

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

ERGOTERAPEUTERS ERFARINGER MED ARBEIDSTRENING FOR PASIENTER MED PSYKISKE LIDELSER INNEN SPESIALISTHELSETJENESTEN

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

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

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

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

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

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

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

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

Introduksjon

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

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

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

HUSTRYKKERIET

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

CAFÉ ÅRSTIDENE

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

HVEM BENYTTET SEG AV TILBUDET?

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

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

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

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

Metode

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

KLINISK SETTING OG DELTAKERE

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

INNHEMING AV DATA VED FOKUSGRUPPEINTERVJU

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

Første møte og skape allianse

Metodisk bruk av arbeidstrening

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

Avslutning av arbeidsforhold og veien videre

Tabell 1. Resultat.

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

DATAANALYSE

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

METODEKRITIKK

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

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

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

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

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

ETISKE VURDERINGER

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

Resultat - arbeidstrening under innleggelse

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

FØRSTE MØTE OG Å SKAPE ALLIANSE

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

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

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

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

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

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

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

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

Metodisk bruk av arbeidstrening

DE FØRSTE ARBEIDSDAGENE

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

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

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

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

BRUKERMEDVIRKNING

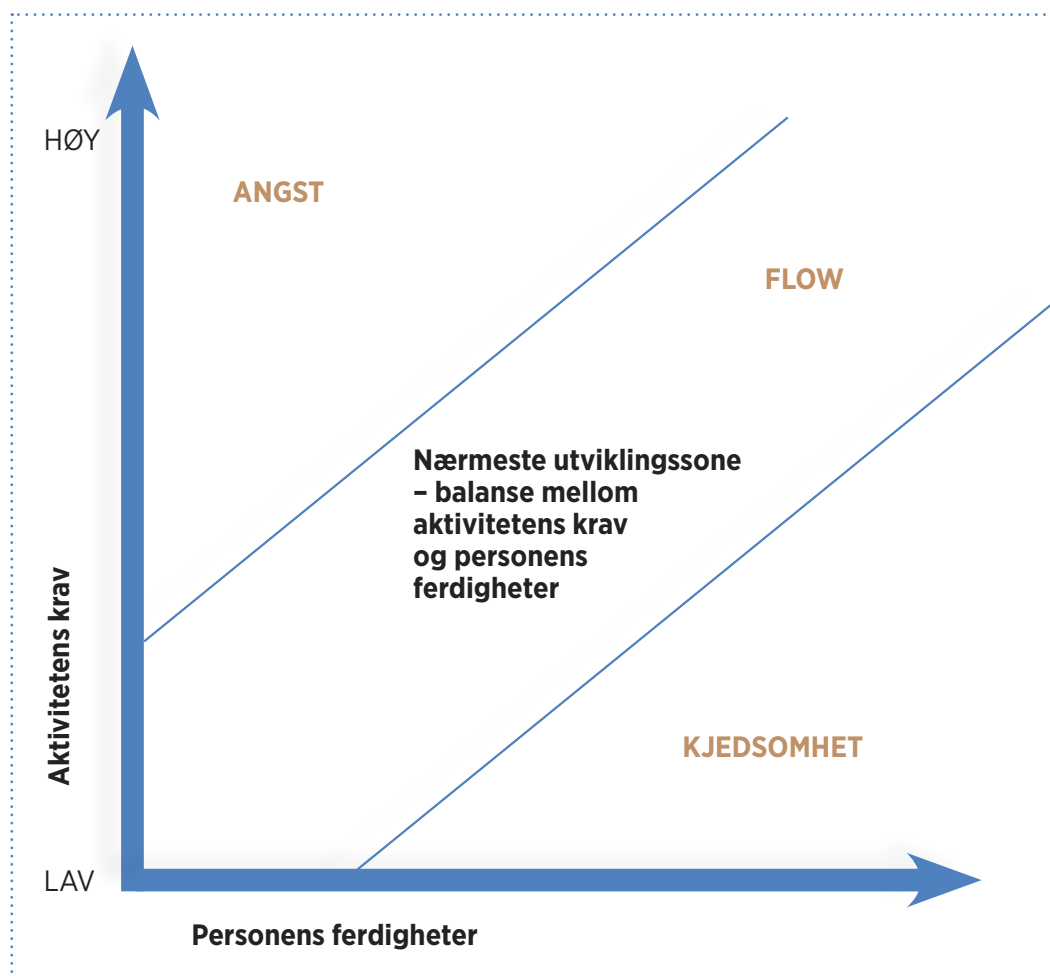
Vi har stort fokus på brukermedvirkning, og et av målene er at pasientene skal kunne være med å velge arbeidsoppgaver på jobb, for blant annet å fremme selvstendighet og trene pasienten i å kunne stå for egne valg. Dersom en pasient for eksempel ønsker å eksperimentere med en matrett eller lage noe nytt,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

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

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

GRADERING AV AKTIVITETER

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



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

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

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

Aktivitetene kan graderes ved å tilpasse hvor mye

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

TILRETTELEGGING AV OMGIVELSENE

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

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

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

TILRETTELEGGING AV TERAPEUTROLLEN OG KOMMUNIKASJON

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

KARTLEGGING OG EVALUERE MÅL

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

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

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

«Da kan man bruke Mayers' Lifestyle Question-

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

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

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

AVSLUTNING AV ARBEIDSFORHOLD OG VEIEN VIDERE

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

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

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

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

Diskusjon

ARBEIDSREHABILITERING FOR MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER

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

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

METODISK BRUK AV AKTIVITET

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

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

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

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

Sammendrag

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

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

Referanser

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

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

Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.



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

Ny hjemmeside!
www.bamseprodukter.no
Info@bamseprodukter.no
Tlf: 69300105

