment of communication and interaction skills (ACIS). Unpublished test manual. Research edition 4.0. Chicago, Illinois: Occupational Therapy Department, University of Illinois at Chicago. Dansk oversættelse Bente Hartvig, Peer-review Eva Wæhrens Canadian Association of Occupational Therapists. Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective. Revised edition ed. Ottawa, Ontario: CAOT publications ACE; 2002.
- Vineland Adaptive Behaviour Scales, Second Edition. Sparrow, Cicchetti & Balla. NCS Pearson, Inc. Norwegian translation copyright © 2011 NCS Pearson, Inc. Adapted and reproduced by permission of NCS Pearson, Inc.

## HJELPEMIDDEL MESSEN

Vi har gleden av å invitere til  
hjelpemiddelmesse i:

**Sørlandshallen, Kristiansand**  
tirsdag 24. april 2018, kl 10:00-15:30

**Skien Fritidspark, Skien**  
onsdag 25. april 2018, kl 10:00-15:30

**Drammehallen, Drammen**  
torsdag 26. april 2018, kl 10:00-15:30

**Kongstenhallen, Fredrikstad**  
torsdag 3. mai 2018, kl 10:00-15:30

**Ekeberghallen, Oslo**  
tirsdag 8. mai 2018, kl 10:00-15:30

Her får du nyttig informasjon om et  
stort utvalg av tekniske hjelpemidler.

Enkel servering

Gratis adgang

Velkommen til en innholdsrik dag!

Hilsen  
Hjelpemiddelleverandørene



# Medikamentfritt behandlingstilbud

**Medikamentfritt behandlingstilbud er et regionalt tilbud for hele Helse Nord. Dette er et tilbud til personer over 18 år der pasienter med psykose- eller bipolare lidelser prioriteres. Med medikamentfrihet mener vi at det i hovedsak ikke blir brukt antipsykotiske medisiner i behandlingen.**

Av May-Britt Klaudiussen



*May-Britt Klaudiussen er spesialergoterapeut i psykisk helse, og jobber ved Medikamentfritt tilbud ved UNN i Tromsø. Hun jobber også deltid ved Norges Arktiske Universitet, UiT, ved Bachelorprogrammet i Ergoterapi.  
E-post: mbklaud@outlook.com*

2. januar 2017 åpnet Medikamentfritt behandlingstilbud i Tromsø. Avdelingen har seks sengeplasser og er organisert inn i Psykisk helse- og rusklinikken ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Vi er et regionalt tilbud som altså dekker både Nordland, Troms og Finnmark. Vi er lokalisert inne på Åsgård sykehus i Tromsø, sammen med ni andre sykehusavdelinger og tre ambulante team innen psykisk helsevern. Posten har åpne dører. I utgangspunktet skal denne avdelingen gi et tilbud til pasienter med psykose- og bipolare lidelser, men andre kan også søke seg inn. Dette er et frivillig tilbud, slik at de som er underlagt tvang med eller uten døgnopphold i institusjon, ikke kan motta dette tilbudet per i dag. Pasientene må henvises fra en behandler i spesialisthelsetjenesten, og må i utgangspunktet ha et hjelpeapparat ute i kommunen. Dette siste handler om at vi ser på vårt tilbud som noe som skal foregå over lang tid og være knyttet til den enkeltes hverdagsliv. Det er derfor viktig at familien trekkes inn ved behov, og at det lokale hjelpeapparatet er involvert, slik at de kan være til stede i overgangsfaser og når pasienten er hjemme. Erfaringer fra de som har sluttet på medisiner, er at det er svært viktig med en støttegruppe og heilagjeng. Det kan være en lang og krevende prosess, som det er vanskelig å stå alene i. Pasientene må ikke være ferdig nedtrappet på psykofarmaka når de kommer til avdelingen, men de må ha et ønske om å trappe ned og motta vår behandling, eller et ønske om å klare utfordringene sine uten medisiner. Pasientene oppfordres til å skrive en egenhenvisning der de

forteller om seg selv, egen situasjon, ønsker for og forventninger til behandlingen, og egenmotivasjon. Avdelingen har tre team som behandler alle henvisningene som kommer inn, og de tre teamene består av ulike faggrupper. Vi har sosionom, sykepleiere, psykiatriske sykepleiere, to kunstterapeuter (som også er sykepleiere), lege, psykolog, vernepleiere, psykiater, miljøterapeuter med ulik utdanning og yrkesbakgrunn, to erfaringskonsulenter, fysioterapeut og, ikke minst, tre ergoterapeuter. Erfaringskonsulentene har erfaring fra psykisk helse- og rusfeltet, og én sitter i ledelsen av avdelingen. Tanken bak dette er at pasientstemmen skal være til stede i både driften og ledelsen av tilbudet.

### **ØNSKE OG KRAV FRA BRUKERORGANISASJONER**

Det har over år vært et ønske og krav fra flere brukerorganisasjoner i Norge om at det måtte komme et reelt alternativ behandlingsopplegg til de pasienter som ikke ønsker eller har behov for medikamentell behandling. Fellesaksjonen, bestående av Mental Helse, Hvite Ørn, Landsforeningen for Pårørende innen psykisk helse, Aurora og We Shall Overcome (WSO) stod samlet fra 2010 bak et krav om at det skulle opprettes medisinfrie enheter i alle landets helseforetak. I november 2015 sendte helseminister Bent Høie ut et brev til de ulike helseforetakene med beskjed om at det skulle startes opp et slikt behandlingstilbud innen 1. juni 2016. Dette mandatet ble løst ulikt i de ulike helseforetakene, og tilbudet i Helse Nord presenteres nærmere i denne artikkelen.

Mange pasienter har opplevd at de har blitt sett på som lite samarbeidsvillige i behandlingen når de har ikke har ønsket medisiner, samt at mye av fokuset innen psykisk helsevern har vært knyttet til medikamentell behandling. Ved Medikamentfritt behandlingstilbud legges det stor vekt på valgfrihet, mestring, aktiviteter for å fremme helse og den enkeltes ønsker for eget liv. Hver pasient får et eget team ved avdelingen som skal følge dem gjennom alle innleggelsene, og ved behov ha kontakt når pasienten er hjemme. I dette teamet er pasienten selv den viktigste premissleverandøren, slik at behandlingen skal være i tråd med det den enkelte ønsker og har behov for.

### **TUFTET PÅ RECOVERY-TANKEGANGEN**

Behandlingen er mye tuftet på Recovery-tankene, det vil si at den enkelte skal få mulighet til å finne sin egen vei til sitt gode liv. Dette skal gjøres i relasjon til andre viktige mennesker i livet deres: familie,



*Medikamentfritt behandlingstilbud ved Universitetssykehuset Nord-Norge er et av de første i landet.*

venner, det lokale hjelpeapparatet og personalet på avdelingen. Fire dager i uken er det Recovery-verksted på avdelingen, der personale og pasienter sitter sammen i en time. Temaene veksler fra uke til uke, og eksempler på temaer kan være følelsesbevissthet, roller og identitet, kosthold og fysisk aktivitet, mål og drømmer, medisiner: virkning og bivirkning, søvn, selvfølelse og selvhevdelse. Temaene kommer på bakgrunn av ønsker, evaluering, temaer i individuell terapi og lignende, og settes opp for et semester av gangen. På disse verkstedene utveksles erfaringer, det diskuteres, det undervises, og det snakkes om det som måtte komme til overflaten. Tre dager i uken er det felles fysisk aktivitet, én dag er det kunstterapi, og det er mindfulness flere dager per uke. Hver pasient får tilbud om individuell terapi hos psykolog og/eller kunstterapeut.

### **NÆRT OPPTIL ERGOTERAPEUTISK FORSTÅELSE**

Tilbudet på Medikamentfritt behandlingstilbud ligger nært opptil en ergoterapeutisk forståelse og tenkning, og ergoterapeutene på avdelingen har en naturlig plass inn i teamene. Som ergoterapeut vektlegger vi autonomi, mestring, ressurser, ønsker for hverdagslivet og den enkeltes muligheter, og dette ligger som en grunnpilar i hele avdelingen. Ergoterapeutene er teamkoordinatorer for pasienter, og er dermed tett på pasientene i deres vei mot sitt gode liv. Vi tilbyr ulike kartlegginger der det er behøvelig, aktiviteter for å fremme helse og mestring, og mål- og tiltaksplaner lagd i teamene. Vi er også deltakende i å planlegge og tilrettelegge ulike aktiviteter i hverdagslivet både på og utenfor avdelingen. Ergoterapeutene på avdelingen holder oppe tanken om den enkeltes rett til aktivitet og deltakelse, og bidrar til kompetanseutvikling når det kommer til å legge til rette for behandling uten medikamentell behandling.

## Brukermedvirkning, brukererfaring og velferdsteknologi i psykisk helse og rus

Artikkelen baserer seg på de erfaringene Tromsø kommune og enheten for rus og psykisk helse har opparbeidet seg gjennom utprøving av velferdsteknologi, i dette tilfellet elektronisk medisinerings, til mennesker med moderate til alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet.

Av Mats Berntsen



Mats Berntsen er spesialergoterapeut og fag- og kvalitetskoordinator for Tromsø kommune. Han var tidligere prosjektleder for implementering av automatisk medisinerings i Tromsø kommune. E-post: mats.berntsen@tromso.kommune.no

Ergoterapeuter har alltid vært en viktig faggruppe i arbeidet med formidling av velferdsteknologi. De siste fem årene har det vært økt interesse for velferdsteknologi, og et mål er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020 (Stortingsmelding nr 29, 2012–2013). Velferdsteknologi er ifølge NOU 2011:11 «innovasjon i omsorg» definert slik: *«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon».*

Jeg arbeider med brukere med moderate til alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet i kommunehelsetjenesten. I Tromsø kommune, enheten for rus og psykisk helse, har vi opparbeidet oss erfaring med velferdsteknologi, i dette tilfellet elektronisk

medisinerings. Ved oppstart i 2016 ble det gjennomført grundig behovskartlegging av alle brukere som var aktuelle for denne tjenesten. Tjenesten innebærer at brukerne skal få en bedre, tryggere og effektiv medisinhåndtering ved at en elektronisk multidosedispenser overtar og gir ut medisiner til klokkeslettene som legen har bestemt. Det gir en trygghet for bruker, pårørende og ansatte. Elektronisk multidosedispenser er en medisineringsrobot som sørger for at bruker får de riktige legemidlene på riktig tidspunkt og i riktig dose.

Erfaringen er fra:

- tilpasning- og utprøving av velferdsteknologi for bruker
- veiledning og opplæring av fagpersoner
- samtaler med bruker som har prøvd ut velferdsteknologi i seks-tolv måneder

Erfaringen fra enheten for rus og psykisk helse er at bruk av velferdsteknologi til denne brukergruppen er et lite utbedret tema. Tromsø kommune har gjennom bruk av velferdsteknologi, blant annet i form av elektronisk medisineringsstøtte, bidratt til økt egenmestring og økt trygghet til brukere som har prøvd ut dette. Brukermedvirkning har stått helt sentralt.



## VELFERDSTEKNOLOGI BIDRAR TIL SELVSTENDIGHET

For å lykkes i etablering av rutiner rundt for eksempel elektronisk medisineringsstøtte som hjelpemiddel kreves relasjonsbygging over tid. Det vil ofte være behov for stor grad av opplæring, veiledning, teknisk støtte, planlegging, evaluering samt motivasjon og støtte. Jeg ser for meg at andre ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten kan stå overfor den samme tematikken i møte med ansatte og brukere. Velferdsteknologi har en naturlig plass i det kommunale psykiske helsearbeidet. Ergoterapeutenes kompetanse må oppdateres i tråd med beskrivelsen til Norsk Ergoterapeutforbund: «Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig!». Ergoterapeuter kan synes det er vanskelig å forholde seg til velferdsteknologi, men jeg tenker at metodikk og vurderinger i forhold til velferdsteknologi er den samme som ved andre hjelpemidler. Ergoterapeuter må stole på egen kompetanse og kunnskap og skape erfaringer. Velferdsteknologi, i dette tilfellet elektronisk medisineringsstøtte, bidrar til selvstendig liv i egne hjem.

## HOVEDRESULTATER

Til sammen var det ti brukere i prosjektet. Av disse var syv kvinner og tre menn i aldersgruppen 18–70 år. Nesten to tredjedeler av brukerne var avhengige av reseptbelagte medisiner, mens en tredjedel tok medisiner for sin psykiske helse. Etter utprøving i tre til seks måneder hadde flere brukere gjenopptatt flere hverdagslige aktiviteter og oppnådd brukerens egne mål om bedre helse. For noen brukere ble hverdagen fylt med meningsfulle aktiviteter når de ikke lenger var



*Velferdsteknologi kan gjøre det mulig å utøve daglige aktiviteter og beholde viktige roller i livet.*

avhengige av å få levert medisiner tre til fire ganger daglig. Ikke overraskende var det noen brukere som ikke klarte å nyttiggjøre seg denne teknologien, da det resulterte i total isolasjon og økende psykotiske symptomer. Det resulterte i at brukere ødelastet maskinen, og daglig levering av medisiner måtte igangsettes igjen. Vår erfaring er likevel, at velferdsteknologi kan gjøre det mulig å utøve daglige aktiviteter og beholde viktige roller i livet.

Erfaringene til brukerne er hovedsakelig positive. Én bruker var avhengig av å få medisiner levert hver dag. Han tok daglig kontakt på telefon for å høre om vi kom, og når vi kom. Bruker hadde mye angst for at medisinene ikke skulle bli levert. Brukere evaluerte elektronisk medisineringsstøtte til at hverdagen var blitt mer stabil, frykt og angst var redusert, og det ble mer tid til familie og hund, i stedet for hele tiden å gå og tenke på når enheten for rus og psykisk helse kom med medisinene.

## IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Velferdsteknologi til mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet må prøves ut og forskes mer på. Erfaringene våre er at velferdsteknologi gir økte muligheter for aktivitet og fremmer helse og velvære for denne brukergruppen. Målet var å hjelpe brukerne til å takle hverdagslige aktiviteter uten bistand og hjelp fra enheten for rus og psykisk helse i kommunen. Dette var gjort på bakgrunn av brukers egne mål og ønsker. Det å ta i bruk ny teknologi innen rus og psykiatri har gitt oss muligheter og utfordringer. Vi har erfart at mye av usikkerheten omkring innføring av velferdsteknologi ligger i oss selv. Å være nytenkende i forhold til teknologi innebærer endringsvillige og innovative ledere og ansatte. Velferdsteknologi for vår brukergruppe handlet om struktur, personale, kultur, kommunikasjon, oppgaver og mål. Det handlet også om å forankre endringene i ledelsen slik at brukerne kunne få best mulige tjenester.



## ET BEDRE LIV – Å GÅ OMBORD I EGEN FREMTID

**Vi stopper Tommy Sjøfjell idet han kommer ut fra Edderkoppen scene på St. Olavs plass i Oslo sentrum, der han har holdt et innlegg for hundre fagpersoner om brukermedvirkning.**

---

Av Hilde Norrgren

**H**an mener at «brukermedvirkning» egentlig er et utrolig dårlig ord.

– At jeg skal medvirke i mitt eget liv, er jo absurd! Vi må tenke helt motsatt: Det er hjelperne som får lov til å medvirke i mitt liv.

Sjøfjell er prosjektleder i A-larm, en bruker- og pårørendeorganisasjon på rusfeltet. Den ble stiftet i 1995 og er den eldste brukerorganisasjonen i Norge på dette feltet.

*Tommy Sjøfjell er prosjektleder i A-larm, en bruker- og pårørendeorganisasjon for rusfeltet.*

– Det viktigste målet vårt er å synliggjøre for brukerne at det nytter å gjøre noe med rusproblemer. Vi driver en del brukerdrevne aktiviteter, ikke minst kurs med fokus på enkle, hverdagslige ting. For eksempel kurset «Bedre Hverdag» – her er vi inne i ergoterapeuttankegangen, forteller han.

A-larm ønsker å skape møteplasser som lar brukerne bygge nye nettverk og få mestringsoppløvelse.

## «Det er hjelperne som får lov til å medvirke i mitt liv.»

Tommy Sjøfjell

- I noen av prosjektene våre kan de bli ansatt som likepersoner. For mange av våre brukere er dette deres første jobb. Det å få en ti prosent jobb for en rusavhengig, og få arbeidserfaring, det er en ekstremt viktig arena for å bygge opp folk igjen, og skape mening i tilværelsen.

### ET BEDRE LIV

A-larm har fått støtte fra Extra-Stiftelsen til prosjektet «Et Bedre Liv».

- Ja, dette er veldig morsomt. I «Et Bedre Liv» reiser vi ut på institusjoner sammen med tidligere rusmisbrukere og pårørende, og har temadager for fagfolk og pasienter. Pårørendeorganisasjonene Landsforbundet Mot Stoffmisbruk og Barn Av Rusavhengige er med i prosjektet, smiler Tommy.

I «Et bedre liv» snakker de om de enkle tingene. Tidligere rusavhengige holder innlegg hvor de forteller hva som har vært viktig for dem i deres bedringsprosess, og får dermed bruke erfaringene sine til noe positivt.

- De legger ned mye arbeid, men når de har holdt innlegget, får de masse anerkjennelse. Og da er det verdt det. Så enkelt er det, og så komplisert. Mennesker trenger å bli sett og hørt. Og aller viktigst - det har en enorm betydning for pasientene. Vi skaper håp, fordi de ser at det går an å bli rusfri, fastslår Sjøfjell.

Sjøfjell har selv vært rusavhengig.

- Jeg har opplevd å være i rusbehandling og at medpasientene mine var innlagt for tredje, fjerde eller femte gang. Ingen bekrefter

at det går an å få et bedre liv, for du ser ikke dem som klarer seg. «Et Bedre Liv» skal snakke om det som virker. Det er lett å henge seg opp i alt som ikke fungerer i rusomsorgen, men hvis vi heller snakker om det som virker, blir det lettere og mer meningsfullt for pasientene, sier han.

Før han ble rusavhengig, var han styrmann og skipper. Så falt han utenfor arbeidslivet.

- A-larm ga meg nye nettverk og fikk meg bort fra utenforskapet. Jeg tok vernepleierstudiet, og begynte å jobbe i en bolig. Å se at brukerne blir glade når jeg kommer på jobb, at folk ringte meg... Ofte så er det så fordømt enkelt, egentlig. Å få stå opp og ha en meningsfull hverdag å gå til.

Akkurat nå jobber de med en temadag som heter «Din plan, ditt prosjekt, ditt liv». I det ligger rett og slett at pasientene skal gå ombord i sin egen behandling og ta eierskap i den.

- Det er veldig viktig at folk finner sin egen vei. Det er det brukermedvirkning handler om! Hvis jeg skal få et bedre liv, så må jeg faktisk styre selv, sier den tidligere skipperen.

### DE SMÅ TINGENE

Jeg spør Sjøfjell hva som er kjennetegnet på hverdagsmestring for ham.

- Det er å ha et godt liv. Å våkne opp og føle deg trygg i en seng, i en bolig du ønsker å bo i. Trygghet og forutsigbarhet er kjennetegn på hverdagsmestring for meg. Å kunne gå til jobb, eller relasjoner, ting som gir deg påfyll.

Han mener at for å oppnå

hverdagsmestring må man begynne med spørsmålet «hva er det som er viktig for denne brukeren?». Deretter må man finne et prosjekt å samarbeide om.

- Målet kan være å ta bussen til en eller annen aktivitet. Hvis du bygger på de små tingene, så kan de bli ganske store på sikt. Klarer du å komme deg til et aktivitetstilbud, kan det få store ringvirkninger. Plutselig får du noen venner der, så skal du på en tur et eller annet sted, og så begynner ting å skje. En bruker jeg møtte en gang, var ikke noe glad i å vaske opp hjemme. Hjelperne vasket opp for ham. Men så fikk han besøk av ei jente, og da klarte han å begynne å vaske selv. Han ville jo at det skulle se ordentlig ut når hun kom! Man må ta utgangspunkt i det som motiverer et menneske til å gjøre en endring. Det ligger et enormt potensial i alle, smiler Tommy.

### FLERE ERGOTERAPEUTER!

- Ønsker dere flere ergoterapeuter inn i arbeidet på rusfeltet? spør jeg til slutt.

- Ja, svarer Tommy. Vi ønsker folk som har Recovery-fokuset. Tverrfagligheten på rusfeltet består i dag av sykepleiere, vernepleiere og sosionomer. Ergoterapeutene kunne hatt en viktig rolle inni der.

Han avslutter med å oppfordre ergoterapeuter til å selge seg inn: Ergoterapeuter har masse å tilføre!

*Mer informasjon om prosjektet «Et Bedre Liv» finner du på @pasientundervisning på Facebook.*



**KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN**

Adresse: ADDmedia AS, Boks

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

## To kurs om arbeidsplassvurdering – studer hjemmefra!

**Jobber du med voksne fra 18-67 år? Bli med på å gjøre arbeidslivet mulig for enda flere, ved å øke dine ferdigheter i å gjennomføre arbeidsplassvurderinger i tråd med internasjonal forskning og beste praksis!**

**Kurset omhandler et internasjonalt** mye brukt og godt dokumentert virkemiddel for å redusere arbeids- helseproblemer og deltakelsesutfordringer i arbeidslivet; arbeidsplassvurderinger. Arbeidsplassen er i tråd med gjeldende politiske føringer hovedarenaen for å forstå arbeidshelse, nærvær og inkludering, men også risiko og fravær. Ved å forstå arbeidssituasjonen og -relasjonene bedre, kan de mest riktige og viktige tiltakene iverksettes.

### KURS 1: Minikurs med 7 leksjoner

Dette kurset heter **Lær arbeidsplassvurdering til sykmeldte på 1-2-3**. Leksjonene kommer som nettsider bestående av oversiktlig tekst og bilder.

Du blir invitert med på en diskusjon under hver leksjon, sammen med de andre kursdeltakerne. Så her kan du bli kjent med utfordringer og meninger andre har. Til slutt mottar du en oversikt over alle leksjoner og et kursbevis. **Kurset går kontinuerlig, og starter med en gang du bestiller kurset.**

### KURS 2: Onlinekurs med 4 moduler

Dette kurset heter **Lær arbeidsplassvurdering**. Kurset arrangeres som et åtte ukers kurs med fire moduler. Kurset tilbys på en egen kursplattform, som du har tilgang til i et helt år. Her vil du få tilgang til et rikt kursmaterieell hentet fra forskning og beste praksis. Videoforelesninger, bruk av nettressurser og Quiz er sentrale arbeidsformer. Du vil også ha mulighet til å delta i diskusjonsforum med andre deltakere.

Det vil bli satt opp egne Q&A-veiledninger i en egen Facebook-gruppe, der du kan stille spørsmål til kurslederne og de andre kursdeltakerne. Du lager en plan for et eget arbeidsplassbesøk med arbeidsplassvurdering til selvvalgt type arbeidstaker(e). Denne planen lages etter en mal som du lærer i kurset, og leveres inn når kurset avsluttes. Basert på dette mottar du kursbevis. **Neste kurs starter 23. januar, 17. april og 18. september 2018.**

#### HØR HVA TIDLIGERE KURSDELTAKERE SIER OM KURSENE:

«Det har vært lærerikt og interessant å delta på kurset, og jeg har fått mye informasjon som jeg vil prøve ut i praksis.»

«Takk for et lærerikt, nyttig og innholdsrikt kurs. Det er definitivt sunt med litt nytenkning på dette området»  
«Jeg får ny giv av dette kurset».

«Oversiktlig, praktisk og faglig solid kurs. Jeg ønsker gjerne flere slike».

«Jeg blir klarere i tanken og sannsynligvis en bedre fagperson av dette kurset og å gjøre det til en del av egen praksis».

«Takk for et kurs som rydder i tankegangen! Jeg sitter igjen med et konkret, praksisrelevant og nyttig utbytte!».

« Veldig bra kursform! Synes minikurset er bra for å få et innblikk før jeg tar onlinekurset».

«Denne måten å studere på er veldig fleksibel og bidrar til å gjøre det enklere å oppdatere seg faglig ved siden av jobb, og i en hektisk hverdag».

### GENERELL INFORMASJON OM KURSENE

**Målgruppe for kurset og godkjenning:** Kurset er relevant for ergoterapeuter i NAV, bedriftsergoterapeuter, privatpraktiserende og ergoterapeuter som jobber i 1. og 2. linjetjenesten med rehabilitering av voksne. Kurset tilfredsstiller kravet til å kunne gjennomføre «Arbeidsplassvurdering ved fysioterapeut/ergoterapeut», et tiltak som NAV bestiller og honorerer til godkjente terapeuter i Norge.

**Ta kurset der du vil – når du vil:** Kursene er nettbaserte, og du har derfor mulighet til å lese eller se forelesninger og delta i diskusjoner der du vil – når du vil.

**Arrangører:** Kursene er utviklet av Presenter-Making Sense of Science, og arrangeres i samarbeid med blant annet Norsk Ergoterapeutforbund.

**Faglig kursansvarlig** er Randi Wågø Aas, ergoterapeut og professor i arbeidshelse. Flere dyktige ergoterapeuter er forelesere på kurset, som Anita Engeset og Elisabeth Gedde.

**For mer informasjon og påmelding:** [www.presenter.simplero.com](http://www.presenter.simplero.com)





Aktivitet og  
deltakelse for alle.

Bli medlem!

**10** gode grunner  
til å bli medlem

  
ergoterapeutene



**Interdisiplinær helseforskning  
(master - 2 eller 3 år)**

**Har du interesse for tverrfaglig  
helseforskning og fagutvikling?**

Studiet gir ergoterapeuter solid kompetanse gjennom forskningsbasert undervisning og eget forskningsarbeid i et sterkt tverrfaglig helseforskningsmiljø.

Søk innen 15. april (1. mars for tidlig svar)

[www.uio.no/helseforskning-master](http://www.uio.no/helseforskning-master)



**UiO : Institutt for helse og samfunn**  
Det medisinske fakultet



## Dysfagi og FOTT Introduksjon til Facio Oral Tract Therapy

### INFO OM KURSET:

- fysiologi og anatomi knyttet til munn og svelg
- analyse av spisesituasjon
- screening av oral ernæring/svelgfunksjon
- frisk og dysfunksjon
- terapeutiske tiltak
- praktiske øvelser
- videoeksempler

### KURSLEDERE:

Katje Bjerrum, ergoterapeut og spydspids i dysfagiambulatoriet samt Klinik for Tidlig Neurorehabilitering  
Linda Ahrenholt Christensen, ergoterapeut, Sensomotorisk Klinik

### KURSARRANGØR:

Ergoterapeutene ved Skien helsehus i samarbeid med Ergoterapeutene Sør.

For informasjon: Marit Ro, [marit.ro@skien.kommune.no](mailto:marit.ro@skien.kommune.no),

tlf: 40 90 70 23

### STED:

Skien helsehus

### TID:

15.-16. mars 2018

### PÅMELDING:

Kurskalender på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org)

### MÅLGRUPPE:

Ergoterapeuter

### PÅMELDINGSFRIST:

10. januar 2018. Bindende påmelding.

Kurset er godkjent med 14 timer som ergoterapispesifikt og spesialistspesifikt kurs meritterende til ergoterapispesialist innen Eldres helse og Somatisk helse.



# MS-konferansene 2018

**Tema:** Å LEVE MED MS

**Målgruppe:** Helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten, personer med MS og deres pårørende, og andre interesserte.

**Målsetting:** Gi deltakerne innsikt i og verktøy til å løse noen av utfordringene det er å ha MS og å være pårørende. Det gjelder like mye for fagpersoner som for personer med MS og pårørende.

**Konferansesteder:**

Fredag 20. april Rosendal Fjordhotell, Kvinnherrerad

Fredag 25. mai Scandic Ålesund, Molovegen 6 Ålesund

Onsdag 6. juni Quality Hotel, Sarpsborg

Tirsdag 18. september Scandic Ambassadeur, Drammen

Onsdag 19. september Scandic Hamar

Torsdag 27. september Quality Hotel Panorama, Trondheim

Tirsdag 2. oktober Thon Hotel Nordlys, Bodø

Tirsdag 16. oktober Kristiansand Kongressenter, Kristiansand

Onsdag 24. oktober Farris Bad Hotell, Larvik

**For påmelding og ytterligere informasjon:**

Gå inn på MS-forbundets hjemmeside [www.ms.no](http://www.ms.no) eller ta direkte kontakt med MS-forbundet på telefon: 22 47 79 90

## Master i ergoterapi

120 studiepoeng



Studiet legger vekt på intervensjoner i hverdagsliv og arbeidsliv.

- Deltid over fire år
- Samlingsbasert
- Studiestart høsten 2018

[www.hioa.no/master-ergoterapi](http://www.hioa.no/master-ergoterapi)

**Søknadsfrist 15. april**

## Videreutdanning

30 studiepoeng



Ergoterapi innenfor allmennhelse

- Deltid over ett år, samlingsbasert
- Kan innpasses i master i ergoterapi
- Studiestart høsten 2018

[www.hioa.no/ergo-allmennhelse](http://www.hioa.no/ergo-allmennhelse)

**Søknadsfrist 15. april**



**1.BEHANDLING/TRENING**

**0330**

**HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING**

CYPROMED AS

Vikaveien 17, 2312 Ottestad  
Tlf.:62 57 44 33, fax:62 57 44 34  
wes@cypromed.no www.cypromed.no  
Elektriske varmehjelpemidler for alle.  
MINITECH AS  
Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad  
Tlf.:62 57 78 00, fax:62 57 77 51  
mail@minitech.no www.minitech.no  
Elektriske varmehjelpemidler til barn og voksne

**0333**

**ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/ TRYKKFOREBYGGENDE HJELPEMIDLER**

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
TOGEMOMEDICALSUPPLY AS  
P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar  
Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11  
company@mail@togemo.no  
Dekker alle behov for trykkavlastning

**0348**

**BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR**

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no

**0606/0612/0618**

**ORTOSER**

OTTO BOCH AS

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo  
Tlf.: 23 14 26 00, fax: 23 14 26 56  
info@ottobock.se www.ottobock.no  
Ortoser blir bra!

**0630**

**PROTESER**

NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad  
Tlf.:62 57 44 44, fax:62 57 44 45  
nto@ortonor.no www.ortonor.no  
Spesialist i armprotoser.

**3. PERSONLIG STELL OG KLÆR**

**0903**

**KLÆR OG SKO**

ØYTEX AS

6917 Batalden  
Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77  
post@oytex.no www.oytex.no  
Uteklær for rullestolbrukere  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Arcona tørklær, Arcona smekker

**0909**

**HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING**

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no

**0912**

**HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK**

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no

**0912 B**

**HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK**

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no

**0933**

**HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING**

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
ASTECS AS  
Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no  
Servantheis, badebord  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no

ERGOGRIIP AS

Skeistøa 199, 5217 Hagavik  
Tlf.: 92209399  
aase.rokne@ergogrip.no www.ergogrip.no  
Støttehåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer servanter

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3, 2270 FLISA – Norway  
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11  
https://www.klubben.no/  
Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info\_id=11&txt=Gratis+katalog  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

**0933 B**

**HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING**

ASTECS AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no  
Hev/senk stellebenker/bord, servanter  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no

**Y 1**

**YRKESKLÆR/SKO**

PRAXIS ARBEIDS- OG FRITIDSKLÆR AS

Sjøtun Næringspark, 6899 Balestrand  
Tlf.: 57 69 24 10, fax: 57 69 24 93  
firma@praxis.no www.praxis.no  
En ledende leverandør av yrkesklær, fottøy og naturhudpleie

**4. FORFLYTNING**

**1203/1206**

**GANGHJELPEMIDLER**

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no

**OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET**

Her finner du leverandører til helsesektoren, sortert etter type produkt firmaet selger.

Kr. 1.210,- per år for fire linjer for første produktgruppe.

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

Rabatt kan avtales ved flere oppføringer. Beløpet faktureres md 50% 2 ganger i året.

Oppføringene inkluderer og oppføringer på internett, <http://www.ergoterapeuten.no/produktregister>



## - PRODUKTREGISTER -

FOLLO FUTURA AS  
Brekkeveien 43, 1430 ÅS  
Tlf: 64 94 21 65  
www.follo-futura.no  
Gåbord  
KLUBBEN AS  
Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA - Norway  
Tlf: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11  
https://www.klubben.no/trening/g%C3%A5skranker  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### 1218

#### **SYKLER**

ALU REHAB AS  
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no  
Sykler - man. og el.  
BARDUM AS  
Tlf: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### 1221

#### **RULLESTOLER - MANUELLE OG ELEKTRISKE**

ALU REHAB AS  
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no  
Rullestoler - man. og el.  
PERMOBIL AS  
Industriveien 16, 1481 Hagan  
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59  
firmapost@permobil.com, www.permobil.com  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### 1221 B

#### **RULLESTOLER FOR BARN**

ALU REHAB AS  
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no  
PERMOBIL AS  
Industriveien 16, 1481 Hagan  
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59  
firmapost@permobil.com, www.permobil.com

PICOMED MOBILITY AS  
Tvetenveien 164, 0671 Oslo  
post@picomedmobility.no  
www.picomedmobility.no  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no

### 1224

#### **TILLEGGSSUTSTYR FOR RULLESTOLER**

ALU REHAB AS  
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no  
BARDUM AS  
Tlf: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
PERMOBIL AS  
Industriveien 16, 1481 Hagan  
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59  
firmapost@permobil.com, www.permobil.com  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### 1230

#### **OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER**

ADL PRODUKTER AS  
Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf: 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Overflyttingshjelpemidler, Arcona benløfter, Dreilett, Jøhl stolløfter

### 1236

#### **LØFTEHJELPEMIDLER**

HUMAN CARE NORGE AS  
Heiasvingen 65, 1900 Fetsund  
Tlf: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17  
post@hcn.no www.hcn.no  
Leverer Roamer takheis - fra rom til rom uten gjennomgående skinne  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Arcona benløfter

### 1509 SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS  
Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf: 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
PICOMED AS  
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT armstøtte

### 1803

#### **BORD**

ASTEC AS  
Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no  
Arbeidsbord/spesialbord, skolepulter

### 1809

#### **SITTEMØBLER**

BARDUM AS  
Tlf: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
HELLAND MØBLER AS  
6250 Stordal  
Tlf: 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01  
KRABAT AS  
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad  
Tlf: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01  
fb@krabat.no www.krabat.no  
Krabat jockey, barnestol  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### 1812

#### **SENGER**

BARDUM AS  
Tlf: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### 1815

#### **HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE TILSATSER TIL MØBLER**

ADL PRODUKTER AS  
Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf: 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no

## - PRODUKTREGISTER -

### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
E-post: post@astec.no www.astec.no  
Kjøkken og bad - hev/senk

### **1818**

#### **STØTTEANORDNINGER**

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no

##### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
SecuCare støttehåndtak

### **1821**

#### **DØR-, VINDUS- OG GARDIN- ÅPNERE/-STENGERE**

##### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

### **1830**

#### **HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEISER OG RAMPER**

##### ACCESS VITAL AS

P.B 430 2303 Hamar  
Tlf : 95 76 10 00, faks: 62 51 85 01  
www.accesstrappeheiser.no  
eva@accessvital.no  
Heiser: Løfteplattformer,  
Trappeheiser og Ramper

### **S 1**

#### **UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER**

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra  
individuelle behov

### **1836**

#### **OPPBEVARINGSMØBLER**

##### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no  
Kjøkken og bad - hev/senk

### **K 1**

#### **KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no

#### **7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/ VARSLING**

(Se også 0342, og 10. Hjelpemidler for barn)

### **2103**

#### **OPTISKE HJELPEMIDLER**

### **2109**

#### **TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER**

##### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
TOBII DYNAVOX  
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,  
5008 Bergen  
Tlf.: 55 55 10 60  
E-post:sales.no@tobiidynavox.com  
www.tobiidynavox.no

### **2110**

#### **KOGNITIVE HJELPEMIDLER**

##### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
COGNITA AS  
Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru  
Tlf.: 22121450  
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no  
MYLIFEPRODUCTS AS  
Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo  
Tlf: 92631425  
post@mylifeproducts.no  
www.mylifeproducts.no  
VESTFOLD AUDIO AS  
Nordre Fokserød 12  
3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

### **2136 TELEFONER OG**

#### **TELEFONERINGSHJELPEMIDLER**

##### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
GN RESOUND AS  
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no  
PICOMED AS  
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

### VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

### **2139 LYDOVERFØRINGSSYSTEMER**

##### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no

##### VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

### **2142**

#### **SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON**

##### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

##### COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru  
Tlf.: 22121450

E-post: mona@cognita.no www.cognita.no

##### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no

##### VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12  
3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

##### TOBII DYNAVOX

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,  
5008 Bergen  
Tlf.: 55 55 10 60  
E-post:sales.no@tobiidynavox.com  
www.tobiidynavox.no

### **2144 GYNGETERAPI**

##### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),  
Wellness Nordic Gyngestolen.

### **2145 HØREAPPARATER**

## - PRODUKTREGISTER -

**2146**

**HØRSELTEKNISKE HJLPEDIDLER**  
VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12  
3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

**2147 SOVEHJLPEDIDLER**

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Fiberdynen (vekttdyner til barn og voksne),  
Wellness Nordic Gyngestolen.  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Kastanjedyner, Arcona posisjoneringssputer,  
Asklø posisjoneringssputer

**2148**

**VARSLINGSHJLPEDIDLER**

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru  
Tlf.: 22121450

E-post: mona@cognita.no www.cognita.no

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no  
PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Varsling

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

**2149 POSISJONERINGSPUTER**

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Arcona posisjoneringssputer,  
Asklø posisjoneringssputer

**2151**

**ALARMSYSTEMER**

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

**2221**

**BETJENINGSHJLPEDIDLER IKT**  
COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru  
Tlf.: 22121450  
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no  
TOBII DYNAXOX  
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,  
5008 Bergen  
Tlf.: 55 55 10 60  
E-post:sales.no@tobiidynavox.com  
www.tobiidynavox.no

---

### **8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)**

**2412**

**HJLPEDIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL**

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar  
Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01  
access@access-gruppen.no  
www.accessgruppen.no  
Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

**2418**

**GREPTILPASNINGER OG HJLPEDIDLER  
SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER  
HÅND- OG/ELLER FINGERGREP**

ADL PRODUKTER AS

Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no

**3003 LEKER**

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes  
Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68  
www.hana-holmens.no  
Leire for modellering, formingsartikler.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11  
https://www.klubben.no/  
Se: http://www.klubben.no/asp/inf.  
aspx?info\_id=11&txt=Gratis+katalog  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med  
produkter for sansestimulering.

**3006 SPILL**

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3, 2270 FLISA – Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11  
https://www.klubben.no/  
Se: http://www.klubben.no/asp/inf.  
aspx?info\_id=11&txt=Gratis+katalog  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med  
produkter for sansestimulering.

**3009 MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR**

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11  
https://www.klubben.no/  
Se: http://www.klubben.no/asp/inf.  
aspx?info\_id=11&txt=Gratis+katalog  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med  
produkter for sansestimulering.

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

---

### **10. HJLPEDIDLER FOR BARN**

(For andre hjelpemidler for barn, (Se også 3.Personlig  
stell og Klær og 4. Forflytning.)

**B.ADL ADL- HJLPEDIDLER**

ADL PRODUKTER AS

Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Hjelpemidler for posisjonering av barnet i  
hverdagen.

## - PRODUKTREGISTER -

### KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad  
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01  
fb@krabat.no www.krabat.no  
Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,  
Krabatskjerf, sikleskjerf

### **B.ERG ERGONOMI FOR BARNEHAGEAN- SATTE**

#### ASTECS AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no  
Ergonomiske produkter for stellerom/bad,  
kjøkken/garderobe i barnehager/skoler.

#### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105  
Mail: info@bamseprodukter.no  
Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

### **B.KOM KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN**

#### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA - Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11  
https://www.klubben.no/  
Se: http://www.klubben.no/asp/inf.

Se: http://www.klubben.no/asp/inf.  
asp?info\_id=11&txt=Gratis+katalog  
+katalog, Rompa - Snoezelen og  
sansemotoriske produkter: Katalog med 250  
sider med produkter for sansestimulering.

#### TOBII DYNAVOX

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,  
5008 Bergen  
Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com  
www.tobiidynavox.no

#### VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12  
3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

### **B.MOS MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR**

#### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105  
Mail: info@bamseprodukter.no  
Posisjonering og trening for små og store barn.  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no

### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA - Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11  
https://www.klubben.no/  
Se: http://www.klubben.no/asp/inf.  
asp?info\_id=11&txt=Gratis+katalog  
Rompa - Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med  
produkter for sansestimulering.

### **B.ROL ROLLATORER**

#### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### **B.SEN SENGER FOR BARN**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf: 32 24 42 50,  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Arcona barneseng, Arcona reiseseng  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### **B.SPO SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA - Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11  
https://www.klubben.no/

Se: http://www.klubben.no/asp/inf.  
asp?info\_id=11&txt=Gratis+katalog  
Rompa - Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med  
produkter for sansestimulering.

#### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### **B.STI/SAN STIMULERING/SANSEMOTORIKK**

#### AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes  
Tlf: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68  
www.hana-holmens.no  
Leire for modellering, formingsartikler.

### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105  
Mail: info@bamseprodukter.no  
Stimulering og sansemotorikk for små og  
store barn.

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA - Norway  
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11  
https://www.klubben.no/

Se: http://www.klubben.no/asp/inf.  
asp?info\_id=11&txt=Gratis+katalog  
Rompa - Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med  
produkter for sansestimulering.

#### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),  
Wellness Nordic Gyngestolen.

#### TOBII DYNAVOX

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,  
5008 Bergen  
Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com  
www.tobiidynavox.no

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

### **B.SYK SYKKEL**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no  
www.bardum.no

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA - Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11  
https://www.klubben.no/

Se: http://www.klubben.no/asp/inf.  
asp?info\_id=11&txt=Gratis+katalog  
Rompa - Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med  
produkter for sansestimulering.

#### KRABAT AS

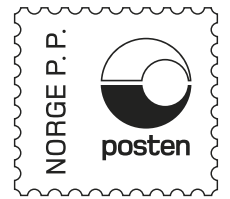
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad  
Tlf: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01  
fb@krabat.no www.krabat.no  
Krabat trioBike, transportsykkel

### **SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER**

#### BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO  
Tlf +47 23 32 75 32  
www.bojo.no post@bojo.no





Returadresse:  
Norsk Ergoterapeutforbund  
Stortingsgt. 2  
0158 Oslo



## Gir god og sikker søvn



RotoBed

En innovativ og harmonisk seng med mange velferdsteknologiske funksjoner, som gir mulighet til å komme seg inn og ut av sengen uten fysisk anstrengelse.

Annonsen for Bardum 😊



## Trygghet og brukervennlighet hånd i hånd - for store og små!

### Floorbed

- Redusere risiko for fall
- Kun 15 cm høy på det laveste
- God og korrekt arbeidsstilling (heves til 80 cm)



### Safety Sleeper

- En lukket reiseseng
- Trygt for bruker og pårørende
- Bedre søvn på ferie



### Lisa

- Dører som kan åpnes helt
- Sikkerhetspanel
- Lavt innsteg (32 cm)



### Lea

- Hev-/senkbare sengegrinder
- Bekvem ut- og innstigning
- Mange tilpasningmuligheter



+ Høy kvalitet + Økt sikkerhet + Gir selvstendig sove- og hvilesituasjon