

Pasient og Fjellklatrar

– om roller og terapeutisk bruk av ein fritidsaktivitet

Denne artikkelen tar føre seg klatring som arena for meistring, samhandling og som eit potensielt ledd i å oppnå aktivitetsmessig velvære. Med utgangspunkt i eit klatrekurs utarbeida hausten 2008 vonar eg å sette søkelys på ein fritidsaktivitet som av mange plasserer innan gruppa «ekstremsport» og vidare forsøke å skape debatt kring denne sin plass innan psykisk helse.

AV HENNING JOHANSEN

Bakgrunn

Ved dagavdelinga på Solli DPS har det alltid vært fokus på meistring og aktivitetsutprøving. Som eit ledd i dette arrangementet vi «tur ut av huset». Dette er noko som har vort på programmet så lenge dagavdelinga har eksistert. Som nyansett ergoterapeut i 2007 vart det ein del av jobben å ta pasientane med og prøve ut forskjellige aktivitetar. Hensikten var å gje ein smakebit som kunne stimulere til ein meir aktiv kvardag. Alt frå museum til hesteriding var på programmet. Ein aktivitet som fekk særskilt positiv tilbakemelding var det å prøve å klatre. Fleire pasientar ynskte seg meir.

Som ihuga klatreentusiast og instruktør, og med ein frittenkande sjef gjekk det ikkje lang tid før vi hadde kursmanualen klar. Vi undersøkte om dei forskjellige aktivitetscentra var interessert i konseptet, men leiarene var usikre på i kva grad det ville treffe brukarane deira. Derfor undersøkte vi høve for å arrangere det på DPS'et. Her òg møtte vi ein del skepsis, denne gongen frå dei andre avdelingane. Skepsisen var forankra i ansvarsspørsmålet kring pasienten og kva nivå dette tilbudet burde leggest på, jamfør DPS-rettleiaren (Sosial- og helsedirektoratet, 2009). På tross av motstanden beslutta vi å kjøre eit pilotprosjekt på konseptet og vi rekrutterte deltakarar frå ei av våre egne behandlingsgrupper. I samarbeid med den lokale klatreklubben og med midlar til å dekke klubbens utgifter gitt frå Noregs Klatreforbund, vart det fyrste kurset gjennomført våren 2008.



Henning Johansen, utdanna ved Høgskolen i Bergen. Han har arbeida som ergoterapeut ved dagavdelinga på Solli DPS sidan hausten 2007 primært med aktivitet som behandling for menneske med angst og depresjon i grupper. Før dette i prosjektstilling innan utviklingshemming/psykisk helse. kvalifisert Trener 1 Sport i klatring i

2004 og har arbeida som instruktør og kurshaldar innan klatring sidan då.

E-post: Henning.johansen@solli.no

Tilbakemeldinga frå pasientane var såpass positiv at det før neste runde vart eit ynskje å utgreie muligheita for at alle avdelingane kunne søke sine pasientar til kurset. Etter kvart har vi hatt fire kurs med 16 deltakarar rekrutert frå dagavdelinga, døgnpost og poliklinikk og det er erfaring og data frå desse som ligg til grunn for denne artikkelen.

Aktivitet: Byggesteinane i våre roller og grunnlaget for vår identitet

«Rolle» er eit kjent omgrep i ergoterapien. Ei rolle kan seiast å vera summen av eit sett kulturelt definerte mønster av meningsfylte aktivitetar som reflekterer særskilde rutiner og vanar (Canadian Association of Occupational Therapist (CAOT), 1997a; 2002, s. 182). Vidare seier Christiansen og Matuska at «*Role fulfilling occupations are means for enabling psychological needs to be met, thus engendering well-being*» (Christiansen & Matuska 2006, s. 52). Det vil seie at deltakinga- og ikkje minst meistring av meningsfylte aktivitetar som inngår i våre sosiale roller er grunnlaget for aktivitetsvelvære. Til saman er rollene med på å gi liva våre retning og plasserer oss inne i den samfunnsmessige konteksten vi lever i (Townsend & Polatajko, 2007). Våre roller gjev oss sosial identitet og omgivnaden sin tillitt til oss spring ut av vår evne til å meistre aktivitetane som definerar rollene (Beck, Rush, Shaw & Emery 1969). Vi får òg kvalitetar frå dei sosiale gruppene vi delar verdysyn og livsstil med. Det å kjenne tilhøyre til ei sosialt anerkjend gruppe, kan vera med på å styrke sjølvkjensla. Det å vera i arbeid, inneha rolla som arbeidstakar og å vera med på verdiskapinga i samfunnet, er eit eksempel på dette. Arbeid er ein aktivitet som gir muligheten høve for meistring, interpersonleg kontakt og nyttegjering av ferdigheter og kan seiast å vera fundamental for opplevinga av aktivitetsmessig velvære (occupational well-being (Townsend & Polatajko, 2007, Schuring, Burdorf, Voorham, der Weduwe, Mackenbach, 2009)). Det å vera psykisk sjuk er i dagens samfunn eit eksempel på det motsette; identiteten som pasient i psykiatrien skapar ein avstand til «det gode selskap» og er i seg sjølv eit stigma (Estroff, Penn & Toporek 2004).

Å oppleve meistring i meningsfylte aktivitetar er med å bygge vår lit til oss sjølve som kompetente menneske og skaper ei forventning om å meistre liknande utfordringar i framtida; som eksempelvis arbeid (Estroff et al., 2004,

Townsend & Polatajko, 2007, Carin-Levy & Jones, 2006). Spørsmålet er kanskje i kva grad vi legg til rette for meistring av denne typen i behandlinga vi gjer pasientane våre?

Eit anna omgrep som knyt aktivitet og identitet saman er «Occupational well-being». Christiansen & Townsend (2010) beskriver det som opplevinga av tilfredshet og mening på bakgrunn av måten vi har organisert våre aktive liv (occupational lives) med balanse mellom våre roller. I sin artikkel frå 2006 skriv mellom anna Christensen og Matuska:

From a social roles perspective, lifestyle balance would be achieved if all valued roles were fulfilled satisfactorily. On the other hand, role stress occurs when there is an inability to meet the requirements of one's roles (role strain)... Consequently, it is not surprising that research has shown that participation in valued roles is related to life satisfaction and measures of well-being
- Christiansen & Matuska 2006 s 52.

Praksisstaden og deltakarane

I min kvardag som behandlar møtar eg spesielt menneske som slit med angst og depresjonar.

Menneske som opplever å bli deprimerte eller utviklar ei angstliding opplever ofte ein negativ trend der ein ikkje lengre meistrar kvardagen, greier kanskje ikkje gå på jobb, orkar ikkje hjelpe borna med leksene osv. (Beck et al., 1969). Det meste vi tar for gitt i kvardagen kan for nokre plutsleg kjennast som umogelege oppgåver. Bare det å stelle seg kan bli vanskeleg for ein alvorleg deprimert person. Det å hente posten kan framstå som ei livstrugande oppgåve for nokon med sterk angst. Det som kan synast som ein fellestrekk for desse pasientgruppene er låg motivasjon for deltaking, ofte på bakgrunn av eit tap av sjølvvillitt og manglande håp om tilfredstilte eigne og andres krav i dei råka aktivitetane og rollene (Beck et al., 1969). Mi erfaring er at det å ta opp att gamle aktivitetar ofte er forbunden med frykt for å få bekrefta at ein ikkje lengre meistrar desse. I depresjonens natur ligg ein tendens til å generalisere, overdrive negative hendingar i ein gitt aktivitet (Beck, 1995). Når dette kombinerast med eit diskriminerande fokus på informasjon som bekreftar nederlaga i kombinasjon med «vissheten» om at ein kjem til å mislukkast, kan det å ta opp att aktivitetar som tidlegare har gitt mykje meistring, glede og anerkjenning vera eit sjansespel for einskilde. Ei anna



Aktiviteten sitt rom for gradering skapar ein ideell situasjon for instruktøren med tanke på å skape rom for meistring.

«sanning» er at om aktiviteten som tilbys ligg for langt unna individet, eller han eller ho ikkje ynksjer å identifisere seg med aktiviteten, ligg det heller ikkje til rette for meningsfylt deltaking. Menneske med ein depresjon vegrar seg ofte for å delta på aktivitetar, også i den sosiale sfære (Beck et al., 1969, Estroff et al., 2004). Som ein tidlegare utadvent deltakar sa: «Eg tør ikkje gå på byen lengre; alle spør jo om kva ein driv med. Kva skal eg svare då? Eg er innlagt og eg gjer ingenting.» Som ei følgje av dette

faglig

opplever mange ein sjølvpålagt sosial isolasjon. Dette fører i sin tur til manglande arenaer som kan stimulere til sosial samhandling (Estroff et al., 2004)

Ei problemstilling vert løyst

Ei negativ endring av identitet, roller og sjølvtilitt innverkar på aktivitetsvala vi gjer (Beck et al., 1969). Aktivitetsutførelsen i dei enkelte aktivitetane endrar seg òg, noko som igjen gjev endring eller tap av meningsfylte, sosiale roller, og som ein naturleg konsekvens av dette kan fråvær av aktivitetmessig velvære og redusert sosial samhandling oppstå. Dette påverkar igjen roller, sjølvtilitt og etter kvart sjølvbilete i ein negativ interaksjon (Beck et al., 1969). Det å komme inn og bryte denne negative interaksjonen kan seiest å vera målet for den behandlinga vi gir i dagavdelingen gjennom kognitiv terapi i samtalegrupper, fysisk aktivitet og aktivitetsutprøving. Gjennom denne behandlinga forsøker vi å skape varig endring i kvardagen og ei gjenopptaking av tapte aktivitetar og meningsfylte roller.

Utfordringa vi såg kunne løysast gjennom klatring var det å finne aktivitetar innanfor rammene vi har i vår praksis som kan gi ei oppleving av mening, meistring og anerkjenning. På sikt kan klatringa vera ein arena for å skape positiv samhandling og interaksjon mellom deltakar og omgivnad, der deltakar innehar ekspert-rolla i aktiviteten (Estroff, Penn & Toporek, 2004) Ein annan viktig faktor var at aktiviteten ikkje skulle assosierast med det å vera pasient. Ideelt sett tvert imot. Tanken er at det ikkje primært er snakk om behandling, men eit tilbod som er tilgjengeleg for alle i samfunnet uavhenging av rett til behandling. Deltakarane skulle rekruterast ut frå lysten til å delta og ikkje ut frå det tradisjonelle «behov/ rett til naudsynt helsehjelp». I dette ligg mykje av styrken til konseptet, slik vi ser det. Aktiviteten er valgt ut frå ein indre motivasjon om å prøve ut aktiviteten.

Kvifor klatring?

I tillegg til ynsket om- og at ressursar og kunnskapen til å starte eit slikt kurs var tilstades, er det fleire faktorar som gjer aktiviteten egna med tanke på formålet. Dei fleste har ei formeining om aktivitetsformen, men då trekkes ofte høge fjell og risiko inn. Den vanlegaste beskrivelsen av «ein klatrar» er ein ung, uredd mann eller kvinne, som tar kaldt kalkulerte sjansar i bratte fjellveggar. Denne beskrivinga er kanskje på motsatt ende av skalaen for «psykiatrisk pasient»? Dette er og i seg sjølv eit viktig poeng. At det er ein ny aktivitet fjernar faren for at eventuell meistring vert overskygga av opplevinga av å ikkje få det til like godt som tidlegare jamfør avsnittet om depresjon ovanføre. Aktiviteten sitt rom for gradering skapar ein ideell situasjon for instruktøren med tanke på å skape rom for meistring. Kurset fokuserer ikkje på kor flink ein er til å klatre, men på at deltakaren skal lære seg å ta seg av andre på ein trygg måte som sikkerheitsansvarleg i eit taulag. Deltakarane får ansvaret for kvarandre sin tryggleik i rammer som skal skape tryggleik og kjensle av meistring. Ein lærar seg konsekvensen av å falle ukontrollert, men fokuset er på korleis dette skal forhindrast.

Fig 1. Progresjon for sikraren

1. Deltakar sikrar medan instruktør held i tauet saman med deltakar.
2. Deltakar sikrar medan instruktør står ved sidan av og er klar til å gripe inn ved behov.
3. Deltakar sikrar sjølvstendig, men instruktør ser over utstyr før klatrar forlet bakken, kursleiar er i nærleiken og er tilgjengeleg for å hjelpe på sekunders varsel.
4. Kursdeltakar har alt ansvar for sikring sjølv.
5. Kursdeltakar har ansvar og tar imot kursleiar når han fell (kontrollert) tre gonger.
6. Kursdeltakar har ansvar for sikkerhet til seg sjølv og ein person som aldri før har prøvd seg som klatrar – deltakaren inntar ekspert/instruktør- rolla.

Gjennomføring

Aktivitetens form og tilpassning til deltakarane: I aktivitetsforma til klatrekurset er reglar og normer frå klatremiljøet satt i system. Det er norges klatreforbund (NKF) som har utarbeida retningslinjene for kurset, som tar sikte på å lære deltakarane å klatre på ein trygg måte, med eit overordna fokus på handverket kring sikringa av klatraren (Andersen 2002). Det vi har gjort er å tilpasse NKF sin mal til våre deltakarar sine særskilte behov ut frå diagnose og fungering gjennom funksjonsvurdering og aktivitetsanalyse/ analyse av aktivitetsforma (Nelson, 1988, Townsend & Polatajko 2007, Kielhofner 2007). På bakgrunn av dette vart målsettinga å tilpassa kurset slik at vi på ein best mogleg måte kan forsøke å treffe dei mål vi har satt for deltaking; samhandling, meistring og occupational well-being. I praksis betydde dette å gjennomføre kurset over ni dagar i staden for to og over 18 timar i staden for 12.

Rammer for tilbodet og begrunning for val: Klatrekursets rammer, slik NKF har definert det, er ti timar fordelt på to dagar, med to timar oppfølging (Andersen, 2002). Sidan fokuset på vårt kurs var meistring og samhandling som eit ledd på vegen til occupational well-being, og våre deltakarar har redusert evne til konsentrasjon, valte vi å endre på rammene. Vi satt av åtte fredagar, med to timar kvar økt. Dette gir ein total på 16 timar, som igjen gir meir tid til samhandling innad i kurset, fleire dagar å møtast og fleire gonger ein kan fortelje omgivnaden om erfaringar og opplevingar. Dei utvida tidsrammene gav oss i tillegg mogleheitene høve til å utvide kurspakken med ein modul frå instruktørkurset i tillegg til dei vanlege to introduksjonsmodulane. Desse to timane har fokus på samhandling og omhandlar korleis instruktøren skal gå fram for å gi nye deltakarar ei positiv oppleving i det første møtet med aktiviteten. Korleis skal man presentere utstyret, er det noko ein bør tenke på før og undervegs i klatringa? Kva kan man seie viss born blir redde oppe i veggen? Enkle teknikkar som gir deltakarane ein fordel under samhandling i aktiviteten og som gir trygghet i ekspertrolla, noko som er grunnleggande når deltakaren skal instruere familie og vener. Det neste trekket vi gjorde var å legge dei to obligatoriske oppfølgingsstimane til ein annan klatrevegg og på

kveldstid, slik at deltakarane fekk prøvd ut korleis det var andre stadar enn i dei vante rammene og omgivnaden. Her var det, viss dei ynskte det, mogleg høve for dei å ta med seg nokon. På denne måten får dei introdusere aktiviteten for andre, dei får delta i aktiviteten som «ekspert» og samstundes har dei framleis moglegheita høve til å benytte seg av instruktøren som er til stades. Vi tar såleis aktiviteten ut av praksis-rammene og inn i deltakaren si samfunnsmessige ramme, jamfør «The Canadian Practice Process Framework.» (Townsend & Polatajko 2007). Eit godt eksempel frå denne delen av kurset er samhandlinga mellom far og dotter: Dottera fekk oppleve far sin på ein heilt ny arena, som står i sterk kontrast til besøk på døgnposten. Dei delte ei positiv aktivitetsoppleving saman som det er lettare å fortelje om på skulen, om ho ynskjer det. Dette var viktig for deltakaren og målet for deltakinga hans på kurset. Han ville vera meir som ein pappa for borna sine, noko han seinare fortalte at han opplevde på denne arenaen.

Praktisk gjennomføring

I aktiviteten klatring går ein saman to personar og det skal vera ein felles forståing mellom desse to (taulaget) at ein har ansvar for kvarandre. Konsekvensen av å bytte reglane ein lærar på kurset kan vera at ein av dei fell ned, noko som i sin tur kan medføre alvorleg skade og død. Dette er eit ansvar begge skal vera klar over og dei skal handle deretter. Difor startar ein alltid med å undersøke at partneren har gjort alt rett med tanke på utstyret som skal nyttast, såkalla «kameratsjekk». Her ser ein korleis ansvar eksplisitt blir lagt på deltakaren i ein konkret form som det er enkelt å handtere. I dette ligg og ei side av aktiviteten sin styrke jamfør samhandling. Struktur og rammer for samhandling gis av aktivitetens form.

Etter kameratsjekk kan klatringa byrja og målet for dei som klatrar kan grovt delast i to; den som sikrar skal sjå til at klatraren til ei kvar tid er trygg. Klatraren skal på si side komme så høgt opp i veggjen som mogeleg, helst til toppen av veggjen, eventuelt høgare enn førre gong. Etter denne todelinga er det særskilte reglar og graderingar for desse to underkategoriane. Det er ut i frå desse to retningane progresjon og gradering blir gjort på kurset. Vi har nytta Vygotsky (Bernstein m.fl., 2000, Estroff m.fl., 2004) og den næraste utviklingssona som gir eit tankeverktøy for gradering, i den daglege progresjonen som skal ivareta sikkerheit og styre avgjeringar for instruktøren. At deltakarane opplever meistring gjennom gradert tilnærming til aktiviteten er og ein av hovudføresetnadane i utarbeidinga av kurset. Sjå figur 1 for eit eksempel på ein slik gradering. Dette eksempelet er henta frå sikraren og kan nyttast som eit forenkla eksempel på korleis ein endrar deler av aktivitetsforma ut frå deltakarane sine ferdigheiter for å gi progresjon og å prøve å halde aktiviteten i den næraste utviklingssonen for å oppnå meistring og optimal læring gjennom fleire fasar på vegen frå heilt fersk til nybyrjar.

Å identifisera seg med aktiviteten

Ein annan av dimensjonane i aktivitetesforma til klatring, som Nelson definerar som *den kulturelle dimensjonen*

(Nelson, 1988), kan synast å samanfalle med det eit anna studie på sportsaktivitetar trekk fram som interessant (Carin- Levy & Jones, 2006).

Den kulturelle dimensjonen til klatring i den vestlege delen av verda og då med forteiknet «fjell»-klatring er assosiert med ungdom, kraft, styrke og mot. Enkelte vil til og med seie dårskap og beskrive aktørar innan sporten som «sensation-seekers». Historisk har samfunnet sett på aktiviteten som noko eit lite utval med godt trenna menn og kvinner driv med. Gail Carin- Levy og Derek Jones omtalar eit liknande kulturelt syn innan sporten dykking (Carin- Levy & Jones, 2006). Det å kunne assosiere seg med desse verdiane eller eigenskapane hadde innverknad på korleis menneske med fysisk funksjonsnedsetting såg på seg sjølve og dermed deira sjølvbilete og oppleving av meistring internt i aktiviteten men og overført til roller i kvardagen (Carin-Levy & Jones, 2006). Det er såpass mange likskapar mellom desse to gruppene og aktivitetane at eg dristar meg til å antyde ein liknande effekt kan oppnåast gjennom deltaking på eit klatrekurs. Dette har vi i tillegg observert og fått tilbakemelding på frå deltakarar på kurset.

Ansvarleggjøring i ein kvardag med lite ansvar

Kurset har som tidlegare nemnt fokus på sikkerheit og deltakraren får tidleg ansvar for kvarandre i eit såkalla taulag og dei må vise kvarandre tillitt. Dei to som klatrar får etter som dei utviklar seg meir ansvar for kvarandre. Dette ansvaret er uttalt på ein heilt anna måte enn det som er vanleg elles i samfunnet, ikkje minst som pasient ved ei døgnavdeling. Det å bli gitt ansvar er ein annan faktor som trekkast fram i samtaler. Fleire gonger har deltakarane sikra kvarandre når den eine fell. Konsekvensen viss dei ikkje hadde tatt i mot, ville vært at klatraren hadde falt i bakken frå 10-15 meter. På denne måten får sikrar umiddelbart respons på eiga meistring, og han har ansvar for å spørje korleis det har gått med klatraren, noko som skapar enno ein situasjon der ein får anerkjenning. Dette er kanskje plassen å presisere at det ikkje er tungt eller vanskeleg å sikre, men det krev at ein lærar seg spesifikke teknikkar som må sitte og at man er merksam undervegs. Det er som å halde hendene på rattet og følgje med på vegen når ein køyrer bil. Det å bli gitt ansvar og tillitt for så å mestre dette, er viktig for sjølvbilete og personleg vekst (Christiansen & Townsend, 2010, Townsend & Polatajko, 2007, Carin- Levy & Jones, 2006)

Drøfting

Som det framgjekk av bakgrunnen for artikkelen vart ikkje klatrekurset mottatt med stormande jubel frå praksisfeltet. Alle partane medgjekk at det var eit spanande tilbod og at det nok ville vera meningsfylt og at det ville treffe fleire som vi i dag ikkje har noko aktivitetstilbod for, men er det rett å legge det til spesialisthelsetenesta? Som Christiansen og Matuska (2006) peikar på er tapet av meningsfylte roller ein viktig prediktor for sjukdom og redusert livskvalitet. Kva som kjem først er ein annan diskusjon, men at det er ein viktig del av behandlinga å gjenopppta meningsfylte aktivitetar står sentralt i fleire leirar (Beck m.fl.



Som ein pasient sa det: «Det er litt meir stas å kunne fortelle at mor deira har klatra 15 meter opp ein klatrevegg og når dei skal få lov til å vera med, enn å snakke om rutinene når eg var innlagt!» (illustrasjonsfoto)

1969). Estroff m. fl (2004) trekk fram stigmaet ved å bli identifisert/ identifisera seg med rolla som psykisk sjuk som det vanskelegaste å bera for våre pasientar. Som eg var inne på i innleiinga er det sentrale i denne rolla tap av identitet som kompetent og verdifull, og fråvær av meistring og deltaking i aktivitetar innanfor alle arenaer; arbeid, fridtid og eigenomsorg. Sentalt i ergoterapien er at aktivitet er med å skape sosiale roller og at gjennom å mestre sentrale aktivitetar i våre sosiale roller får vi bekrefte vår identitet som kompetente og verdifull individ (Townsend & Polatajko 2007, Christensen & Townsend 2010). Det er då mitt syn at menneske som treng denne bekreftinga blir gitt høve til å delta i slike aktivitetar, og i dette tilfellet er det menneske med psykiske lidingar og aktiviteten er eit klatrekurs. Vidare er det eit fokus frå pasientane på det å kunne delta i ein aktivitet som gjev dei oppleving av meistring der og då, høve til å ta med familie og andre, og ikkje

minst fortelle om aktiviteten til familien og vener når dei kjem heim. Her er enno eit viktig punkt for samhandling. I samhandling med menneska kring oss handlar mykje om aktivitetar i kvardagen. Som ein pasient sa det: «Det er litt meir stas å kunne fortelle at mor deira har klatra 15 meter opp ein klatrevegg og når dei skal få lov til å vera med, enn å snakke om rutinene når eg var innlagt!». Spørsmålet om klatrekurset høyrer heime på spesialisthelse-nivå eller ikkje er for meg todelt: Slik som det framgår av DPS-rettleiaren, med fokus på lidelsesspesifikk behandling med dokumentert effekt er svaret eit enkelt «nei». Som eit tilbod som plasserar pasienten på ein arena som er langt vekk frå den stigmatiserte kvardagen ved eit psykiatrisk sjukehus, der lyst til å delta er viktigare enn behovet for hjelp og rolla som likeverdig deltakar er sentral, då gir kanskje ikkje svaret seg så umiddelbart likevel? Hadde tilbodet vært lagt til 1.linjen, trur eg vi hadde mista kontakten mellom kurset og primærbehandlinga - ein kontakt som har vært positiv både for å utforske meistringskjensler og målsetningar hjå deltakarane. Eit konkret eksempel er dei gongene då klatringa vart ein arena som bana veg for nye steg i for eksempel angstbehandling. Vi meiner såleis at utbyttet av dei to tilboda vart betre fordi dei spela på kvarandre, enn om dei hadde vore gitt kvar for seg.

Meistring, samhandling og occupational well-being er omgrepa artikkelen vart introdusert med. Gjennom artikkelen har eg presentert eksempler og begrunna val vi har gjort for å legge til rette for å oppleve meistring og samhandling, samt kvifor klatring kan vera ein aktivitet som er særskilt egna til formålet. Gjennom aktivitetsanalyse av aktivitetsformen og den innverkinga den og kunnskapen om deltakarane har hatt på utforminga av kurset meiner vi å ha skapa ein aktivitetsarena som kan gi deltakaren ei tydeleg meistringskjensle. At det ligg tilrette for samhandling mellom aktørane, entan deltakarane seg imellom eller mellom deltakar og familie/ vener, er òg tydeleggjort gjennom artikkelen. Dei grepa vi har gjort for å forsterke desse gjennom rammene er òg presentert tidlegare. Det som eg ynskjer å drøfta her er «occupational well-being». Som det presiserast i Townsend og Polatajko (2007) er dette ein tilstand skapt av balansen mellom alle våre aktivitetar og roller. Det trekkes òg fram den sentrale rolla som arbeid har i dei undersøkelane som har fokusert på balanse mellom roller og på aktivitetsmessig velvære (Christiansen & Townsend, 2010). Christiansen og Matuska (2006) trekk fram behovet for balanse mellom alle våre verdsatte roller for at tilstanden skal vera nådd. Andre stader i litteraturen såast det tvil om det er mogleg å oppnå occupational well-being (Christiansen & Townsend, 2010, Beatty & Torbert, 2003). Det er såleis bare å innsjå at ei svale ikkje gjer ein sumar og klatring åleine ikkje skapar balanse i folk sine liv. Men eg trur det er eit men: Målet som pasient og deltakar har om å vinna attende sine aktive liv er ofte ein lang prosess, som vi samarbeidar om å fullføre. Vi har rammer som begrensar oss; tid og økonomi, og sjølv om det å komme attende i arbeid er siktemålet for dei fleste er dei ikkje klar for det når dei er hjå oss. Dei har behov for å stable den grunnleggande kvardagen på beina og dei grunnleggande rollene. Entan det er rolla som

far eller mor, eller som sjølvstendig menneske. På denne vegen treng vi mange aktivitetar. ADL er heilt grunnleggande og viktigheta kan ikkje understrekast nok, men i påvente av å kunne arbeide treng ein noko å fylle dagane med som gir mening og glede: Fritidsaktivitetar fyller dette behovet hjå mange og eg har tatt utgangspunkt i ein slik aktivitet. Det er her klatringa kan spele ei rolle for nokre. Å meistre ein aktivitet som kulturelt er sett på som krevjande og som har høg sosial status er med på å skape ei von om å meistre framtidige aktivitetsutfordringar, som arbeid. Gjennom to år med planlegging, pilotgruppe, evaluering og re-evaluering av innhaldet og av dei tilpassingane som er presentert her, har vi laga ein manual som vi går fagleg god for (Johansen, 2008). Klatring er ikkje for alle, men for dei som er intressert er det ein aktivitet med eit hav av moglegheiter til meistring, samhandling og kanskje, på sikt, kan klatringa for nokon vera ein del av vegen mot occupational well-being. □

Kjelder

- Andersen G (2002) Kursmal - Grunnkurs i innendørs klatring for trenere http://klatring.webscape.no/default.asp?V_DOC_ID=932 20.09.2010
- Beck A.T, Rush J. A., Shaw B. F., & Emery G.(1969) *Cognitive therapy of depression*. New York, The Guilford press
- Beck, J.S (1995) *Cognitive therapy – Basics and Beyond*. USA, New York, The Guilford press
- Bernstein, D.A., Clarck- Stewart, A., Penner L.A., Roy E.J., Wickens C.D. (2000) *Psychology Fifth edition*. USA; Boston, Houghton Mifflin company
- Carin- Levy, G. & Jones, D (2006) Psychosocial aspects of scuba diving for people with physical disabilities: An occupational science perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 1 (74) 6-14
- Christiansen C. & Matuska K. (2006) Lifestyle Balance: A Review of Concepts and Research. *Journal of Occupational Science*, 13, (1), 49-61.
- Estroff, S.E, Penn, D.L, & Toporek, J.R (2004) From stigma to discrimination: An analyses of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (3):493-509
- Kielhofner, G (2007) *Model Of Human Occupation, Theory and Application*. USA Lippincott Williams And Wilkins
- Nelson, D.L (1988) Occupation: Form and performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 42 (10), 633-641
- Norges Klatreforbund Forbund (årstall). Kursmal for Innføringskurs i klatring <http://www.klatring.no/LinkClick.aspx?fileticket=dHYgHNbvivk=&tabid=5420> Nedlastet dato
- Sosial- og helsedirektoratet Avd. psykisk helse (2009) Distriktspsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Norge, Helsedirektoratet
- Schuring M., Burdorf A., Voorham A.J., der Weduwe K., Mackenbach JP (2009) Effectiveness of a health promotion programme for long-term unemployed subjects with health problems: a randomised controlled trial. *Journal of Epidemiol Community Health*. 63(11),893-899.
- Townsend, E. & Polatajko, H (2007) *Enabling occupation II – Advancing an occupational therapy vision for health, Well-being, And Justice through occupation*. Ottawa, Ontario; CAOT publication ACE
- Yerxa, E.J (2002) Habits in context: A synthesis, with implication for research in occupational science. *OTJR: Occupation, Participation and Health*; 22, 104-110