

BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISK POLIKLINIKK (BUP)

Ergoterapeuters arbeid med barn og unges psykiske helse

Av Line Ryen Svee og Tone Torgersen



Line Ryen Svee er klinisk spesialergoterapeut og spesialist i barn og unges psykiske helse. Hun arbeider som behandler ved BUP Poliklinikk, Tynset, Sykehuset Innlandet. E-post: Line.ryen.svee@sykehuset-innlandet.no.



Tone Torgersen er ergoterapispesialist i psykisk helse og har Master i psykisk helsearbeid. Hun arbeider som fagleder for Kompetansetjenesten for pasient- og pårørendeopplæring, Sykehuset Innlandet

Abstrakt

Artikkelen er et samarbeid mellom artikkelforfatterne med bakgrunn i en veiledningsprosess. Tone Torgersen, som er ergoterapispesialist i psykisk helse og har erfaring med å jobbe som ergoterapeut ved BUP akutt, ble forespurt om å være veileder for Line Ryen Svee i forbindelse med spesialistprogrammet til Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP).

I denne prosessen så vi på ergoterapeutens bidrag inn i helsevern for barn og unge. Det er få ergoterapeuter som jobber i dette fagfeltet, men vår erfaring er at ergoterapeutkompetansen er høyst relevant og et viktig bidrag inn i det tverrfaglige samarbeidet ved BUP.

Nøkkelord: barn og unge, psykisk helse, aktivitetsanalyse, EVA

Det er ingen interessekonflikter knyttet til artikkelen.

Innledning

En rekke overordnede føringer fra helsemyndighetene understreker viktigheten av aktivitetsdeltakelse, og å være et aktivt og produktivt medlem av samfunnet (Regjeringen, 2016; Helsedirektoratet, 2021; Meld. St. 18 (2020–2021)). Dette er kjernen i ergoterapeuters kompetanse. Vårt utgangspunkt for å skrive denne artikkelen er basert på vår erfaring som ergoterapeuter ved poliklinikk og døgninstitusjon i Barne- og ungdomspsykiatri (BUP). BUP skal gi et utrednings- og behandlingstilbud til barn og unge i alderen 0 til 18 år, hvor det er mistanke om eller påvist psykiske lidelser. Målet er at tilbudet skal bidra til økt livskvalitet og mestring. Enhetene samarbeider med barnets/ungdommens foresatte og familie, kommunale tjenester og andre etater.

BUP er et ledd i spesialisthelsetjenesten, og henvisninger må komme fra fastlege, annen lege, psykolog eller barneverntjenesten. Eksempler på vansker som følges opp ved BUP er emosjonelle vansker som angst og depresjon, utviklingsforstyrrelser som autismespektervansker og ADHD, rusproblemer, spiseforstyrrelser, traumer og personlighetsforstyrrelser. Ofte er barn og unge symptombærere av psykososiale vansker, slik som mobbing, foreldrekonflikt, omsorgssvikt eller samspillsvansker i familien. Ved BUP arbeider vanligvis ulike yrkesgrupper som psykologer, leger, pedagoger, sykepleiere, barnevernspedagoger og sosionomer. De fleste har en spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri. Som ergoterapeuter i BUP har vi opplevd oss som en noe mer «sjelden rase». Dette synes vi er synd, da vi tenker vi har mye å bidra med innenfor dette feltet. Vi vil i det følgende se på hvilke overordnede føringer helsemyndighetene setter for arbeidet med barn og unges psykiske helse, og på bakgrunn av et praksiseksempel drøfte hvordan ergoterapi har sin plass i dette feltet.

Overordnede føringer

Regjeringens strategi for realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte, er nedfelt i *Nasjonal helse- og sykehusplan* (Regjeringen, 2016). Å gi gode og sammenhengende helse- og omsorgstjenester er et felles ansvar for helseforetak og kommuner. I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (NHSP)* er dette noe av det som legges til grunn for å opprette 19 helsefellesskap, bestående av helseforetak og kommunene i det aktuelle opptaksområdet. Helsefellesskapene skal være en samarbeidsarena mellom helseforetak og omliggen-

de kommuner, hvor eksisterende samhandling skal videreutvikles. Tjenestene innenfor respektive helseforetak, skal utvikles i samarbeid mellom de aktuelle partene fra helseforetak, kommuner, fastleger og brukere. De prioriterte gruppene som det særlig skal samarbeides om gode tjenester for, er barn og unge, pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rus, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre (Helsedirektoratet, u.å.).

Norsk Ergoterapeutforbund er også opptatt av bærekraftige helse- og velferdstjenester og vil sikre at morgendagens utfordringer blir møtt med en ressursutløsende og samfunnsøkonomisk tilnærming, gjennom fokus på personers rett til aktivitet og deltakelse (ergoterapeutene.org). En bærekraftig helsetjeneste er et overordnet mål, som begrenses av de ressursrammene samfunnet kan stille til rådighet over tid, og det er en erkjennelse at arbeidskraft vil være en framtidig knapphetsressurs. Det er derfor essensielt at framtidens helsetjeneste jobber effektivt ved at vi utnytter både teknologiske muligheter og de ansattes kompetanse på best mulig måte (Regjeringen, 2016).

Regional Utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst RHF erkjenner utfordringer knyttet til riktig og tilstrekkelig kompetanse i helsetjenesten, samt hensiktsmessig bruk av den kompetansen tilgjengelige fagfolk innehar (Helsesorost, u.å.). Samtidig poengterer NHSP at dersom vi skal imøtekomme framtidens krav til helsetjenestene, er det behov for økt kompetanse og utdanningskapasitet blant sykepleiere (Regjeringen, 2016).

I Stortingsmelding nummer 18 (2020-2021): Oppleve, skape, dele – Kunst og kultur for, med og av barn og unge, framheves det blant annet at deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter er en viktig kilde til fellesskap, identitet og mestring for barn og ungdom er (Regjeringen, 2016; Jacobsen, Andersen, Nordø, Sletten og Arnesen, 2021). Norsk Ergoterapeutforbund støtter dette, og mener dessuten at helse er relatert til aktivitet og deltakelse, og at helsen påvirkes og skapes i samspill mellom person, aktivitet og omgivelser (Ergoterapeutene, 2017).

Fritidserklæringen (Regjeringen, 2016) bygger på artikkel 31 i FN's barnekonvensjon, som understreker barns rett til fritid og lek og til deltakelse i kunst og kulturliv. Erklæringen er signert av Regjeringen, Kommunesektorens organisasjon (KS), og en rekke frivillige organisasjoner, hvilket innebærer partenes anerkjennelse av barnets rett til hvile og fritid samt til å delta i alderstilpasset lek og aktivitet. Signerin-

gen er også en forpliktelse til å fremme tilgjengelighet, rett til deltakelse og inkludering i fellesskapet for slik å oppleve tilhørighet og mestring, hvilket også danner noe av grunnlaget for ergoterapeuters kjernekompetanse (Ergoterapeutene, 2017; Regjeringen, 2016). Meld. St. 18 (2020–2021) setter likhetstegn mellom kulturell deltakelse og livskvalitet, menneskelig vekst, danning, utdanning, tilhørighet og identitet. NOVA-rapport 2/21 bekrefter at deltakelse på fritidsarenaen, kombinert med en kultur for deltakelse for alle, er en av de mest sentrale arenaene for sosialt samvær med jevnaldrende (NOVA-rapport 2/21).

I *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* beskrives hva som forventes av kompetanseprofilen i BUP. Veilederen definerer kompetanse som «det sett av kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er relevant og nødvendig i utrednings- og behandlingsarbeidet, i det interne samarbeidet på poliklinikken og i samarbeidet med andre tjenester» (Helsedirektoratet, 2008).

Gangen i et pasientforløp ved BUP

Det ovennevnte legger føringer for hvordan et behandlingsforløp i BUP skal foregå. Vi vil i det følgende vise hvordan man kan benytte ergoterapeutisk intervensjon for å imøtekomme disse føringene.

PAKKEFORLØP

Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge ble publisert og implementert i 2018. Pakkeforløp beskriver hva som er forventet gjennomført i løpet av oppfølgingen, og innenfor hvilke tidsrammer de ulike intervensjonene skal gjennomføres. Henvisning til psykisk helsevern forutsetter ett eller flere tegn på alvorlig psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2018). Pakkeforløpet er basert på nasjonale faglige retningslinjer, alternativt på best tilgjengelig kunnskap der retningslinjer mangler. Det beskriver hvordan utredning, behandling og oppfølging skal organiseres, kommunikasjon med pasient og pårørende, ansvarsfordeling og tidsfrister for de ulike komponentene i forløpet (Helsedirektoratet, 2019). Dersom det er behov for øyeblikkelig hjelp, noe som vanligvis innebærer risiko for selvmord, pågående voldsutsatthet eller voldsutøvelse, skal barnet henvises direkte til akutt-tilbudet i BUP (Helsedirektoratet, 2018).

De ulike poliklinikkene organiseres noe ulikt, og størrelsen og den tverrfaglige sammensetningen på de ulike poliklinikkene er også svært forskjellige.

Større poliklinikker er gjerne organisert i ulike team, med spisskompetanse på spesifikke fagområder eller aldersgrupper. Mindre poliklinikker består av generalistteam som kan litt om mye. Pasienten har gjerne en hovedbehandler som er den de i hovedsak forholder seg til. Andre medarbeidere trekkes inn ved behov, og diagnoser og behandling drøftes i tverrfaglige team. Tilsvarende forskjeller finner man også innenfor ulike BUP døgnenheter.

UTREDNING

I praksis innebærer pakkeforløp blant annet at når det henviste barnet kommer til BUP er de første seks ukene satt av til basisutredning. Basiskartleggingen er en grovkartlegging av ressurser, symptomer og funksjon. Hovedfokus er på barnets/ungdommens egne vansker/forstyrrelser og livssituasjon (eksempelvis stress, belastninger i eller omkring familien og omsorgsgiver). Basisutredningen skal gi grunnlag og retning/hypoteser for eventuell spesifikk utredning og differensialdiagnostisk. Etter endt basisutredning skal det tas en klinisk beslutning om behov for videre tiltak. Dette skal gjøres i samarbeid med pasient/familie og drøftes gjerne i tverrfaglig team. Spesialist i psykiatri/psykologi skal delta i drøftingen. Det tas en klinisk beslutning om det:

- er behov for behandling innen psykisk helsevern
- er behov for behandling og oppfølging fra annen instans enn psykisk helsevern
- ikke er behov for videre oppfølging
- er behov for utvidet utredning innen psykisk helsevern

Erfaring viser at man gjerne trenger mer enn seks uker på en tilstrekkelig utredning, og man tar da en utvidet utredning som gir rom for ytterligere seks ukers utredning. Utredning skjer via samtaler med barnet og familien, ved utfylling av kartleggings-skjema, bruk av semistrukturerte intervjuer, innhenting av komparentoppysninger (eksempelvis skole/barnehage, PPT, helsesykepleier, barnevern), ulike tester og gjennom observasjon. Sistnevnte kan skje på barnets arenaer i hjemmet, skole, eller i aktivitet på BUP.

Rammene og føringene for arbeidet ved BUP er gitt, men det er til en viss grad opp til den enkelte behandler å vurdere i samarbeid med pasient og familie hvordan man gjennomfører utredningen. Det foreligger noen yrkesspesifikke utredningsmomenter, eksemplvis legeundersøkelse. I tillegg er det pedagoger og psykologer som utfører en del av

testbatteriet som gjennomføres blant annet ved mistanke om nevroutviklingsforstyrrelser som ADHD. Da det sjelden er ansatt ergoterapeuter ved poliklinikkene, er det også ytterst sjeldent det knyttes spesifikke utredningsoppgaver til ergoterapeuten.

Vår erfaring er at vi tar med oss «det ergoterapeutfaglige» inn i vår terapeutiske prosess. I veilederen for BUP beskrives det at utredningen i tillegg til psykologiske, medisinske, pedagogiske og psykososiale forhold, må dekke døgnrytme, kostvaner og fysisk aktivitet og munne ut i en konkret beskrivelse av vanskene man antar hindrer barnet/ungdommen og familien i deres hverdagsfungering. Dette mener vi treffer godt innen kjernekompetansen i ergoterapi. Gjennom vår kjennskap til aktivitetsvitenskap er vi opptatt av hvordan døgnet struktureres ved hjelp av aktivitet, hvordan fysisk aktivitet påvirker psykisk helse og betydningen av samhandling med omgivelsene gjennom aktivitet (Jahoda, 1981). Vi er opptatt av hvordan den psykiske helsen påvirker menneskets evne til aktivitetsutførelse og hvordan aktivitet også påvirker den psykiske helsen.

Aktivitetsanalyse, som vi kommer tilbake til med et eksempel, er et bidrag til utredning som er spesifikt for ergoterapeuten. Ut over dette påvirker også viten om aktivitet vår måte å stille spørsmål på, og hva vi er opptatt av i kartleggingen. I innledende samtaler med barn og unge og deres familier spørres det om vanskenes påvirkning på funksjon. Dette konkretiseres gjennom å ta utgangspunkt i aktivitet. Ergoterapeuten spør etter endringer i aktivitetsmønster og -utførelse, hva barnet har likt og liker å holde på med, hvor det opplever mestring og hva det skulle ønske å få til bedre. I ergoterapeuters kjernekompetanse inngår også omgivelser og omgivelsenes samspill med person og aktivitet. Tradisjonelt tenker man kanskje først og fremst på de fysiske omgivelsene, men omgivelser kan også handle om kulturell, holdningsmessig, institusjonell, digital og sosial kontekst (Ergoterapeutene, 2017). Alt dette er viktig å kartlegge når det gjelder barn og unge. Hvordan er de relasjonelle båndene hjemme, med venner og andre voksne på skolen? Hva er den sosioøkonomiske situasjonen til familien? Hvilke holdninger har omgivelsene til barnet? Hvordan ser de fysiske omgivelsene til et barn som strever med konsentrasjon ut?

POLIKLINISK BEHANDLING

Etter endt utredning i pakkeforløp går man videre til en behandlingsfase, hvor det også er rammer for

evalueringspunkter, først etter seks uker og videre hver tolvte uke. Dette nedfelles i behandlingsplanen sammen med behandlingsmål og øvrige rammer for behandlingen. Rammer for behandlingen kan eksempelvis innebære hvilken behandlingsmetode/-tilnærming som brukes, hyppighet på samtaler, forventet varighet på behandlingen, eventuelt rammer for samarbeid med andre involverte parter. For en behandler som har bakgrunn som ergoterapeut er det naturlig å samarbeide med pasient om målsettinger med utgangspunkt i aktiviteter som pasienten/familien ønsker å mestre på en mer tilfredsstillende måte. Dette erfarer vi også er til hjelp for å ha konkrete og evaluerbare mål.

I behandlingen er fokuset for en ergoterapeut på samspillet mellom personen, aktiviteten og omgivelsene. For eksempel kan depresjon hos en ungdom med manglende energi, initiativ samt nedstemthet, føre til isolasjon og tilbaketrekking. Dette medfører at ungdommen er mindre aktiv enn tidligere, deltar i liten grad på fritidsaktiviteter og har vansker med å møte på skolen. Med andre ord har den psykiske lidelsen påvirket evnen til å stå i aktiviteter som tidligere gav mening og mestring. På den andre siden er vi opptatt av hvordan isolasjon og tilbaketrekking opprettholder eller forverrer den depressive tilstanden, hvordan aktivitetsutførelsen påvirker den psykiske helsen. Manglende aktivitet og deltakelse vet vi fra aktivitetsvitenskap har en uheldig effekt på menneskets utvikling (Andersen, Lauritzen og Stockholm, 2020). Ergoterapeutens vei til endring går gjennom aktivitet, og sammen med ungdommen ser man på muligheter for å komme i gang med aktivitet for å kunne endre på den depressive tilstanden.

DØGNBEHANDLING

Av og til blir vanskene så store eller oppstår så akutt at de ikke kan dekkes av en poliklinisk oppfølging. Alternativet da er døgnbehandling. Døgnbehandling i BUP deles inn i akutt behandling, som skal dekke øyeblikkelig hjelp, og elektive innleggelse, som er planlagte innleggelse. De elektive plassene «eies» av poliklinikkene, slik at henvisningene går via poliklinikken, og poliklinikken er selv med på å drøfte hvem som har størst behov for døgninnleggelse. Det gjøres mye av de samme utredningene og kartleggingene i døgnavdeling som i poliklinikk, men observasjoner på døgninstitusjoner gir en god anledning for en bredere analyse av hverdagsaktiviteter (innenfor rammen av institusjonen), fordi det kan legges til rette for observasjoner gjennom hele

døgnet, og for observasjon over tid i sammenheng.

BUP Innlandet har i dag ingen stillinger for ergoterapeut innenfor noen av sine fem døgnenheter, men er absolutt en arena hvor ergoterapeuten kan bidra med både utredning og behandling på samme måte som beskrevet under punkt for poliklinisk utredning og behandling.

Eksempel på ferdighetsanalyse med utgangspunkt i EVA-skjema

Som ergoterapeuter i et fagfelt hvor det kan være lite kjennskap til vår kompetanse, tenker vi det kan være hensiktsmessig å bruke profesjonsspesifikke verktøy som kan bidra til å synliggjøre ergoterapeuters bidrag inn i det tverrfaglige arbeidet. Vi erfarer at EVA-skjema (Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system) kan være et verdifullt bidrag inn i utredning av barn og unge. I litteraturen som foreligger, tas det oftest utgangspunkt i funksjonsvansker som rammes i den eldre populasjonen, som ved slag og demens, når man skal eksemplifisere bruken av skjema. Det har vært noe utfordrende og overføre dette til utredning innenfor vansker som oppstår i spekteret av psykiske vansker for barn og unge. Ferdighetene som analyseres er likevel gyldige uansett alder og årsak til funksjonsnedsettelse.

EVA-skjema gir mulighet til å analysere og vurdere aktivitet og identifiserer faktorer som påvirker aktivitetsutførelsen, herunder fysiske, sosiale og kulturelle rammefaktorer, krav til personen som fysisk og psykisk kapasitet samt personlig motivasjon. I tillegg vurderes handlingssekvenser og ferdigheter som inngår i aktiviteten. Analyse av aktivitet er utgangspunktet for kartlegging og vurdering av personers prestasjon, kapasitet, ferdigheter og muligheter for å kunne utføre aktiviteter (Eillingham m.fl. 2015). EVA er til hjelp for systematisk aktivitetsobservasjon og vurdering og krever ingen sertifisering. Det er ulike skjema som kan velges og kombineres ut ifra analysens hensikt, og i utredning ved BUP er det ofte hensiktsmessig å gjennomføre en virksomhetsanalyse. Dette er en helhetlig analyse som omfatter alle deler av mennesket-aktivitet-omgivelse (MAO)-samspillet. Analyse foretas av ulike grunner, for eksempel i utredning rettet mot barnets evne til å håndtere en skolehverdag. I slike intervensjoner trenger man innsikt i barnets kapasitet til å møte skolehverdagens krav innenfor skolens fysiske og sosiale rammer. Det er tradisjon i det polikliniske arbeidet i BUP å benytte sko-

leobservasjoner som ledd i utredningen, spesielt der det framkommer vansker i skolehverdagen slik som for eksempel ved mistanke om utviklingsforstyrrelser (som ADHD, Tourettes syndrom eller autismespektervansker), psykososiale vansker eller angstproblematikk. For ergoterapeuter er virksomhetsanalyse, som eksempelvis EVA, et nyttig verktøy i så måte. Eleven observeres i aktivitet i samspill med sine omgivelser. Man ser på hvordan kontekst og de ytre rammene legger til rette for deltakelse og aktivitet

Alternativt kan en slik aktivitetsanalyse være aktuelt i et avgrenset formål, som for eksempel vurdering av et barns evne til å utføre aktiviteter som krever strukturering av aktiviteten. I slike tilfeller kan man for eksempel begrense utvalget til skjema som omhandler prosessferdigheter. En slik aktivitetsanalyse kan eksempelvis gjøres gjennom å spille et spill med barnet, sandkasselek på lekerommet, pusle puslespill, bake, tegne eller male. Aktiviteter kan også gjøres utenfor institusjon, som å gå på butikk eller kafé eller spille ballspill.

Et praksiseksempel

EVA består av ulike skjemaer som belyser og inngår i menneskers utførelse av aktivitet. Vi vil i det følgende ta for oss et eksempel på observasjon med utgangspunkt i tre EVA-skjemaer.

I eksempelet observeres Jonas på elleve år som er henvist BUP i forbindelse med mistanke om oppmerksomhetsforstyrrelser. I observasjonen brukes skjema for

- motoriske ferdigheter (ferdigheter knyttet til forflytting og bevegelse av seg selv og objekter under aktivitetsutførelsen),
- prosessferdigheter (ferdigheter knyttet til strukturering og styring av aktivitetsutførelse)
- kommunikasjons- interaksjonsferdigheter (ferdigheter knyttet til sosial omgang og samarbeid med andre mennesker).

AKTIVITET

Jonas observeres på BUPs aktivitetsrom. Der har han valgt å male et bilde på lerret. Det er en aktivitet han er kjent med fra tidligere. Rommet er også kjent fra tidligere besøk. Rommet er cirka seks kvadratmeter med to hyller med diverse kreativt utstyr, samt et skap og en vask. I hyllene er det også utstyr som ikke benyttes til maling. Det er kun ergoterapeuten og Jonas i rommet. Det er et vindu hvor man ser ut på en skog.

MOTORISKE FERDIGHETER

Pasienten er observert med fokus på kroppsholdning, mobilitet, koordinasjon, tilpasset kraft og utholdenhet

Jonas stabiliserer kroppen og har god balanse når han beveger seg rundt i rommet. Han strever noe med å plassere seg i forhold til gjenstander rommet, går på bordet ved to-tre anledninger når han skal hente utstyr fra hyllene. Han viser tilfredsstillende bruk av finmotorikk i maleaktivitet, men det kan virke som om han har noen utfordringer med å tilpasse kraft når han blant annet skal klemme ut maling fra tuber. Det er også vansker med å samordne bevegelser og ha flyt i bevegelsene. Dette kommer tydelig fram når han har funnet fram mye utstyr. Eksempelvis velter han et glass med vann og legger genserermet oppi maling. Han viser god energi igjennom aktiviteten og ingen tegn til utmattelse.

PROSESSFERDIGHETER


Pasienten er observert med fokus på oppmerksomhet, anvendelse/søk av kunnskap, organisering av tid, organisering av gjenstander/rom og avpassing.

Pasienten har et noe varierende tempo gjennom aktiviteten. Ved to tilfeller blir han avledet av at han observerer noe i rommet han vil undersøke nærmere, men klarer å vende tilbake til aktivitet på eget initiativ. Han anvender redskapene på en passende måte og stiller spørsmål når det er noe han lurer på. Han starter med aktiviteten uten å nøle, men starter opp før han har funnet fram alt aktuelt materiell. Etter hvert fyller han på med så mange gjenstander (ulik maling, limtuber, glitter, pensler) at det blir fullt på bordet, og tingene kommer i konflikt med hverandre, faller ned og velter. Vet ett tilfelle leter han etter en saks og leter på samme sted flere ganger. Han virker å lete uten klar søkestrategi. Selv om rommet er kjent fra tidligere aktivitet, ser det ut som om han strever med å finne fram. Han rydder opp etter seg, men glemmer hvor han fant en del av gjenstandene og spør ergoterapeuten.

KOMMUNIKASJONS- OG INTERAKSJONSFERDIGHETER

Pasienten er observert med fokus på bruk av kroppen, informasjonsutveksling og relasjoner

Pasienten bruker kroppen på en adekvat måte gjennom blant annet øyekontakt og gestikulasjon. Han søker aktivt informasjon når det er noe han lurer på og viser affekter som gjenspeiler hvordan han har det i situasjonen. Han gjør seg godt forstått



Analyse av motoriske ferdigheter anvendt i en aktivitet

Analyse av aktivitetsform Vurdering ut fra aktivitetsutførelse

Aktør: _____

Aktivitet og kontekst: _____

Dato: _____ Vurdert av: _____

Kroppens stilling

Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Stabiliserer		0 1
Retter seg opp		0 1
Posisjonerer		0 1

Få tak i og holde gjenstander

Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Når		0 1
Bøyer seg		0 1
Griper		0 1
Manipulerer		0 1
Koordinerer		0 1

Forflytte seg selv og gjenstander

Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Flytter		0 1
Løfter		0 1
Går		0 1
Transporterer		0 1
Kalibrerer		0 1
Beveger løvnt		0 1

Opprettholde utførelse

Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Holder ut		0 1
Holder tempo		0 1

Kommentarer/konklusjon

Gradering ved analyse av utførelse

0 | 1

Skjemaet baseres på felles terminologi for EVA, AMPS og OTIPM (Fisher og Martorella 2019)

EVA-skjema for motoriske ferdigheter.

med det han har å meddele, snakker mye av tiden, og er opptatt av å fortelle ergoterapeuten fra egen hverdag, samt gi umiddelbar respons på det han holder på med. I så måte viser han liten gjensidighet i samhandlingen.

VURDERING OG KONKLUSJON

Jonas viser aldersadekvat selvstendighet i aktiviteten. Observasjon av motoriske ferdigheter indikerer at han kan ha vansker med koordinasjon og romretning, samt noe reguleringsvansker når det gjelder kraft. Han viser også noe utfordringer knyttet til planlegging og organisering av aktiviteten. Han er noe impulsiv i sin stil og går løs på oppgaven før han rekker å tenke seg om. Oppmerksomhetsvansker kommer til uttrykk gjennom at han blir avledet av responsen han får på det han observerer, og at han glemmer hvor ting skal være. Når det gjelder kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter kan mangelen på gjensidighet omhandle alder/modenhet. Ut fra observasjonene kan forslag til tiltak/tilpasning være å trene på å planlegge aktiviteten før man starter opp, lage enkle handlingsoppskrifter, hjelp til organisering gjennom støtte og veiledning. Han framstår noe lett avledbar og vil kunne



En studie blant norske ungdommer konkluderer med at fysisk aktivitet, lavt forbruk av sosiale medier og gaming, sunt kosthold og sunne livsstilsvaner gir signifikant lavere forekomst av depresjonssymptomer.

nyttiggjøre seg å jobbe med oppgaver i noe skjermede omgivelser, spesielt med tanke på komplekse aktiviteter.

På tross av utfordringer kommer han seg igjennom aktiviteten på en tilfredsstillende måte. Han får malt et bilde han er godt fornøyd med. Hans styrke er blant annet at han aktivt stiller spørsmål når det er noe han lurer på, men søker å finne ut av det på egenhånd først. Han er kreativ og foretaksom.

Observasjonen må ses i sammenheng med annen utredning.

Ergoterapiens plass i BUP-feltet

Sett i lys av bærekraft, vil en særlig prioritering av gode helsetjenester for barn og unge være en hensiktsmessig strategi for å forsøksvis forhindre vedvarende sykdom eller forbygge behov for helsetjenester senere i livet. Når flere sentrale dokumenter på ulike vis understreker aktivitetsdeltakelse som en forutsetning for livskvalitet, menneskelig vekst, danning, utdanning, tilhørighet og identitet (Meld. St. 18 (2020–2021); NOVA-rapport 2/21; Regjeringen, 2016), forundrer det oss at ikke ergoterapeuter i tydeligere grad er tatt med i løsningen for å møte framtidens krav til helsetjenestene. *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* løfter fram behovet for tverrfaglig kompetanse og at poliklinikkene bør kunne tilby et bredt spekter av metodiske tilnærminger i utrednings- og behandlingsarbeidet (Helsedirektoratet, 2008). Mangfoldet og kompleksiteten i oppgavene som poliklinikken skal ivareta, krever at praksisen bygger på ulike kunnskapskilder. Ergoterapeuten kan i høy grad bidra inn i dette tverrfaglige arbeidet.

Når *Nasjonal helse- og sykehusplan* foreslår løsninger for å imøtekomme framtidens krav til helsetjenestene, løftes det fram et behov for økt kompetanse og utdanningskapasitet blant sykepleiere (Regjeringen, 2016), og det kan synes som om andre yrkesgrupper ikke er tatt med i regnskapet i samme grad. Ergoterapeuters kjernekompetanse sikrer deltakelse og inkludering ved å jobbe med personers aktivitetsutførelse, tilrettelegging av aktiviteter og inkluderende omgivelser (Ergoterapeutene, 2017). En nyere studie blant norske ungdommer konkluderer med at fysisk aktivitet, lavt forbruk av sosiale medier og gaming, sunt kosthold og sunne livsstilsvaner gir signifikant lavere forekomst av depresjonssymptomer (Kleppang, Haugland, Bakken og Stea, 2021), noe som understreker viktigheten av aktivitet og deltakelse for barn og unge. Samtidig

er det avdekket sosiale forskjeller i barn og unges deltakelse i organisert aktivitet (Jacobsen, Andersen, Nordø, Sletten og Arnesen, 2021). Dersom man skal klare å sikre aktivitet og deltakelse for barn og unge, er kunnskap om aktivitetsanalyse helt sentral. Gjennom aktivitetsanalysen kan ergoterapeuter undersøke hvor i prosessen det blir utfordrende for barnet/ungdommen, for å så å iverksette treffsikre tiltak, rettet mot akkurat det området utfordringen ligger.

Vår kliniske erfaring er at det kan være flere grunner til at barn og unge med psykiske utfordringer ikke deltar i aktivitet og samhandling med jevnaldrende. Det kan handle om at den unge selv ikke ønsker det, slik at det er et bevisst og ønsket valg, men det kan også handle om opplevd avvisning eller en opplevelse av egen utilstrekkelighet. Vi har også sett eksempler på at barn og unge som har opplevd å bli avvist, velger miljøer som er preget av helsehemmende eller uønskede, risikofylte aktiviteter, fordi det er i disse miljøene de får innpass, og behovet for et sosialt miljø veier tyngre enn de aktivitetene som preger miljøet. Dette er momenter som er viktig at fanges opp, noe som lar seg gjøre gjennom en EVA-analyse eller andre ergoterapeutiske aktivitetsanalyser.

Det er en erkjennelse at medikamentell behandling inngår i behandlingen av psykiske lidelser, og det er et lovpålagt krav at behandlingsinstitusjonene har medisinsk kompetanse. Hvis vi ser på noen av de store diagnosegruppene, som angst, depresjon, spiseforstyrrelser og psykose, er medikamentell behandling i de fleste tilfellene betraktet som en underordnet del av behandlingen når det gjelder barn og unge (Helsenorge, 2019; Helsenorge, 2022; Helsedirektoratet, 2015; NHI, u.å.). Kun når det gjelder behandling av psykose, er medikamentell behandling en likestilt del av behandlingen, men også her blant flere andre ikke-medikamentelle tiltak (Helsenorge, 2022).

Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften), paragraf 4. Krav til bemanning, krever at «Institusjonen skal ha tilsatt personell med tilstrekkelig nivå og bredde i kompetansen slik at institusjonen til enhver tid kan tilby diagnostisk kompetanse og de mest sentrale anerkjente behandlingsformer for institusjonens pasientgruppe.» Ergoterapeuter har ikke kompetanse til å sette diagnoser, men vår erfaring er at de observasjonene og kartleggingene vi gjør, bidrar til å få fastsatt diagnosen.

Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for barn og unge sier at: «Utredning og behandling må ofte ses som habiliterende, med fokus på tilrettelegging for barnet/ungdommen i familie, barnehage, skole og fritid.» (Helsedirektoratet, 2015). God tilrettelegging forutsetter en grundig kartlegging av person, aktivitet, omgivelser, og deres gjensidige samspill og innflytelse, slik at man kan fatte hensiktsmessige beslutninger om virksomme tiltak der det trengs. Jonas i vårt eksempel henvises med mistanke om oppmerksomhetsforstyrrelser, noe som i første rekke er å betrakte som en psykisk forstyrrelse. Likevel viser EVA-analysen at han også har motoriske utfordringer. En eventuell manglende deltakelse handler derfor kanskje ikke om at Jonas ikke klarer å konsentrere seg om en oppgave over tid, og at han dermed kjeder seg. Kanskje skyldes det at han utestenges fordi han mangler kontroll på hvor stor kraft han bruker i ulike anledninger og dermed kan ha forvoldt vennene sine smerte, uten å mene det. Barns rett til fritid og alderstilpasset lek, aktivitet og deltakelse er nærmest samstemt i *Fritidsferklæringen* (Regjeringen, 2016) og *ergoterapeuters kjernekompetanse om barns helse* (Ergoterapeutene u.å.). Når denne retten ikke innfris, må man vite hva dette skyldes for å kunne iverksette treffsikre tiltak.

Når et barn eller en ungdom henvises til BUP, opplever man i de aller fleste tilfeller at den daglige funksjonen er påvirket på en eller annen måte, enten som følge av psykiske belastninger, utviklingsforstyrrelser hos individet, eller som følge av psykososiale faktorer som urimelige krav og forventninger, utestenging eller foreldrekonflikt. Gjerne er det en kombinasjon av flere faktorer, noe også fastlegene rapporterer (Johnsen, Norberg, Helgetun Krogh, Sigurdsson og Getz, 2020). Helsedirektoratet anbefaler tverrfaglig samarbeid som metode i komplekse utfordringer (Helsedirektoratet, 2018), og helsefellesskapene skal bidra til samarbeid på tvers av tjenestenivå, for å gi gode og sammenhengende helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, u.å.). Vansker som avdekkes i spesialisthelsetjenesten skal ofte avhjelpes på kommunalt nivå. Vår kliniske erfaring tilsier at barn og unge som henvises til BUP ofte har falt ut av fritidsaktiviteter og ofte også skole. Svært mange har mobbehistorikk. Dette er utfordringer som i hovedsak må løses lokalt. Det er også kommunene som er tildelt hovedansvaret for barn og unges deltakelse i barnehage, skole og fritidsaktiviteter (Helsedirektoratet, 2021). Vi håper derfor helsefellesskapene blir den samarbeidsare-

naen den er planlagt som, noe som i stor grad vil avhenge av hvordan vi som jobber i tjenestene går inn for å videreutvikle og forbedre allerede eksisterende samhandling. For oss ergoterapeuter, som er en liten faggruppe, gir dette også en mulighet til å etterspørre ergoterapi når vi ser at det er behov for funksjonskartlegging og/eller oppfølging av funksjon, aktivitetsdeltakelse eller aktivitetsutførelse.

Konklusjon

Samarbeid på tvers av tjenestenivå bidrar til gode helsetjenester. Dersom andre yrkesgrupper ikke etterspør ergoterapikompetanse når pasienter henvises mellom nivåene, la oss gjøre det selv, også når vi vet at tjenesten ikke finnes på det aktuelle tjenestenivået. «Pasienten har behov for tilrettelagte aktiviteter for å kunne delta, har dere en ergoterapeut?» «Pasienten har behov for en grundig funksjonskartlegging, har dere en ergoterapeut?» «Pasienten har falt ut av skole og fritidsaktiviteter, har dere en ergoterapeut?»

Vi mener at ergoterapeuter har sin soleklare plass innenfor BUP, og ikke minst er det et spennende felt. Selv om ikke ergoterapeuter som yrkesgrupper etterspørres tydelig i overordnede retningslinjer, etterspør dokumentene i høy grad ergoterapeuters kjernekompetanse. Dette underbygger ergoterapeuter som en nødvendig ressurs for å imøtekomme både dagens og morgendagens krav til gode, forsvarlige og bærekraftige helsetjenester. Når vår kompetanse likevel ikke konkret etterspørres, verken av overordnede dokumenter eller av helseforetakene, indikerer dette et behov for at ergoterapeuter fortsatt har en jobb å gjøre når det gjelder promotering av eget fag. Ikke bare som en diffus del av et tverrfaglig team, men som en selvstendig yrkesgruppe med en tydelig særkompetanse.

Referanser

- Andersen, I. V., Stokholm, G., & Lauritzen, G. Q. (Eds.). (2020). *Ergoterapi og børn: udvikling, aktivitet og deltagelse*. Munksgaard Danmark.
- Ellingham, B., Clark, Ellen G., Jespersen Lene F. (2020). *Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalysesystem. Manual for kartlegging og vurdering av ferdigheter i aktivitetsutførelse*. OsloMet. <https://uni.oslomet.no/evablogg/wp-content/uploads/sites/48/2021/01/eva-2020-manualen-aktivitetsutforelse.pdf>
- Ergoterapeutene (2017). *Ergoterapeuters kjernekompetanse*. <https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommu>

- nikasjon%20og%20markedsf%3%b8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkelt sider.pdf?ga=1
- Ergoterapeutene (u.å.). *Ergoterapi og barns helse*. <https://ergoterapeutene.org/barn/>
- Eriksen, I. M. og Andersen, P. L. (2021). *Ungdoms tilhørighet, trivsel og framtidsplaner i distrikts-Norge. En flermetodisk analyse av betydningen av bosted, kjønn og sosioøkonomiske ressurser*. (NOVA-rapport 2/21). Oslo Met. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6519/NOVA-Rapport-2-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. ISBN: 978-82-8081-107-3.
- Helsedirektoratet (2015). *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 02. november 2015, lest 18. juli 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (25. april 2017). *Generelt om behandling for spiseforstyrrelser*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/generelt-om-behandling-for-spiseforstyrrelser#generelt-om-behandling-for-spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet (2018). *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 24. juni 2022, lest 01. september 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet (2019). *Om Helsedirektoratets normerende produkter* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (lest 01. september 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- Helsedirektoratet (2021). *Kommunen bør aktivt fremme sosial støtte og mestring for barn og unge på deres arenaer* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 23. november 2021, lest 20. juli 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/psykisk-helse-og-livskvalitet-lokalt-folkehelsearbeid/kommunen-bor-aktivt-fremme-sosial-stotte-og-mestring-for-barn-og-unge-pa-deres-arenaer>
- Helsedirektoratet (u.å.). *Helsefelleskap*. Hentet 20. juli 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefelleskap>
- Helsedirektoratet (u.å.). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 17. januar 2018). Hentet 18. juli 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Helsenorge (30. april 2019). *Depresjon hos barn og unge* <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjon-hos-barn/#behandling-av-depresjon-hos-barn-og-unge>
- Helsenorge (18. januar 2022). *Psykose*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykoser/#behandling>
- Helse Sør-Øst RHF (u.å.) *Regional Utviklingsplan 2040. Del 1. Trender og satsingsområder*. Hentet 20. Juli 2022 fra https://helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Regional%20utviklingsplan%202035/RUT_DEL1_v2.pdf
- Jacobsen, S. E., Andersen, P. L., Nordø, Å. D.; Sletten, M. og Arnesen, D. (2021). *Sosial ulikhet i barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter*. Institutt for samfunnsforskning. <https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/handle/11250/2728534>
- Jahoda, M. 1981 Work, employment and unemployment values, theories and approaches in social research. *American Psychologist*, 36, s. 184 – 191
- Johnsen, T. M.; Norberg, B. L.; Helgetun Krogh, F.; Sigurdsson, J. A.; Getz, L. O. (2020). Komplekse problemstillinger i allmennpraksis-en prevalensstudie. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2020, 140 (10). Lokalisert 18.07.22 på: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2994920/Johnsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kleppang, A.L., Haugland, S.H., Bakken, A. et al. Lifestyle habits and depressive symptoms in Norwegian adolescents: a national cross-sectional study. *BMC Public Health* 21, 816 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10846-1>
- Meld. St. 8 (2018–2019). *Kulturens kraft – Kulturpolitikk for framtida*. Kulturdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-8-20182019/id2620206/>
- Meld. St. 7 (2019 –2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/95ec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 18 (2020–2021). *Opplive, skape, dele – Kunst og kultur for, med og av barn og unge*. Kulturdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20202021/id2839455/>
- Norsk Helseinformatikk (u.å.). *Behandling av generalisert angstlidelse*. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/angsttilstander/generalisert-angst-behandling/?page=2>
- Regjeringen (2016, 7. juni). *Fritidserklæringen*. https://www.regjeringen.no/contentassets/42fc032208724215886755da5d165f1e/folder_fritidserklaeringen.pdf