

Psykososial arbeidsretta rehabilitering

Av Hildfrid V. Brataas

PhD, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Senter for omsorgsforskning Midt-Norge

Innledning

Som forsker arbeider jeg med både omsorgstema og rehabiliteringstema, og opplever at mening og livskvalitet i hverdagen er eksempler på faktorer av betydning både for personer som har behov for omsorgstiltak og/eller hjelp i rehabiliteringsprosesser. Følgende bygger på et innlegg på ARR åpen arena, Prekonferanse – med forskerblikk på arbeidsretta rehabilitering, Drammen 11. januar 2010. Foredragets tittel var AFEM – psykososial arbeidsretta rehabilitering. AFEM står for Ansvar For Egen Mestring, en modell for psykososial arbeidsretta rehabilitering utviklet av Ester Indergaard. Modellen benyttes på et rehabiliteringstilbud ved Smednes Trivselsgård as (<http://smednes-trivselsgard.no>). Rehabiliteringstilbudet består av et fire ukers heldøgns rehabiliteringsopplegg. Det benyttes psykoedukativ kognitiv tilnærming (Rosenberg & Mørch 2005, Johannesen & Yalseth 2009). Opplegget er gruppebasert med 5 – 7 deltakere og omfatter kurs, gruppeaktiviteter og individuell veiledning. I tillegg benyttes ofte familieveiledning for pårørende til de som rehabiliteres. Deltakere på dette tilbudet er i hovedsak personer med utmattingssyndrom, ofte kombinert med kroniske smerter og angstproblematikk. Dette er et omsorgs- og rehabiliteringstilbud for voksne som trenger hjelp for å komme tilbake til arbeid, skole og annen meningsfull aktivitet, og hører inn under helsetjenestens opplegg *Raskere tilbake* som har basis i sentrale myndigheters satsing på rehabilitering for å komme raskt tilbake til arbeid (<http://www.regjeringen.no>).

Utviklingstrekk innen rehabiliteringsfeltet viser at på 1990-tallet og inn i 2000 skjedde en dreining og utviding av tenkningen innen feltet; - fra fokus på egenomsorg (self-care) til fokus på funksjon, dreining fra vesentlig fysisk fokus til oppmerksomhet mot psykososiale dimensjoner, og ikke minst en dreining fra kliniker- til klientfokus, hvor 'empowerment-

bølgen' slo inn for fullt (Kidd & Yoshida 1995, Feste & Anderson 1995, Sosial- og helsedepartementet 1999, Varekamp, Verbeek & van Dijk 2006).

Videre viser trender i utviklingen inn mot dagens og morgendagens rehabilitering at tverrfaglighet, pasientforløp og "arbeidslinja" står sentralt i diskusjoner om rehabiliteringspolitikk og praksis (Fossestøl 2007, Aune o.fl. 2008, Brataas & Haugan 2009, Helse- og omsorgsdepartementet 2009, Lee & Kielhofner 2010). Forskningslitteraturen peker på ICF som relevant redskap for kartlegging og metodeutvikling innen rehabiliteringsfeltet. The World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) er en teoretisk modell og et klassifikasjonssystem for å måle helseutfall. ICF er utviklet i regi av World Health Organization (WHO 2001, Sosial- og helsedirektoratet 2003: www.kith.no/icf, Kidd & Yoshida 1995). Systemet utprøves og anvendes spesielt innen rehabiliteringsarbeid (Pran 2007, Dahl 2002). Rehabilitering betraktes som sammensatt og med behov for tverrfaglig samarbeid og god koordinering av tjenester (Varderbeg og Einarsen 2004, Conradi og Rand-Hendriksen 2004).

I 2003 – 2006 ble det i regi av Innovasjon Norge gjennomført en pilotstudie på AFEM rehabilitering som viste effekt på situasjonsinnsikt, mestring og livskvalitet spesielt innen den emosjonelle dimensjon (Brataas & Evensen 2006). To år senere ble det gjort en oppfølgingsstudie med fokusgruppeintervjuer om betydning AFEM hadde for de rehabiliterte to år etter deltakelse på opplegget. Funn viser at AFEM har betydning over tid for selvfølelse, meningsfulle liv, aktivitet, arbeid og mestring i hverdagen (Evensen, Brataas, Landstad 2010).

AFEM rehabilitering bygger på psykososial kognitiv rehabiliteringstenkning. Treff ved søk på forskning på PubMed viser at studier om psykososial rehabilitering ofte rettes mot rehabilitering ved psykiske lidelser som schizofreni og at forskning på denne type rehabilitering og annen rehabilitering ofte rettes inn mot spesielle diagnosegrupper, og hvor noe forskning befatter seg med adferdsterapi ved fatigue eller utmatting. Det er lite bevis for effekt av adferdsterapi som ofte kombineres med behandling (Price o.fl. 2008). Med hensyn til gruppebasert kognitiv terapi i rehabilitering er noe forskning gjort om pasienter med problemer i bevegelsesapparatet (Ekberg og Svedin 1998). Ekberg og Svedin beskriver utprøving av en problembasert læringsmodell. Pasientene arbeider selvstendig mot egne rehabiliteringsmål. Gruppen klargjør i fellesskap hva som er mål, arbeidsmetode og gruppedeltakernes roller. Læring og adferdsendring er indre prosesser som fører til at

deltakerne opplever styring og kontroll over eget liv. Derfor anbefales tilnærmingen uavhengig av hva som er det helsemessige problemet (op.sit.).

Jakobsen og Lillefjell (2007) har undersøkt sammenhenger mellom hvordan mennesker med kroniske muskelsmerter konstruerer mening og opplevelse av sammenheng mellom rehabilitering til arbeid og mestringsopplevelse og har funnet sammenheng mellom angst og depresjon og lav opplevelse av sammenheng i tilværelsen. Resultatene viser derimot ingen signifikant sammenheng mellom tilbakevending til arbeid og opplevelse av sammenheng og mestring i tilværelsen (op.sit.). Bedring av følelser av angst og depresjon synes ikke å være tilstrekkelig for å komme tilbake til arbeid (Evensen o.fl. 2010: 71).

Helse kan forstås som sammenhenger mellom kroppsstrukturer og funksjoner, aktivitet og sosial deltakelse, personlige faktorer og omgivelsesfaktorer (WHO 2001). Det er behov for mer forskning på årsakssammenhenger for rehabiliteringsbehov ved utmatting, kronisk smerte og angst, ut over kroppslige og psykososiale faktorer og sammenhenger, for eksempel betydning av faktorer i konteksten i vid forstand, sykdom, kriser og stress eller langvarig belastning i både livsløpsperspektiv og dagsaktuell situasjon.

I 2010 – 2011 gjennomføres et FoU prosjekt på AFEM tilbudet

Utviklingstrekk, kunnskap fra pilotstudie og oppfølgingsstudie om betydning av AFEM deltakelse to år senere, samt vår forståelse av utviklingstrekk og forskningslitteratur innen det psykososiale rehabiliteringsfeltet ligger til grunn for forskningsspørsmål for det pågående prosjektet:

- Hva er årsakssammenhenger for plagene hos de som søker AFEM rehabilitering?
 - Sykdom/skade - krise / belastning – andre faktorer
- Effekt og betydning_av AFEM:
 - Effekt mht RH til arbeid / utdanning
 - Betydning av AFEM rehabilitering for
 1. livskvalitet
 2. mestringsressurser for meningsfull - arbeidsretta aktivitet

Metode, forventede resultater og betydning av prosjektet for praksis og forskning

Det benyttes kvalitative narrative intervjuer, kartlegging og spørreskjema for å belyse forskningsspørsmålene. Aldersspredningen på deltakere på AFEM rehabilitering i 2010 var fra 18 til 62 år og det var jevn fordeling mellom begge kjønn. De fleste deltakerne har høyskoleutdanning, og noen har fagutdanning.

Årsakssammenhenger for å søke AFEM belyses ved tematisk innholdsanalyse av data fra 25 intervjuer. Rehabiliteringsinstitusjonen kartlegger fraværshistorie og tilbakeføring til arbeidslivet. Mestringsressurser i betydning mening og sammenheng i tilværelsen (OAS) måles ved bruk av oversatt spørreskjema utviklet av Aron Antonovsky (1979, 1987). En forventet opplevd effekt av rehabilitering er høynet helserelatert livskvalitet som kan måles med spørreskjema validert for bruk i Norge (Health Survey 1994, 2004).

Noen metodekritiske momenter er blant annet at undersøkelsen foretas uten sammenligningsgruppe. Den omfatter ca 60 respondenter. Et spørsmål vi vil legge frem her, er om andre eller flere tester eller spørreskjema ville være hensiktsmessige å benytte, for eksempel angst test, smerte test og spørreskjema om selvoppfatning? Et annet spørsmål, er hvordan forskerkollegiet ser på feltforskning som verktøy for å få mer kunnskap om psykososial arbeidsretta rehabilitering?

Med hensyn til resultater, viser tidligere arbeider at AFEM gir innsikt i egen mestring og mer innsikt i egne og andres roller i familie, hjelpeapparat og arbeidsliv (Brataas & Evensen 2006, Evensen o.fl. 2010). Ved analyse av datamateriale for den pågående studien, stiller vi oss også spørrende til følgende; Hva betyr hjem og nærmiljø nå og i livsløpsperspektiv for at det oppstår rehabiliteringsbehov som følge av utmatting, kroniske smerter og angst? Hva betyr kriser, langvarig belastning og/eller helseplager? Det vil bli sett etter ulike årsakssammenhenger, dette ut fra en ide om at psykoedukative metoder innebærer oppdaging, læring og mestring; det vil si at "årsaken finnes og erkjennes i løsningen".

Før jeg avrunder, illustreres et eksempel på en deltakererfaring. En selvstendig næringsdrivende var aktiv og hardt arbeidende. Så kom finanskrisen, - i ICF terminologi en endring på en miljøfaktor. Personen står på, og blir "utbrent". Deretter satt han passiv hele dagen, han var redd for å ta telefonen og kontaktet selv ingen. Han orket ikke engang ut å fylle bensin på bilen. Han karakteriserte seg selv som folkeskygg. Etter deltakelse i fire uker på AFEM rehabilitering sier han det vesentligste her var at han har "lært hvordan å takle

hverdagen og (mentalt) styre unna det som er negativt for meg”. Uken etter avsluttet rehabilitering er vedkommende i 100% arbeid.

Konklusjon

Gjennom mange intervjuer har vi hørt flere andre suksesshistorier. Pilotstudie og fokusgruppeundersøkelsen antyder positive effekter av AFEM rehabilitering. Hvilken betydning har dette for praksis? Som Raskere tilbake tilbud kan tilbudet anbefales for de som trenger det og har effekt av det. Vi ser behov for utvikling av verktøy for behovskartlegging i praksisfeltet: Hvem trenger og har nytte av AFEM rehabilitering eller annen type rehabilitering?

Det satses politisk på rehabilitering som en effektiv hjelp til gjenvinning av meningsfull aktivitet og arbeid. Dette fordrer videre satsing på FoU og videre utvikling av ICF som modell og kartleggingsverktøy og rehabiliteringstilbud som møter ulike behov. Det trengs mye kunnskap om faktorer, årsakssammenhenger, rehabiliteringsmodeller og effekter av dem for personer med utmatting, kroniske smerter og angst. Prosjektet vil gi noe mer kunnskap om effekt på tilbakevending til arbeid/utdanning og om årsakssammenhenger for å søke AFEM rehabilitering. Det trengs ny kunnskap om årsaksfaktorer av betydning i hele livsløpet, i familie og arbeidsliv, sosial kontekst, samfunnsforhold, kulturelle forhold og andre forhold i hjem og nærmiljø inklusive arbeidsliv som har betydning ved omsorg og rehabilitering til arbeid og meningsfullt aktivt liv.

Referanser

Antonovsky, A (1987) *Unravelling the mystery of health*. Jossey-Bass Inc, San Francisco

Antonovsky, A (1979) *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass Inc, San Francisco

Aune KE, Jacobsen K, Thorsvik D, Eide A (2008) Rehabilitering må være tverrfaglig og operere på tvers av organisatoriske og faglige skillelinjer. *Velferd*, 97, 8: 26-28.

Brataas, VH, Evensen, A (2006) *Evaluering av en AFEM -modell for sosial rehabilitering*. Høgskolen i Nord-Trøndelag Rapport nr. 34.

Brataas HV, Haugan, N (2009) Ansatte perspektiver på utvikling av tverrfaglighet i ny sykehusavdeling. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*, 5, 2: 30-45.

Conradi, S, Rand-Hendriksen, S (2004) Funksjonshemming og rehabilitering – ideologi og virkelighet. I *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*. Bergen. Fagbokforlaget, s. 23-34.

- Dahl, TH (2002) International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34: 201-204.
- Ekberg, K, Svedin, L (1998) Patienten själv arbetar aktivt mot uppstalda mål. *Lakartidningen*, 95, 21: 2473.
- Evensen A, Brataas HV, Landstad B (2010) Individuell læring i psykoedukativ kognitiv rehabilitering. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*; 6, 2: 70-83.
- Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Couns*. 1995; 26: 139–144. doi: 10.1016/0738-3991(95)00730-N.
- Fossestøl K (2007) Hvordan skal politikerne lykkes med arbeidsrettet rehabilitering, når ingen vet hvordan samarbeidet mellom helse- og arbeidssystemet skal foregå i praksis? *Velferd*, 96, 7: 24-26.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *St.meld nr. 47. Samhandlingsreformen*.
- Jakobsen, K, Lillefjell, M (2007) Sense of Coherence as a Predictor of work Reentry Following Multidisciplinary Rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 3: 222-231.
- Kidd T, Yoshida K (1995) Critical review of disability measures: conceptual developments. *Spring*; 47, 2: 108-19.
- Lee J, Kielhofner G (2010) Vocational intervention based on the Model of Human Occupation: a review of evidence. *Scand J Occup Ther*; 17, 3: 177-1790.
- Pran, F (2007) ICF – et felles språk for funksjon. *Fysioterapeuten*, 7: 24-26.
- Price JR, Mitchell E, Tidy E, Hunot V (2008) Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. [Cochrane Database Syst Rev](#), 16;(3):CD001027.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003) *Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Trondheim. KITH (Kompetansesenteret for IT i helsesektoren AS). Nettadresse om ICF; www.kith.no/icf.
- Sosial- og helsedepartementet (1999) *St.meld 21, 1998-99 Ansvar og meistring – Mot ein heilskaplig rehabiliteringspolitikk*. Oslo. Sosial- og helsedepartementet.
- Vardeberg, K, Einarsen, E (2004) Medvirkning og samarbeid. I *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*, Bergen. Fagbokforlaget, s. 47- 56.
- Varekamp I, Verbeek JH, van Dijk FJ (2006). How can we help employees with chronic diseases to stay at work? A review of interventions aimed at job retention and based on an empowerment perspective. *Int Arch Occup Environ Health*; 80: 87–97. doi: 10.1007/s00420-006-0112-9.
- WHO/World Health Organization (2001) *Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Oversatt til norsk av KITH. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.