

Arbeidsdeltakelse ved revmatisk sykdom

HVA KAN ERGOTERAPEUTER I SPESIALISTHELSETJENESTEN BIDRA MED?

Av Eva Gryttingslien Thorsen, Elin Andresen Leistad, Elisabeth Hasselknippe, Linda Magnetun, Aud Rønningen & Anlaug Brandslien

Sammendrag

Eva Gryttingslien Thorsen arbeider ved Revmatismesykehuset AS Lillehammer. E-post: eva.thorsen@revmatismesykehuset.no

Elin Andresen Leistad arbeider ved Revmatismesykehuset AS Lillehammer.

Elisabeth Hasselknippe arbeider ved Revmatismesykehuset AS Lillehammer.

Linda Magnetun arbeider ved Revmatismesykehuset AS Lillehammer.

Aud Rønningen arbeider ved Revmatismesykehuset AS Lillehammer.

Anlaug Brandslien arbeider ved Revmatismesykehuset AS Lillehammer.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til innsendt manuskript.

Stadig mer effektiv medisinsk behandling gir pasienter med inflammatorisk revmatisk sykdom bedre forutsetninger for et aktivt liv. Samtidig har forskning vist at pasientgruppen har en økt risiko for å falle ut av arbeidslivet. Dette skjer ofte så tidlig som de første årene etter at diagnosen er stilt. Ergoterapeutene ved Revmatismesykehuset har gjennom flere år styrket sin kompetanse på arbeid. Sykehuset har hatt Raskere tilbake-poliklinikk med fokus på arbeid siden 2007 og har deltatt i ulike samarbeidsprosjekt med Diakonhjemmet sykehus, senest i 2017. Økende poliklinisk virksomhet utfordrer vår praksis i forhold til hvordan ivareta fokus på arbeidsdeltakelse for våre pasienter. For å systematisere arbeidet med egen praksis søkte derfor ergoterapeutene om FoU-midler i 2019.

Målet med prosjektet: Vi ønsket å tydeliggjøre hva ergoterapeuter kan bidra med for å fremme arbeidsdeltakelse hos pasienter med inflammatorisk revmatisk sykdom og implementere dette i egen praksis.

Arbeidsprosessen: Modell for kunnskapsbasert praksis lå til grunn for arbeidet med en vekselvis prosess mellom å lese aktuell litteratur, drøfte denne opp mot egen praksis, samle egne og brukeres erfaringer samt samarbeide med andre faggrupper og eksterne aktører. Hensikten var å samle kunnskap og lage en syntese om beste praksis.

Resultat: Prosjektet har ført til større faglig trygghet og samarbeidsmuligheter for å fremme arbeidsdeltakelse for våre pasienter. Bruker- og terapeuterfaringer har gitt innblikk i viktige utfordringer tilknyttet arbeid, og egnede kartleggingsverktøy og metoder for å kunne imøtekomme disse i en poliklinisk setting. Endring i dokumentasjonsform er igangsatt, og en beskrivelse av dagens praksis er utarbeidet som resultat av prosjektet.

Nøkkelord: Arbeid, revmatologi, ergoterapi, fagutviklingsprosjekt, kunnskapsbasert praksis

Innledning

En norsk rapport fra 2013 anslår at kostnader knyttet til sykefravær for personer med muskel-skjelett-plager ligger på cirka 30 millioner årlig. Kostnader tilknyttet andre trygdeytelser (arbeidsavklaringspenger og uføretrygd) anslås å ligge på 24,6 milliarder kroner (1). Innen muskel- og skjelett-tilstandene utgjør inflammatorisk revmatisk sykdom en egen gruppe.

Å forebygge frafall fra arbeidslivet er et av de viktigste individuelle og samfunnsøkonomiske målene for behandling av personer med revmatisk sykdom. I dag gir den medisinske behandlingen bedre forutsetninger for at pasientene skal kunne leve et langt mer aktivt liv enn tidligere (2-4). Den helsemessige betydningen av å fungere i meningsfulle aktiviteter er godt dokumentert for denne pasientgruppen (5-7).

Personer med inflammatorisk revmatisk sykdom har imidlertid en økt risiko for å falle ut av arbeidslivet, og dette skjer ofte så tidlig som de første årene etter at diagnosen er stilt (8-11). For å imøtekomme arbeidslivsutfordringer hos våre pasienter har ergoterapeutene ved Revmatismesykehuset over flere år hatt fokus på, og styrket sin kompetanse på, arbeidshelse. Sykehuset er en del av spesialisthelsetjenesten og hovedsenter for revmatologi i Innlandsregionen. Våre primære oppgaver er utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med revmatiske sykdommer, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell.

Sykehuset har hatt Raskere tilbake-poliklinikk siden 2007, som har bidratt til å løfte arbeidsfokusset. Ergoterapitilbudet ved denne poliklinikken er tidligere blitt beskrevet i en fagartikkel publisert i Ergoterapeuten (12). I samarbeid med Diakonhjemmet sykehus deltok ergoterapeutene ved Revmatismesykehuset i et prosjekt om arbeidshelse i 2016- 2017.

Resultatet av prosjektet viste at mennesker med revmatisk sykdom opplever problemer med å balansere arbeid og privatliv, og de har bekymringer for egen framtidig arbeidsdeltakelse (13). Prosjektet var inspirert av gode resultater fra et poliklinisk ergoterapitilbud rettet mot personer med inflammatorisk revmatisk sykdom med arbeidslivsutfordringer (WORKIA), ledet av ergoterapiprofessor Alison Hammond ved University of Salford i Manchester (14).

Som følge av resultatene så vi et behov for en gjennomgang av ergoterapitilbudet ved vår poliklinikk. For pasienter som har vært innlagt til reha-

bilitering ved sykehuset, har arbeidsfokus vært en naturlig del av rehabiliteringen. De siste årene har imidlertid tendensen vært færre innleggelser. De fleste pasientene følges nå opp poliklinisk. Kortere pasientmøter utfordrer oss på hvordan vi skal ivareta arbeidshelse hos pasientene. I tillegg vet vi at effekten av tiltak er best jo tidligere i prosessen man er, og før personen mister kontakt med arbeidslivet (15). Det er derfor viktig at vi møter pasientene i tidlig fase, og våre pasientforløp for nyoppstått artrittsykdom ivaretar dette i stor grad. I den nasjonale strategien «Arbeid og Helse – et tettere samvirke» framgår det tydelig at man skal styrke arbeidsfokusset i helsetjenestene (16). Hvilke konsekvenser det styrkede fokuset på arbeid skal ha for klinisk praksis, finnes det ingen retningslinjer for (17). For systematisk å arbeide fram en tydeligere praksis innenfor arbeid i en poliklinisk setting søkte derfor ergoterapeutene ved Revmatismesykehuset FoU-midler for 2019. Prosjektet hadde følgende målsetting:

Vi ønsket å tydeliggjøre hva ergoterapeuter kan bidra med for å fremme arbeidsdeltakelse for pasienter med inflammatorisk revmatisk sykdom, og implementere dette i egen praksis.

Metode

ARBEIDSPROSESSEN

Vi søkte på og mottok midler fra Ergoterapeutenes FoU-fond. Hensikten var frikjøp av en ti prosent stilling til prosjektleder og førsteforfatter for å lede og gjennomføre fagutviklingsprosjektet. Ergoterapi-gruppa har bestått av seks ergoterapeuter som har ulike ansvarsområder innad på sykehuset: poliklinikk for ikke-inflammatoriske sykdommer, poliklinikk for inflammatorisk revmatiske sykdommer og rehabilitering i sengepost. Flere har videreutdanning innen arbeid, to av ergoterapeutene er spesialister i somatisk helse og én i arbeidshelse, og to terapeuter er godkjente for å foreta arbeidsevneutredning i regi av NAV. Én terapeut har master i helsevitenskap. Motiverende Intervju, Empowerment og livsstyrketrening er noen metoder som benyttes inn mot arbeidslivsutfordringer. Noen har jobbet i mange år ved sykehuset, og én er nylig utdannet.

I prosjektperioden har vi diskutert prosjektet med professor Anne Marit Mengshoel, som er fast tilknyttet Revmatismesykehuset i en ti prosent stilling. Vi har jobbet strukturert med faste fagmøter ukentlig over ett år med temaer fastsatt ut ifra en milepælsplan. Vi har hospitert hos hverandre og benyttet

kollegaveiledning ved å bisitte hverandres konsultasjoner med samtykke fra pasientene.

Vi har benyttet oss av brukerrepresentanter fra sykehusets utvalg samt én yrkesaktiv pasient.

Alle informantene har gitt informert samtykke til gjengivelse av sine refleksjoner i denne artikkelen, og prosjektet er godkjent av sykehusets personvern.

Å TYDELIGGJØRE EGEN PRAKSIS

Modell for kunnskapsbasert praksis lå til grunn for arbeidet med å tydeliggjøre praksis (18).

Arbeidet foregikk som en prosess hvor vi vekslet mellom å lese aktuell litteratur, drøfte litteraturen og diskutere egne og brukeres erfaringer. Aktuell litteratur definerte vi som helsepolitiske dokumenter, empiriske studier om ergoterapi og arbeidshelse ved revmatiske sykdommer, samt ergoterapiteori relatert til arbeid og arbeidsliv. I prosjektperioden har vi arbeidet med ulike temaer vi fant relevante i denne sammenhengen (se Tabell 1).

Vi drøftet hvilke perspektiver som ligger til grunn for måten vi arbeider med arbeidsdeltakelse på, og valgte å fokusere drøfting av egen praksis opp mot ergoterapeutforbundets hefte om arbeidsdeltakelse (19).

For å forstå menneskelig aktivitet og drøfte teori opp mot praksis valgte vi å fokusere på PEO – The Person-Environment-Occupation Model (20), heretter kalt PAO-modellen i henhold til norsk oversettelse. Modellen viser ergoterapeuters kjernekompetanse på person, aktivitet og omgivelser samt samspillet mellom disse. Denne modellen benyttes av ergoterapeutforbundet for å vise til vår kjernekompetanse, også i forhold til arbeidshelse.

I prosjektperioden brukte vi mest tid på å reflektere over kasuistikker med arbeidsproblematikk. Gjennom flere møter med brukerutvalget ved sykehuset innhentet vi pasienterfaringer. Her reflekterte vi sammen over hvordan de hadde opplevd ergoterapi opp mot arbeidsdeltakelse, samt hva de anså som viktige bidrag for arbeidsdeltakelse i en sykehuskontekst. Vi foretok et dybdeintervju med en yrkesaktiv revmatiker som hadde hatt oppfølging av ergoterapeut over flere år, hvor arbeid var et viktig mål for pasienten.

Vi hadde jevnlig gjennomganger av aktuelle kartleggingsverktøy og tiltak i fagmøtene våre, da vi innså at vi hadde en praksis som varierte en del fra terapeut til terapeut. Dette var en viktig del av å tydeliggjøre egen praksis.

Gjennom arbeidsprosessen ble det tydelig at

Kompetanseavklaring i faggruppen

Fagmøter for ergoterapeutene – temaer:

- Nasjonale retningslinjer for Helse i arbeid
- Metoder for å forstå og jobbe med arbeidshelse
 1. salutogenese
 2. empowerment
 3. endringsprosesser
- Brukermedvirkning – kasuistikker
- Ergoterapiteori og -metoder i praksis
- Nettverksmøter med andre ergoterapeuter i revmatologiske institusjoner
- Kartleggingsmetoder og verktøy
- Tiltak
- Journalnotat – tydeliggjøring av fagspråk og fremme aktivitetsfokus

Tverrfaglighet og rolleavklaring mellom ergoterapeuter og sosionomer

- Workshop
- Sosionomene deltok på nettverksmøter med andre ergoterapeuter og sosionomer

Tabell 1. Temaer arbeidsgruppen har arbeidet med i prosjektperioden.

ergoterapigruppen også hadde et behov for gjennomgang av journalskriving og hvordan vi klarer å skrive fram ergoterapien i våre tiltak. Mer presist språk i journalen vil tydeliggjøre ergoterapeuters kompetanse på arbeidsdeltakelse.

Vi har benyttet nettverksforumet for ergoterapeuter i revmatologi med fokus på arbeid som tema for å løfte fram problemstillinger som fremmer en bredere forståelsesramme.

Vi gjennomførte også en workshop hvor ergoterapeutene og sosionomene ved sykehuset deltok. Begge faggruppene så det hensiktsmessig med en tydeligere avklaring av hva som var ergoterapeutens og sosionomens bidrag i forhold til å fremme arbeidsdeltakelse. For tettere samhandling med aktuelle aktører hadde vi møte med en ergoterapeut som jobber som jobbspert i NAV. Hensikten med informasjonen som framkom, var å utvikle en relevant klinisk ergoterapipraksis på sykehuset med fokus på arbeidsdeltakelse.

Resultat

Hensikten med prosjektet var å tydeliggjøre hva ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten kan bidra med for å fremme arbeidsdeltakelse hos personer med inflammatorisk revmatisk sykdom. Jevnlig kunnskapsoppdatering, møter og erfaringsdeling har gjennom et år løftet vår forståelse av hva personer med inflammatorisk revmatisk sykdom kan streve med i forhold til å fungere i arbeid, og hva

vi kan bidra med i den sammenheng. Resultatene presenteres i to deler. Del 1 omhandler prosjektets hovedresultater. I del 2 integreres resultatene inn i en trinnvis beskrivelse av dagens praksis. Her presenteres kartlegging, tiltak, oppsummering og dokumentasjon.

Del 1

FAGLIG TRYGGHET OG SAMARBEID

Som resultat av arbeidsprosessen det siste året erfarer ergoterapeutene ved Revmatismesykehuset en større grad av trygghet i tilnærmingen til pasientens utfordringer knyttet til sykdom og deltakelse i samfunnet, både i arbeid, hjem og fritid. Vi har erfart at vår heterogenitet er en styrke i diskusjoner og refleksjoner. Kollegialt samarbeid i nettverksforumet på tvers av institusjoner har vært nyttig og viktig for å samle oss om hva vi som ergoterapeuter skal bidra med for å fremme arbeidsdeltakelse.

Workshop med sosionomene ga oss et tydeligere innblikk i hvordan vi jobber med mange av de samme problemstillingene, men på forskjellige måter. Det har bidratt til å styrke samarbeidet, og nå har vi flere konsultasjoner sammen der arbeid er hovedtemaet for konsultasjonen.

BRUKERPERSPEKTIVET OG ARBEID SOM DEL AV HVERDAGEN

Samarbeidet med brukere ga oss innsikt i hvordan de har opplevd ergoterapitilbudet ved sykehuset. Noen pasienter var usikre på hva ergoterapeuter kan bidra med vedrørende arbeidslivet. Tekniske og ortopediske hjelpemidler eller håndtrening var det som oftest ble nevnt når de ble spurt om hva de tror ergoterapeuter bidrar med. En yrkesaktiv pasient sa imidlertid at vi hadde utfordret henne med aktivitetsprioritering som metode. Hun opplevde det som nyttig å bli utfordret på hvordan hun kunne tenke om og prioritere gjøremål i hverdagen. Dette var spesielt viktig da hun strevde med energi for å holde seg i jobb. Etter flere møter med brukere samt deling av tidligere kasuistikker har vi fått forsterket tro på viktigheten av å delta i arbeidslivet og oppleve kontroll over hva man prioriterer i sitt hverdagsliv. Pasientene setter stadig ord på hvor vanskelig det kan være å etterleve egne og andres krav og forventninger til kapasitet og utførelse. Dette fordi mange er preget av smerter eller tretthet. Vi vet også fra forskning at helse kan påvirkes av hvordan dagliglivet leves, og av våre roller og vaner (21-22). En av brukerne vi intervjuet la særlig vekt

på hvor avgjørende det hadde vært for henne å ha en «fast heiajeng» av helsepersonell som kjenner historien og utfordrer på riktig tidspunkt. For henne var dette avgjørende for at gode endringsprosesser kunne skje. Resultatet av å lese og oppdatere oss på ergoterapiteori har styrket troen på at fokus på aktiviteters betydning i et hverdagsliv er helsefremmende i seg selv. Alt dette har bidratt til at vi etter prosjektperioden har fått økt tiltro til aktivitetsprioritering som metode i møte med arbeidsutfordringer, også i en poliklinisk setting.

KARTLEGGINGSVERKTØY OG -METODER

Etter prosjektet har vi større fokus på hvilke kartleggingsverktøy og modeller vi skal bruke. Vi ser betydningen av redskaper som hjelper oss til å avdekke aktivitetsutfordringene i arbeids- og hverdagsliv, samtidig som den gode samtalen ivaretas. Vår erfaring er at kortversjonen av kartleggingsverktøyet The Work Experience Survey for Persons with Rheumatic Conditions (WES-RC) (23-24) er godt tilpasset tidsrammene i en poliklinikk, og er godt egnet der vi trenger å gå i dybden på praktisk fungering på arbeidsplassen.

Vi bruker nå PAO-modellen i konsultasjonen sammen med pasientene, da den egner seg godt som en visuell pedagogisk måte å komme til kjernen av hva som gir utfordringer på. For oss har modellen blitt et praktisk kartleggingsredskap for å finne ut hvordan samspillet mellom personen, aktiviteter og omgivelser er etter oppstått sykdom. Ved å vise pasientene modellen og samtale ut fra denne er vår erfaring at pasientene lettere forstår og ser sammenhenger selv. Dette er viktig for at vi sammen skal kunne vurdere hvilke tiltak som kan være hensiktsmessige på hvilken arena, og hva prosessen skal være videre framover. Gjennom prosjektperioden erfarer vi at vi kan være «tøffere» med pasientene hvis vi først i fellesskap har sett sammenhenger gjennom bruk av PAO-modellen. Et eksempel på en utfordring vi ofte veileder i forhold til, er: Er man sykemeldt og skal jobbe med helsa si eller skal tilbake i arbeid, kan det være viktig å erkjenne behovet for «å sykemelde seg» fra enkelte gjøremål ellers i livet. Pasienter som er sykemeldt, beskriver det å gå hjemme som svært utfordrende, da man ser alt som skulle vært gjort. Ikke å ha muligheten til å utføre viktige gjøremål kan utfordre vanemønsteret eller verdigrunnet til den enkelte. Å skulle endre vaner og rutiner når man er syk, kan for mange være utfordrende og vanskelig. I ytterste konsekvens kan det ende i en sykemelding

fordi man yter over evne på de ulike arenaene. Som ergoterapeuter har vi kompetanse på å få fram nett-opp disse utfordringene.

En samtale om hva som er godt nok hjemme, på fritiden og på jobb, og hva som er viktigst av aktiviteter og hvorfor, kan være en bevisstgjøring av betydning for å stå i et arbeidsliv med sykdom.

DOKUMENTASJON

For å få en enda tydeligere klientsentrert praksis i poliklinikken har vi i prosjektperioden utfordret pasientene til å definere aktivitetsmål knyttet opp til arbeid. Dette har ikke vært gjort i en poliklinisk ramme tidligere. Våre journalnotater har nå aktivitetsmålene helt innledningsvis i teksten. Vi kartlegger aktivitetsmønsteret og kapasiteten de har til å utføre daglige gjøremål i arbeid, hjemme og på fritiden. Hemmende og fremmende faktorer for deltakelse benyttes i vurderingen til slutt. Vi har imidlertid ikke utarbeidet en ny mal for journal. Det er ett av flere prioriterte områder vi ønsker å jobbe med i året som kommer.

Del 2 – Dagens praksis

DEL 1: KARTLEGGING AV AKTIVITETSMØNSTER OG -KAPASITET I DAGLIGE GJØREMÅL MED BRUK AV PAO-MODELL

Her benyttes PAO-modellen i samtale med pasienten for å avklare forhold som kan påvirke arbeidsutførelsen. Hvordan forholder pasienten seg til nåværende aktivitetsmønster og utførelse? Kan løsrivelse fra etablerte vaner og rutiner bidra til en bedre balanse? Hvis vi trenger å gå mer i dybden på selve arbeidssituasjonen, benyttes ofte kortversjonen av WES-RC-N.

Eksempler på hva vi kan spørre pasienten om:

- Hvordan påvirker sykdommen fungering i det daglige?
- Hva gjør du?
- Hvordan gjør du det?
- Hvorfor gjør du som du gjør?
- Hvorfor er jobb viktig for deg?
- Mer overskudd til hva?

DEL 2: FORSLAG TIL AKTUELLE TILTAK I SAMHANDLING MED PASIENTEN:

Veiledning for opprettholdelse av aktivitet og deltakelse i arbeid, hjem og fritid:

- bevisstgjøre pasienten på sin medvirkningsplikt som arbeidstaker og som partner hjemme. (Hva bruker du sykemeldingsdagene til? Hva består din helsejobb av? Hvilke oppgaver kan du sykemelde



Figur 1: PAO-modellen.

deg fra hjemme når du skal jobbe med arbeids-helsa di?)

- gi informasjon og opplæring som er relevant for å kunne ta aktive valg
- pasientopplæring om arbeidstakers medvirkningsplikt (25)

Veiledning av aktivitetsprioritering som tiltak:

- bruk av ADL-sirkler for å tydeliggjøre hva man bruker tid på
- imøtekomme utfordringer knyttet til aktivitetsutførelse ved å kartlegge og veilede om vilje, vane og utførelsessystemet (jobbe med «autopiloten»)
- utforske med pasienten hvilke verdier den enkelte aktivitet har
- Intensjonen med å fokusere på aktivitetsprioritering i en tidlig fase er å stimulere til å ta bevisste grep og prioritere slik at aktivitetsnivået i stor grad kan opprettholdes og økes, for eksempel ved å prioritere tid og krefter til trening (26).

Veiledning om ergonomi og tilpasset aktivitetsutførelse:

- praktisk bruk av ergonomiske prinsipper i hverdagens gjøremål
- tilpasse arbeidsoppgavers rekkefølge eller varighet
- tilpasse arbeidstid (start/slutt), pauser, fleksitid, reising/pendling

- tilrettelegge konsentrasjonskrevende oppgaver (lyd, lys, varighet, tid på dagen)
- tilpasse ansvarsoppgaver eller samarbeidsformer
- justere/tilpasse gjøremål hjemme (for eksempel be andre om å gjøre enkelte delhandlinger)

Informasjon om eller formidling av kompenserende teknikker og tiltak (herunder tekniske og ortopediske hjelpemidler, tilrettelegging, endring av aktivitetsmønster)

- formidle hjelpemidler eller ortoser, eller henvise for tilpasset fottøy/såler (særlig på hardt underlag)
- informasjon om bruk av bedriftshelsetjeneste for tilpasning av arbeidsplass som er fysisk eller mentalt krevende
- veiledning angående dialog og åpenhet om sykdom/funksjonsutfordringer overfor leder/eventuelle kollegaer
- bistå pasient med informasjonsbrev til arbeidsgiver, eventuell sykdomsvariasjon, hva som fungerer bra på jobb og hva som oppleves utfordrende, med forslag til tiltak/tilrettelegging på jobb. Viktig å ta forbehold om at man her bare har pasientens oppfattelse, og at arbeidsleder kan ha et annet syn på tilretteleggingsmuligheter.
- se mulighetene som ligger innenfor de rammene man har, ta småpauser, bruke variasjonsmuligheter (hev/senk), be om hjelp, bruke hensiktsmessig utstyr

Tilpasset trening av hånd- og armfunksjon:

- håndøvelser for bevegelse og styrke
- ved behov: avlæring av uhenksomme avvergemønstre som øker eller opprettholder ensidige eller gjentakende mønstre (ofte bruk av bare den ene armen)

DEL 3: OPPSUMMERING/KONKLUSJON:

Målet er at vi som fagpersoner skal sørge for at aktuell informasjon er vurdert i dialog, er blitt forstått og er i tråd med hvordan pasienten tenker om egen situasjon. Ved å oppsummere sammen er det lettere å korrigere eventuelle misforståelser. Pasientene får også innblikk i hva som skrives og vurderes av terapeut. Avslutningsvis tas det opp om det er tiltak eller noe pasienten selv skal ta tak i, og det etterstrebes å rette fokus på hva pasienten selv mener skal til, og hvor stor tro personen har på at dette skal han eller hun klare. Ofte benyttes motiverende intervju som metode (27).

DEL 4: DOKUMENTASJON:

Som del av et tverrfaglig team er det viktig å være tydelige i vår fagutøvelse, især i dokumentasjon som ofte sendes til fastleger eller andre institusjoner i førstelinjetjenesten. Vi etterstreber å synliggjøre at vi har et aktivitetsfokus rundt håndtering av sykdomsbyrden. For å fremme dette i dokumentasjon tydeliggjøres pasientens aktivitetsmål øverst i journalnotatet.

Diskusjon

Prosjektet har ført til større faglig trygghet og samarbeidsmuligheter for å fremme arbeidsdeltakelse for våre pasienter. Bruker- og terapeuterfaringer har gitt innblikk i viktige utfordringer knyttet til arbeid, egnede kartleggingsverktøy og metoder for å kunne imøtekomme disse i en poliklinisk setting. Endring i dokumentasjonsform er igangsatt, og en beskrivelse av dagens praksis er utarbeidet som resultat av prosjektet.

SKAL ERGOTERAPEUTER I SPESIALISTHELSETJENESTEN TA TAK I ARBEIDSLIVSUTFORDRINGER?

Til tross for at mange pasienter med inflammatorisk sykdom kommer i remisjon, viser forskning at arbeidsstatus ved oppstart av behandling har større betydning for sykefravær/uførhet enn grad av leddbetennelse (2-3). Videre viser forskning at tiltak på arbeidsplassen i kombinasjon med veiledning er effektivt for å forebygge sykefravær ved kroniske muskel-/skjelettsykdommer (28). Poliklinisk ergoterapitilbud rettet mot personer med inflammatorisk revmatisk sykdom med arbeidslivsutfordringer har vist seg å redusere sykefravær (14). Målrettet, omfattende ergoterapi har gitt positive resultater på funksjonelle og arbeidsrelaterte utfallsmål (29). Samfunnsøkonomisk kan det derfor være av betydning at pasientene møter ergoterapeuter i en tidlig fase i en revmatologisk poliklinikk. I vår praksis møter vi stadig pasienter hvor sykdomsdebut blir starten på en lengre periode med uforutsigbar form og pendling mellom ulike instanser som NAV, fastlege, revmatologisk personell i spesialisthelsetjenesten, og kommunale tjenester. Vi erfarer også at for mange pasienter blir det betydelig ventetid – venting på å bli bedre, avvente effekt av medisiner og ventetid på ikke-medikamentelle tiltak, som for eksempel fysioterapi. I disse periodene kan lengre sykemeldinger være nødvendige, men samtidig svært utfordrende for mange. Ergoterapeutenes fokus på helsefremmende aktiviteter i den situasjonen de befinner seg

i, er betydningsfull. Mange revmatikere strever med balansegangen mellom privatliv og arbeidsliv. Det er samfunnsnyttig og bærekraftig å hjelpe pasienter med å opprettholde en forholdsmessig god balanse mellom disse tre hovedarenaene i livet, noe aktivitetsprioritering er godt egnet for.

I samtaler med NAV ble vi oppfordret til å komme sterkere på banen i samhandlingen mellom helse og arbeidsforvaltningen. Spesielt ble vurderinger tilknyttet arbeidsdeltakelse etterspurt. Solid psykosomatisk kunnskap om denne pasientgruppen er en viktig forutsetning for å vurdere adekvate tiltak og behandling for å komme tilbake i arbeid. Oppdatert kunnskapsgrunnlag basert på erfaring og forskning i kombinasjon med et klinisk skjønn er noe ergoterapeuter på dette nivået av helsetjenesten innehar.

HVORFOR TYDELIGGJØRE EGEN PRAKSIS?

Et økende krav om kunnskapsbasert praksis, i kombinasjon med at pasientene har lettere tilgang til kunnskap, gir høyere forventninger til oss som jobber i helsetjenestene (30).

Det kan være utfordrende i en klinisk hverdag å finne tid til å utvikle og oppdatere praksis. Utvikling blir viktig innen faget vårt, da den medisinske kunnskapen innen revmatologi er i stadig endring. Målet for dette prosjektet var å tydeliggjøre egen praksis i forhold til arbeidslivsutfordringer. For oss handlet dette også om å skape en faglig trygghet og bedre praksis ved blant annet å bli tydeligere språklig i kommunikasjon til pasienten så vel som til det tverrfaglige teamet. På en arbeidsplass hvor de enkelte terapeutene har ulik erfaring, utdanning og referanserammer, kan det være nyttig å ha muligheten til å «samle troppene» om hvordan man skal jobbe innenfor enkelte områder. Dette mener vi nå at vi har klart ved å oppsummere hvordan dagens praksis ser ut. Vi håper at det å ha en tydeligere praksis igjen kan føre til forskningsprosjekter som omhandler effekt av våre tiltak, noe som vil styrke fagets posisjon i framtidens helsetjenester.

Referanser

1. Lærum E., B.S., Ihlebæk C., Johnsen K., Natvig B., Aas E. Et muskel- og skjelettrengskap. Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet. (Norwegian.) 2013, Muskel og Skjelett Tiåret (MST) v/FORMI Oslo Universitetssykehus.
2. Austad, C., et al. Health status has improved more in women than in men with rheumatoid arthritis from 1994 to 2009: results from the Oslo rheumatoid arthritis register. *Ann Rheum Dis*, 2015. 74(1): p. 148-55.
3. Krishnan, E., et al. Disability in rheumatoid arthritis in the era of biological treatments. *Ann Rheum Dis*, 2012. 71(2): p. 213-8.
4. McArthur MA, Birt L, Goodacre L. «Better but not best»: a qualitative exploration of the experiences of occupational gain for people with inflammatory arthritis receiving anti-TNFalpha treatment. *Disabil Rehabil*. 2015; 37 (10): 854-63.
5. Neugebauer A, Katz PP, Pasch LA. Effect of valued activity disability, social comparisons, and satisfaction with ability on depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *Health Psychol*. 2003; 22(3):253-62.
6. Reinseth L, Espnes AG. Women with rheumatoid arthritis: Non-vocational activities and quality of life. *Scand J Occup Ther*. 2007;14(2):108-15.
7. Katz P, Morris A, Gregorich S, Yazdany J, Eisner M, Yelin E, et al. Valued life activity disability played a significant role in self-rated health among adults with chronic health conditions. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(2):158-66.
8. Nordmark B, Blomquist P, Andersson B, Hagerstrom M, Nordh-Grate K, Ronnquist R, et al. A two-year follow-up of work capacity in early rheumatoid arthritis: a study of multidisciplinary team care with emphasis on vocational support. *Scand J Rheumatol* 2006 Jan; 35(1):7-14.
9. Rantalaiho, V.M., et al. Decline in work disability caused by early rheumatoid arthritis: results from a nationwide Finnish register, 2000-8. *Ann Rheum Dis*, 2013. 72(5): p. 672-7.
10. Eriksson, J.K., et al. Biological vs. conventional combination treatment and work loss in early rheumatoid arthritis: a randomized trial. *JAMA Intern Med*, 2013. 173(15): p. 1407-14.
11. Neovius, M., et al. Sick leave and disability pension before and after initiation of antirheumatic therapies in clinical practice. *Ann Rheum Dis*, 2011. 70(8): p. 1407-14.
12. Hasselknippe E, Rønningen A. 2011. Hvilken rolle har ergoterapeuten? Raskere tilbake ved Revmatismesykehuset Lillehammer https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2a-hUKEwiSj5viwb_qAhU9wsQBHQDQDxsQFjAAegQl-AhAB&url=https%3A%2F%2Fwww.ergoterapeuten.no%2FAdmin%2FPublic%2FDownload.aspx%3Ffile%3D-Files%252FFiles%252FFagartikler%252FRaskere_tilbake.pdf&usg=AOvVawOxfa-Uj-p3djVvy_9lu1U8
13. Klokkerud M, Thorsen E, Hasselknippe E, Rønningen A, Sand-Svartrud AL. Ergoterapeuten – en viktig samarbeidspartner ved arbeidslivsutfordringer hos personer med revmatisk sykdom. http://www.mediahuset.se/wp-content/uploads/2018/11/NRB-3_18_ua.pdf
14. Hammond, A., et al. Job retention vocational rehabilitation for employed people with inflammatory arthritis (WORK-IA): a feasibility randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disord*, 2017. 18(1): p. 315.
15. Allaire, S.H., W. Li, and M.P. LaValley, Reduction of job loss in persons with rheumatic diseases receiving vocational rehabilitation: a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum*, 2003. 48(11): p. 3212-8.
16. Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helse- direktoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles

- innsats for arbeid og helse. 2016: Norge.
17. Tilstandsrapport fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet til Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2019.
 18. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholdt B, Reinart LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2007.
 19. Norsk Ergoterapeutforbunds hefte om arbeidsdeltakelse 2017.
<https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/fagomrader-i-ergoterapi/ergoterapi-fagomradet-arbeidshelse/arbeidsdeltakelse-samspillet-person-aktivitet-omgivelser/>
 20. Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9–23.
<https://doi.org/10.1177/00084174960630010>.
 21. Jakobsen, K. Ergoterapi og den positive helseprosessen. Aktivitetsperspektiv på dugnad, deltakelse og dagligliv. 2. utgave. Tapir Akademiske Forlag, Trondheim 2006.
 22. Kielhofner, G. Motiver for aktivitet, mønstre i aktivitet og udøvelse av aktivitet: de grundlæggende begreper. MOHO-modellen for menneskelig aktivitet. FADL's Forlag 2006, s. 13-27.
 23. Allaire, S. and J.J. Keysor. Development of a structured interview tool to help patients identify and solve rheumatic condition-related work barriers. *Arthritis Rheum*, 2009. 61(7): p. 988-95.
 24. Hasselknippe, E. Erfaringer med bruk av kartleggingsverktøyet WES-RC., in Norsk fagkongress i ergoterapi. 2017: Trondheim.
 25. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) 2005, §2-3 om arbeidstakers plikt. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
 26. Leistad, E.A., Skarbø, Å., Rønningen, A., Mengshoel A.M. Aktivitetsprioritering i gruppe. *Aktivitet gjennom bevisste valg. Ergoterapeuten*, 2016(2).
 27. Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013) Motiverende intervju. Oslo: Gyldendal akademiske.
 28. van Oostrom, S.H., et al. Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009(2): p. CD006955.
 29. Macedo et al 2009. Functional and work outcomes improve in patients with rheumatoid arthritis who receive targeted, comprehensive occupational therapy. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.24563>
 30. Steen, A.H., Legard, S., Jessen, J.E, Anker, N. og Madsen, G. Samfunnsøkonomisk analyse av økt sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne. AFI-rapport. 2012.



STIMULITE® MADRASSER

luftig og kjølig trykkavlastning

Stimulite® 3-SONE Madrass Ekstra Myk

Til forebygging eller behandling av fuktskader og trykksår.

Sikker og letthåndterlig i hjemmebruk og på omsorgsavdelinger.

Rekommenderes for smertepasienter og palliative kreftpasienter med store smerter og overfølsomhet for støy.

Bra reisemadrass for brukere med dynamisk madrass i hjemmet.

Prisforhandlet med NAV.

Bestill produktvisning nå! 48 50 32 97 eller julia@rehabshop.com

GØRAN SJØDÉN'S REHABSHOP NORGE AS
Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru
Tel: 48 50 32 97 www.rehabshop.as

