

BACHELOROPPGAVE:

**Et meningsfullt liv
– et innblikk i ergoterapeuters
arbeid innen psykisk helsevern**

FORFATTER(E):

TIA SOLHEIM VARGA
MARIA SOLHEIM ØKLAND

Dato:

04.05.2017

SAMMENDRAG

Tittel:	Et meningsfullt liv – et innblikk i ergoterapeuters arbeid innen psykisk helsevern	Dato : 04.05.17
Deltaker(e)/	Tia Solheim Varga 254485 Maria Solheim Økland 141439	
Veileder(e):	Linda Stigen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Ergoterapi, engasjement, muliggjørelse, meningsfull aktivitet, psykisk helsevern	
Antall ord: 9793	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: Ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Psykiske lidelser blir fremhevet som en av de største folkehelseutfordringene i Norge. Psykisk helse er en av spesialkompetansene for ergoterapeuter og til tross for at faget opprinnelig startet innen psykisk helse er det i dag manglende forskning på området. Mennesket blir sett på som aktive av natur med et behov for å engasjere seg i meningsfulle aktiviteter.</p> <p>Målet med oppgaven er å undersøke hvordan ergoterapeuter arbeider for å fremme engasjement og muliggjøre meningsfulle aktiviteter for pasienter innlagt på døgnbaserte enheter i psykisk helsevern.</p> <p>Kvalitativ metode med semistrukturert intervju er blitt benyttet. Oppgaven er basert på informasjon fra et strategisk utvalg informanter arbeidende på døgnbaserte enheter i spesialisthelsetjenesten. Analysemetoden systematisk tekstkondensering er blitt benyttet i analysearbeidet.</p> <p>Resultatene viser ergoterapeutenes metoder og strategier i arbeid, bruk av meningsfulle aktivitet som et alternativ til medisiner, arbeidet rettet mot pasientenes hjemmesituasjon og institusjonelle muligheter og begrensninger som påvirker ergoterapeutenes arbeid.</p> <p>Funnene gir et bilde på ergoterapeuters arbeid med psykisk helse i spesialisthelsetjenesten. Ergoterapeutene benyttet ulike strategier og metoder i deres arbeid, fellestrekket var bruken av meningsfulle aktiviteter som kjernen i intervensjonene.</p>		

ABSTRACT

Title:	A meaningful life – an insight into occupational therapists work in mental health care	Date : 04.05.17
Participants/	Tia Solheim Varga 254485 Maria Solheim Økland 141439	
Supervisor(s)	Linda Stigen	
Employer:		
Keywords (3-5)	Occupational therapy, engagement, enablement, occupation, mental health care	
Number of words: 9793	Number of appendix: 3	Availability (open/confidential): Yes
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Mental health disorders are highlighted as one of the greatest public health challenges in Norway. Mental health is one of the core specializations for occupational therapists and despite the fact that the profession emerged from the mental health care, there is currently a lack of reserach in the field. Humans are persieved as an occupational being with a need to engage in meaningful occupations.</p> <p>The aim of the thesis is to investigate how occupational therapists work to provide engagement and enable occupation for inpatiens in mental health care.</p> <p>Qualitative method with semistructured interview has been used. The thesis is based on information from a strategic sample informants working in an inpatient setting. The method of analysis used is systematic textcondensation.</p> <p>The results show the occupational therapist’s methods and strategies in work, the use of occupation as an alternative to medication, the work aimed at the patient’s home situation and the institutional opportunities and limitations that affect the occupational therapists work.</p> <p>The thesis gives a picture of the occupational therapists work with mental health inside the specialist health service. The occupational therapists used different strategies and methods in their work, the common feature was the use of meaningful activities as the core of their interventions.</p>		

Forord

Endelig har en tanke blitt et ferdig produkt. 13 uker med lærerikt arbeid innen et spennende fagområde har resultert i en oppgave vi kan være stolte av.

Arbeidet med oppgaven inkluderer samarbeid med flere mennesker som har bidratt til det endelige produktet og vi ønsker å benytte muligheten til å takke dere alle.

Først en stor takk til våre informanter for deres tid og bidrag som har gjort arbeidet mulig. Videre rettes en stor takk til vår veileder Linda Stigen som har bidratt med gode råd og ledet oss i riktig retning. Takk til familie og venner som har gitt støtte gjennom prosessen.

Sist, men ikke minst, takker vi hverandre for et tett og godt samarbeid med den avsluttende oppgaven i vår ergoterapiutdanning.

Håper leserne finner oppgaven interessant.

Gjøvik, 04.05.2017

Tia Solheim Varga og Maria Solheim Økland

Innhold

1.0	Innledning.....	7
1.1	Bakgrunn	7
1.2	Problemstilling.....	8
1.3	Avgrensning.....	8
1.4	Formål.....	8
1.5	Ergoterapifaglig relevans.....	8
1.6	Begrepsavklaring	9
2.0	Teori	11
2.1	Teoretisk rammeverk	11
2.2	Offentlige føringer.....	11
2.3	Tidligere forskning	12
2.4	Engasjement, muliggjørelse og meningsfulle aktiviteter	13
3.0	Metode.....	15
3.1	Kvalitativ metode	15
3.1.1	Utvalg av informanter	15
3.1.2	Datainnsamling	16
3.1.3	Dataanalyse og tolkning.....	17
3.1.4	Validitet og reliabilitet	19
3.2	Litteratur og databaser	19
3.3	Forskningsetikk	20
3.3.1	Rollen som forsker	20
3.3.2	Forskningsetiske overveielser/aspekt.....	20
3.3.3	Rapportering	21
4.0	Resultat.....	22
4.1	Metoder og strategier i arbeid.....	22
4.1.1	Strukturert og ustrukturert kartlegging	24
4.1.2	Rammer, krav og brukervedvirkning.....	25
4.2	Aktivitet vs. medisin.....	26
4.3	Hjemmesituasjon	27
4.3.1	Samarbeid med andre aktører ved utskriving	29
4.4	Institusjonelle muligheter og begrensninger.....	29
4.4.1	Tid.....	29

4.4.2 Aktiviteter	30
4.4.3 Tverrfaglig samarbeid	30
5.0 Diskusjon.....	32
5.1 Diskusjon av resultatet.....	32
5.1.1 Metoder og strategier	32
5.1.2 Aktivitet vs. medisin	34
5.1.3 Hjemmesituasjon.....	35
5.1.4 Institusjonelle muligheter og begrensninger	37
5.2 Metodekritikk	38
6.0 Konklusjon	40
7.0 Referanser.....	41
Vedlegg 1 – Informasjonsskriv	47
Vedlegg 2 – Intervjuguide.....	49
Vedlegg 3 – Søk og resultat	51

1.0 Innledning

Oppgavens tema er ergoterapeuters arbeid innen psykisk helsevern. Oppgaven vil se på ergoterapeuters arbeid på fagområdet og bidra med innsikt i hvordan ergoterapeuter arbeider for å fremme engasjement og muliggjøre meningsfulle aktiviteter for pasienter på døgnbaserte enheter i psykisk helsevern.

Det er endringer i den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge hvor blant annet forekomsten av psykiske lidelser er økende (St. meld. nr. 47 (2008-2009), s. 13-14). Psykiske lidelser blir fremhevet som en av de største folkehelseutfordringene i dag (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 23), og “mellom en tredel og halvparten av befolkningen vil oppleve minst en periode med en diagnostiserbar psykisk lidelse i løpet av livet” (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 13). Psykiske lidelser varierer i grad, der enkelte lidelser kan ha en kronisk art eller være gjentakende (Mæland, 2015, s. 157). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne, basert på opplysninger rapportert til Norsk pasientregister, viser at mer enn 148 000 voksne i Norge fikk helsehjelp i psykisk helsevern i 2016 som er en økning på 3,2 prosent fra 2015 (Indergård, Solbakken og Urfjell, 2017, s. 8-9).

Psykisk helse er en av syv spesialkompetanser for ergoterapeuter (Norsk Ergoterapeutforbund, 2011), hvor ergoterapeuter “arbeider for å fremme psykisk helse i befolkningen og forebygge psykiske utfordringer” (Bjerkaas, 2012, under overskriften Deltakelse og inkludering i hverdagslivet). Ergoterapi har sitt utspring fra psykisk helsearbeid på starten av 1900-tallet (Christiansen og Haertl, 2014, s. 12-14) og fra slutten av det første tiåret på 1900-tallet har meningsfull aktivitet blitt benyttet som en del av behandling på psykiatriske sykehus (Christiansen og Haertl, 2014, s. 13).

1.1 Bakgrunn

Psykisk helse var, og er ett av satsingsområdene for Norsk ergoterapeutforbund i 2016 og 2017 og er et aktuelt tema i tiden som kommer (Nygård, 2016). Med tanke på dette og at ergoterapien startet innenfor psykiatrien for 100 år siden, hvor meningsfull aktivitet stod sentralt i utviklingen av faget (Christiansen og Haertl, 2014, s. 12-14), og forskning på

området som viser til et manglende forskningsgrunnlag på ergoterpaeuters arbeid i psykisk helsevern og hvilke uheldige påvirkninger dette kan ha på fagets posisjon og utvikling (Gutman, 2012; Gutman og Raphael-Greenfield, 2014; Wikeby, Pierre og Archenholtz, 2006), skapte dette grunnlaget for oppgavens tema. Det er et kunnskapshull som må dekkes og et behov for videre undersøkelser.

1.2 Problemstilling

“Hvordan arbeider ergoterapeuter med å fremme engasjement og muliggjøre meningsfulle aktiviteter for pasienter innlagt på døgnbaserte enheter i psykisk helsevern?”

1.3 Avgrensning

Oppgaven er avgrenset til ergoterapeuters arbeid på døgnbaserte enheter i psykisk helsevern og fokuserer på enheter i spesialisthelsetjenesten for pasienter over 18 år. Enheter for rusbehandling er blitt ekskludert, det er ingen avgrensning i psykiatriske diagnoser eller behandlingstilbud hos de aktuelle enhetene. Av praktiske årsaker ble en geografisk avgrensning satt for gjennomføring av dybdeintervju.

1.4 Formål

Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan ergoterapeuter arbeider for å fremme engasjement og muliggjøre meningsfulle aktiviteter for pasienter innlagt på døgnbaserte enheter i psykisk helsevern. Videre er formålet å få innsikt i deres tanker og erfaringer på dette området.

1.5 Ergoterapifaglig relevans

Gutman (2012) viser til mangel på ergoterapeuter som jobber i psykisk helse og hvordan dette har en negativ innvirkning på utdanningen og studentenes muligheter i praksis, som igjen påvirker nyutdannede ergoterapeuters valg i jobbsøkeprosessen. Forskning kan bidra til å snu denne negative trenden og styrke og synliggjøre faget og ergoterapeutenes rolle innen psykisk

helsevern (Gutman, 2012; Gutman og Raphael-Greenfield, 2014; Wikeby, Pierre og Archenholtz, 2006).

Ergoterapeuter har en kjernekompetanse som skal bidra til å gjøre hverdagslivet mulig. Dette skjer gjennom å utvikle menneskets mestring, tilrettelegge i aktiviteter og endre omgivelsene der målet er å skape deltakelse og inkludering (Ergoterapeutene, 2008). Ergoterapeuter i psykisk helse har kompetanse til å bygge opp under motivasjon og menneskets tro på egen mestring, og ut i fra individets situasjon og behov, legge til rette for sosial deltakelse og utvikling av nye roller i hverdagslivet (Bjerkaas, 2012).

En kvalitativ undersøkelse av ergoterapeuters tanker og erfaringer med begrepene engasjement, muliggjørelse og meningsfulle aktiviteter kan gi en nyansert beskrivelse på ergoterapeutenes arbeid i psykisk helsevern.

1.6 Begrepsavklaring

Engasjement

Er en historisk grunnstein i ergoterapi og er den muliggjørende ferdighet som involverer klienter i å handle, til å delta, det vil si en handling hvor man ikke bare snakker, men involverer seg selv og andre aktivt (answers.com, som sitert i Polatajko og Townsend, 2008, s. 492, vår oversettelse).

Muliggjørelse

Prosesser hvor man tilrettelegger, leder, instruerer, underviser, spør, lytter, reflekterer, oppmuntrer eller på andre måter samarbeider med mennesker, slik at enkeltpersoner, grupper, institusjoner eller organisasjoner kan få midler til og mulighet til å bli involvert i å løse sine egne utfordringer; muliggjørelse er grunnlaget for den ergoterapeutiske klientsentrerte praksis og et fundament for empowerment og rettferdighet; muliggjørelse er den mest hensiktsmessige form for hjelp når målet er aktivitetsutøvelse (Townsend, 2002, s. 180, vår oversettelse).

Meningsfulle aktiviteter

Meningsfulle aktiviteter refererer til grupper av aktiviteter og oppgaver i hverdagslivet, som har blitt navngitt, organisert og blitt tillagt verdi og mening av enkeltpersoner og en kultur. Meningsfulle aktiviteter er alt mennesker gjør for å aktivere seg selv, inkludert å ta vare på seg selv (self-care), nyte livet (leisure), og bidra til samfunnets sosiale og økonomiske struktur (productivity) (Townsend, 2002, s. 34, vår oversettelse).

Psykisk lidelse

Fellesbetegnelse for lidelser og sykdommer som er kjennetegnet ved plagsomme psykiske symptomer med eller uten funksjonssvikt i dagligliv eller arbeid (Nylenna, 2009, under psykisk lidelse).

Psykisk helse

Psykisk helse kan beskrives som en opplevelse av å ha det bra, med muligheter til å virkeliggjøre sine talenter, mestre vanlige belastninger i livet, finne glede i arbeidet og aktivitet samt delta og bidra i samfunnet (Andersen, 2016, første avsnitt).

Psykisk helsevern

Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever (Psykisk helsevernloven 1999, § 1-2).

Døgnenhet/døgnopphold

Døgnopphold defineres som avsluttede sykehusopphold (utskrivinger) hvor overnatting finner sted på sykehuset, dvs pasienten skrives ut en senere dato enn innleggelsesdatoen (Helsedirektoratet, 2015, under "Døgnopphold (Innleggelse)).

2.0 Teori

Her vil oppgavens teoretiske rammeverk, offentlige føringer og tidligere forskning, samt en utdypning av begrepene engasjement, muliggjøring og meningsfulle aktiviteter bli presentert.

2.1 Teoretisk rammeverk

“Occupational Science” (aktivitetsvitenskap) (Yerxa, 1990, s. 2), er benyttet som teoretisk rammeverk. Ved bruk av et perspektiv vil problemstillingen komme i lys av en bestemt teori der den vil lede retningen for forskningsinteressen (Dalland, 2012, s. 134).

Aktivitetsvitenskap er en grunnleggende vitenskap som baserer seg på en rekke allerede eksisterende vitenskapelige disipliner. Mennesket blir i aktivitetsvitenskapen sett på som aktive av natur, med et behov for og evne til å engasjere seg i meningsfulle aktiviteter og organisere dagliglivets aktiviteter gjennom livsløpet i samspill med sine omgivelser. I kjernen av aktivitetsvitenskapen står “Occupation” (meningsfulle aktiviteter) (Yerxa, 1990, s. 6). Meningsfulle aktiviteter fremheves som et komplekst fenomen, hvor betydningen av aktivitetene varierer fra individ til individ og gjennom livet. Meningsfulle aktiviteter muliggjør mennesket i å utfylle sine roller og oppnå sine potensialer og er essensielt for menneskets helse og velvære. Aktivitetsvitenskap studerer menneskenes opplevelser av engasjement i meningsfulle aktiviteter og søker etter individuelle motivasjonsfaktorer og driven av motivasjon (Yerxa, 1990).

2.2 Offentlige føringer

Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009), s. 43) viser til en forventet økning innen psykisk helse frem mot 2030. I folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 9) vektlegges et økt fokus på psykisk helse og faktorer i omgivelsene som øker mestring, tilhørighet og mening. Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (2013, s. 19) fremhever brukermedvirkning som en nødvendighet i behandling, her vises det til det overordnede målet å styrke individets evne til å mestre eget liv.

I Psykisk helsevernloven (1999, §1-1) blir formålet med loven blant annet beskrevet som at den skal ta utgangspunkt i pasientens behov. Psykisk helsevern skal gjennomføres slik at

pasienter på institusjon få bestemme over seg selv i den grad det er mulig. Det skal blant annet legges til rette for at pasientene skal få delta i utformingen i forhold som en blir berørt av, få tilgang til aktiviteter som tilbys på det aktuelle stedet og anledning til å utvikle sine interesser (Psykisk helsevernloven, 1990, §4-2).

2.3 Tidligere forskning

En litteraturgjennomgang av Ergoterapeuten i perioden 2013-2017 gav et magert funn på norske ergoterapeuter sitt arbeid i spesialisthelsetjenesten på fagfeltet psykisk helse. Videre litteraturgjennomgang identifiserte flere artikler som omhandler en mangel på forskning på fagfeltet og ergoterapeutenes arbeid (Bannigan og Spring, 2012; Gutman, 2012; Gutman og Raphael-Greenfield, 2014; Wikeby, Pierre og Archenholtz, 2006).

Ergoterapeuter arbeidende på døgnenheter i psykisk helse må ha et bredt arbeidsfokus, og arbeide med kartlegging, behandling og meningsfulle aktiviteter for pasienten både under og etter innleggelsesoppholdet, samt utskrivelsesplanlegging. Endringer i tjenestene innen psykisk helsevern har hatt påvirkninger på ergoterapeutenes roller (Lloyd og Williams, 2010). Ergoterapeuter ser på ergoterapi som en viktig bidragsyter i psykisk helsevern i tiden fremover, og begreper som selvstendighet og livskvalitet blir brukt for å beskrive målene i ergoterapiintervensjonen (Wikeby, Pierre og Archenholtz, 2006).

Ergoterapeuter arbeidende i psykisk helse på sykehus har et større fokus på opprettholdende aktiviteter, da i hovedsak fritidsaktiviteter, i sine intervensjoner sammenlignet med ergoterapeuter i samme fagområde i kommunene. Fritidsaktiviteter kan brukes av ergoterapeuter i behandlingen for å trene og øke aktivitetsferdigheter og -kapasitet hos pasientene, og gir en meningsfull måte å fylle tiden på i døgnenhetene (Lipskaya-Velikovsky, Bar og Bart, 2014).

Pasienter med psykiske lidelser opplever ofte en lav aktivitetsmotivasjon, dette kan føre til endring i aktivitetsutførelsen og aktivitetsmønsteret hos individet. Erfaringsendringer kan lede til motivasjon for deltakelse, og bruk av lavterskelaktiviteter er med på å bygge opp en

mestringserfaring som bidrar til å redusere barrierer og gi motivasjon. For å redusere barrierer i overføring av aktiviteter fra institusjon til hjem, er kartlegging av hjemmesituasjonen et nødvendig tiltak (Mostad et al., 2013). I arbeidet med målsetting må ergoterapeuter kunne sette til side egne formeninger og ta seg tid til å bli kjent med klienten og forstå deres tanker og ønsker om fremtiden for å kunne arbeide klientsentrert (Öhman og Asaba, 2009).

2.4 Engasjement, muliggjørelse og meningsfulle aktiviteter

Ergoterapeutens rolle i psykisk helse er å kartlegge og behandle aktivitetsutfordringer, gradere aktiviteter og støtte opp under pasientens aktivitetsutførelse (Sørensen 2009, s. 139). Ved psykisk lidelser kan helt grunnleggende, hverdagslige aktiviteter oppleves som utfordrende (Sørensen 2009, s. 140) og ergoterapeuter arbeider med målet om å skape og gjenopprette aktivitet under innleggelsen og forberede for utskrivelse til hjemmet (Ramsey og Swarbrick 2013, s. 940).

I Modellen for menneskelig aktivitet (MoHO) (Kielhofner, 2010b), ses vilje, vane og utførelseskapasitet som tre sammenhengende komponenter i mennesket og er sterkt påvirkende til hvordan aktiviteter blir valgt, organisert og utført (Kielhofner, 2010a, s.26) med omgivelsene som en forstyrrende eller støttende dimensjon (Kielhofner, 2010a, s. 32-33). Det mennesket ser på som viktig, finner interessant og hvordan personlig kapasitet og effektivitet oppfattes (Kielhofner, 2010c, s. 44) er forankret i viljen og utgjør de viljemessige tankene og følelsene til mennesket (Kielhofner, 2010a, s. 27) der forandring drives av det Kielhofner og Forsyth (2010a, s. 191) omtaler som menneskets aktivitetsengasjement. Aktivitetsengasjement er det klienten gjør, tenker og føler under bestemte vilkår i omgivelsene, under eller som en følge av terapi, og er med på å forme, opprettholde og endre viljen, vanen og utførelseskapasiteten hos mennesket (ibid.). Ergoterapeuter må være oppmerksom på aktivitetsengasjement til mennesket så vel som på menneskets vilje, vane, utførelseskapasitet og vilkårene i omgivelsene (Kielhofner, G. og K. Forsyth, 2010a, s. 191).

Alle mennesker engasjerer seg i meningsfulle aktiviteter (Polatajko et al., 2008, s. 83) og meningsfulle aktiviteter og de meningsfulle aktivitetene mennesker engasjerer seg i er med på å identifisere hvem mennesket er og er påvirket av kulturen mennesket lever i (Polatajko et.

al., 2008, s. 88). Individets meningsfulle aktiviteter endrer seg gjennom livet, og funksjonsnedsettelse, som følge av skade eller sykdom, kan gi grunnlag for utvikling av nye meningsfulle aktiviteter (Polatajko et al., 2008, s. 102).

Å muliggjøre meningsfulle aktiviteter er en av hovedoppgavene for ergoterapeuter (Law et al., 2002, s. 30). Muliggjørelse er klientsentrert og involverer pasienten i behandlingen (Law et al., 2002, s. 50). I situasjoner hvor et menneske er svært syk handler muliggjørelse om å fremme motivasjon og motivere til engasjement i behandlingen (ibid.). Polatajko og Townsend (2008, s. 138-139) fremmer muliggjørelse som kjernen i ergoterapifaget. Å muliggjøre meningsfulle aktiviteter er å samarbeide med pasienten i prosessen med å velge, organisere og utføre aktiviteter som de finner meningsfulle (Law et al., 2002, s. 30). I MoHO viser Kielhofner og Forsyth (2010b, s. 205-216) de syv ergoterapeutiske strategiene for muliggjørelse av forandring: anerkjenne, utpeke, gi tilbakemeldinger, rådgi, forhandle, strukturere, coache, oppmuntre og gi fysisk støtte.

3.0 Metode

Her vil metodevalg og utvalg av informanter, fremgangsmåte i datainnsamling og dataanalyse vises før metoden blir sett i lys av reliabilitet og validitet. Videre vises valg av databaser og søkeord brukt i litteratur innhenting, og til slutt en gjennomgang av forskningsetikk.

3.1 Kvalitativ metode

Med bakgrunn i problemstillingen er kvalitativ metode med semistrukturert intervju blitt benyttet for å besvare problemstillingen. I følge Malterud (2011, s. 26) er kvalitativ metode bygd på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning, og egner seg godt til beskrivelser, analyse og forståelse av fenomener (Malterud 2011, s. 28). Malterud (2011, s. 26) beskriver kvalitative metoder som hensiktsmessige i presentasjoner av mangfold og nyanser. Kvalitative metoder kan gi innsikt i menneskers erfaringer, tanker og opplevelser, og skape en økt forståelse av hvorfor noen handler slik de gjør (Malterud 2011, s. 27).

Semistrukturert intervju utføres med utgangspunkt i en intervjuguide som er ledende for intervjuet og samtalen som føres (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 46). Intervjuguiden er bygd opp på åpne spørsmål rundt bestemte temaer (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 48) og intervjuet har til hensikt å innhente nyanserte beskrivelser av informantens opplevelser og tanker (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 47). Malterud (2011, s. 29) beskriver at kvalitative metoder er en hensiktsmessig forskningsstrategi på områder hvor kunnskapsgrunnlaget er lite.

3.1.1 Utvalg av informanter

Oppgaven er basert på et strategisk utvalg (Dalland, 2012, s. 163). Utvalget er gjort med bakgrunn i en gruppe informanter som er vurdert til å ha de erfaringer og forutsetninger som trengs for svare på problemstillingen. Informantene representerer en relativt homogen gruppe, men kan med sine ulike erfaringsbakgrunner representere likheter og ulikheter rundt temaet.

For å utelukke eventuell usikkerhet rundt informantenes troverdighet og autensitet er følgende ekskluderingskriterier blitt fulgt:

- Ergoterapeuter som ikke arbeider på døgnbaserte enheter innen psykiatri i spesialisthelsetjenesten
- Ergoterapeuter som arbeider på døgnbaserte enheter med barn og unge under 18 år
- Ergoterapeuter som arbeider som miljøterapeuter eller i andre stillinger

Fem aktuelle informanter ble lokalisert gjennom en kartlegging av enheter som svarer til oppgavens avgrensning. Alle informantene ble tilsendt et informasjonsskriv med vedlagt samtykkeskriv per mail (vedlegg 1). I etterkant ble det sendt påminnelser, i to omganger, til de som ikke responderte der svarfrist ble forlenget. Grunnet få svar ble noen informanter ringt opp direkte. Informantene inkludert i oppgaven er to fra første kontakt per mail og en ved senere kontakt per telefon.

Oppgaven inkluderer tre informanter, alle informantene er kvinner og har 2, 21 og 25 års erfaring med arbeid innenfor psykisk helse. Informantene er utdannede ergoterapeuter med erfaring fra døgnhet i psykisk helsevern og arbeider i spesialisthelsetjenesten, på rehabiliteringsavdeling og akuttavdeling.

3.1.2 Datainnsamling

Tre dybdeintervjuer er blitt gjennomført og gir grunnlag for det empiriske materialet. Dybdeintervjuene er blitt gjennomført med bruk av intervjuguide og opptaksutstyr. Intervjuguiden (vedlegg 2) er blitt utformet med veiledning fra Kvale og Brinkmann (2015, s. 156-171) og fra veileder og tar utgangspunkt i problemstillingen og den teoretiske referanserammen. Informantene fikk ikke tilsendt intervjuguiden i forkant av intervjuet, men fikk gjennom informasjonsskrivet informasjon om hva intervjuet skulle omhandle. For å avdekke eventuelle misforståelser eller spørsmål rundt intervjuet ble det utformet en sjekklister for bruk til veiledning ved samtale med informantene før intervjuet startet. Under intervjuene ble diktafoner med innebygd minne brukt som opptaksutstyr.

Informantene ble forespeilet en times intervju, inkludert samtale før og etter intervju. Intervjuet ble gjennomført på lik måte for alle deltakerne. Intervjuene ble gjennomført med

personlig oppmøte på de lokalisasjonene som var hensiktsmessig for informanten. Samtlige intervjuer ble gjennomført i lokaler adskilt fra omgivelsene og ble gjennomført som en flytende samtale der informanten hadde spillerom til å utdype sine erfaringer og tanker uten avbrytelser. Oppfølgingsspørsmål relevant for temaet ble stilt med utgangspunkt i intervjuguiden og informantens beretninger.

Som forstadiet til analysearbeidet ble lydmaterialiet fra intervjuene transkribert til skriftlig tekst. Lydopptaket ble transkribert ordrett og alle ikke-språklige lyder og pauser ble inkludert. Etter transkribering ble teksten redigert i et nytt dokument hvor ikke-språklige lyder og irrelevante pauser ble fjernet før analysearbeidet.

3.1.3 Dataanalyse og tolkning

Analysemetoden systematisk tekstkondensering er benyttet og fremheves av Malterud (2011, s. 97) som godt egnet for de som ikke tidligere har benyttet analysestrategier. Systematisk tekstkondensering er utviklet med inspirasjon i fenomenologisk analyse, og beskrives som en deskriptiv tverrgående analyse som er spesielt godt egnet til å skape beskrivelser av fenomener (Malterud, 2011, s. 94, 96). En analyseprosedyre kan være fordelmessig å bruke for dem som ikke tidligere har benyttet seg av kvalitativ metode for å skape en helhet i oppgaven (Malterud, 2011, s. 95). Systematisk tekstkondensering inndeles i fire trinn: helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og sammenfatning (Malterud, 2011, s. 98-107). Den systematiske tekstkondenseringen er gjennomført i tråd med Malterud (2011, s. 98-110) sin beskrivelse av analysemetoden.

På analysens første trinn har et helhetsinntrykk av det empiriske materialet blitt utviklet. Dette ble gjort ved at empirien ble gjennomlest av begge studentene hver for seg og foreløpige temaer notert. I felleskap ble de foreløpige temaene drøftet og sammenlignet, til det gjensto 6 foreløpige temaer. På dette stadiet ble problemstillingen og forforståelsen lagt bort i størst mulig grad, og arbeidet fokuserte på å frem hva empirien handlet om og hva informantene hadde fokusert på.

På andre trinn ble temaene utviklet til koder. Det empiriske materialet ble på dette stadiet gjennomgått i fellesskap. De relevante meningsbærende enhetene ble plukket ut og systematisert i de foreløpige temaene fra første trinn. Etter første runde med koding ble det observert at temaene ikke passet, noen fløt over i hverandre og andre måtte deles opp i subgrupper. Temaene ble omorganisert og kodingen gjort på nytt, prosessen ble gjentatt til de meningsbærende enhetene var sortert i kodegrupper som gav tydelige grupperinger. Underveis i prosessen ble tidligere sorteringer og grupperinger bevart for lettere kunne ta et tilbakeblikk.

I analysens tredje trinn ble de meningsbærende enhetene kondensert. På dette stadiet vil det empiriske materialet ha blitt dekontekstualisert og sortert (Malterud, 2011, s. 105). Hver meningsbærende enhet ble kategorisert i subgrupper før de ble gjennomgått en og en. De meningsbærende enhetene ble gransket, og omskrevet til et kondensat. Dette arbeidet ble gjort i fellesskap for å sikre at dekontekstualiseringen hadde samme mening når den ble rekontekstualisert. Informantens stemme ble fremhevet i dette stadiet, og “jeg” form ble benyttet. På dette trinnet ble det observert at enkelte subgrupper var overlappende, de ble omorganisert.

På analysens fjerde trinn ble den dekontekstualiserte teksten rekontekstualisert igjen og sammenfattet i en analytisk tekst. Den analytiske teksten representerer resultatdelen (Malterud, 2011, s. 107-110). Dette arbeidet ble gjennomført i fellesskap. Deler av teksten ble fjernet eller plassert i nye grupper under arbeidet på dette trinnet og enkelte subgrupper ble fjernet eller bakt inn i andre subgrupper. I utformingen av den analytiske teksten ble hver hovedkategori gjennomgått for seg selv. Den analytiske teksten ble så satt i sammenheng med det opprinnelige empiriske materialet for å kontrollere at teksten samsvarte i den sammenheng det var hentet fra.

Malterud (2011, s. 93, 183) forklarer hvordan dekontekstualisering i analysefasen til en hver tid skal etterfølges av rekontekstualisering. Underveis i analysearbeidet har dette vært i fokus, hvor hver meningsbærende enhet og tolkningsarbeidet av disse har vært satt opp mot hverandre for å sikre resultatenes gyldighet ut i fra det empiriske materialet. Analysearbeidet

har blitt gjort i fellesskap for å sikre at informantens stemme og hensikt er tatt med videre inn i resultatet.

3.1.4 Validitet og reliabilitet

Reliabiliteten omhandler oppgavens pålitelighet og kan ha påvirket flere faktorer underveis i oppgaveprosessen (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 276) . For å sikre oppgavens reliabilitet har en intervjuguide blitt benyttet under gjennomførelse av intervju. Begge studentene har vært tilstede under samtlige intervju og gjennomført disse i fellesskap for å sikre en mest mulig lik gjennomførelse. Systematisk tekstkondensering er blitt benyttet som analysemetode for å sikre reliabilitet i analysearbeidet av det empiriske materialet, og analysearbeidet er gjennomført av studentene i fellesskap for å sikre at dekontekstualiseringen stemmer med rekontekstualiseringen.

Validitet omhandler oppgavens gyldighet (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 276). Kvalitativ metode er valgt for oppgaven med bakgrunn i problemstillingen og metoden er blitt vurdert som egnet til å svare på problemstillingen. Intervjuguiden har blitt brukt som grunnlag for tematisering under intervjuene, og sikret at alle hovedspørsmål har blitt stilt likt under intervjuene. At oppgaven ikke har flere enn tre informanter kan utfordre oppgavens validitet.

3.2 Litteratur og databaser

Databasene CINAHL og MEDLINE er benyttet i litteratursøk. Valg av database er basert på veiledning fra kurs ved biblioteket ved NTNU i Gjøvik. Fagbladet Ergoterapeutene og de internasjonale fagbladene American Journal of Occupational Therapy og Scandinavian Journal of Occupational Therapy er også blitt benyttet for innhenting av artikler.

Artiklene brukt i denne oppgaven er kun fra CINAHL og de overnevnte fagbladene. Dette vises i vedlegg 3 sammen med søkeord som har gitt artikler brukt i oppgaven. Alle artiklene er peer-reviewed og kvalitetssikret etter veiledningsskjema innhentet fra Kunnskapssenteret (2014).

Inkluderingskriterier ble satt for oppgavens artikler:

- Artikler omhandlende ergoterapeuters arbeid.
- Artikler omhandlende fagområdet psykiatri.
- Artikler omhandlende intervensjoner rettet mot de over 18 år.
- Artikler omhandlende døgnenheter på sykehus.
- Artikler fokuserende på ergoterapeutenes perspektiv.

Med bakgrunn i artikler som viser til endringer i tjenestetilbudet i psykisk helse (Lloyd og Williams, 2010; Lipskaya-Velikovsky, Bar og Bart, 2014) og et ønske om å innhente forskningsmaterieell fra nyere tid, er artikler inkludert i oppgaven publisert etter 2000. Litteratursøket ble avsluttet 21.04.2017.

3.3 Forskningsetikk

3.3.1 Rollen som forsker

Som forsker vil man alltid påvirke forskningsprosessen og de resultatene man sitter igjen med (Malterud, 2011, s. 38). Ergoterapistudentene som har arbeidet med denne oppgaven har begge hatt praksis innen psykiatri i spesialisthelsetjenesten, og studentenes forforståelse bygger på erfaringer ervervet under praksisperioder og innhentet teori gjennom studiet. Som ergoterapistuderter vil den faglige forforståelsen og de begrepene knyttet til fagets tolkning påvirke hvordan denne oppgavens empiriske materiale er blitt tolket. Den teoretiske referanserammen og problemstillingen for oppgaven er med på å forme forforståelsen og har hatt en påvirkning på den endelige analytiske teksten. Oppgaven er utført av en studentgruppe på to studenter. Malterud (2011, s. 39) viser hvordan forskerens grad av tilstedeværelse i materialet påvirker empiriens gyldighet og pålitelighet og at samarbeid med andre kan virke positivt på det kvalitative arbeidet.

3.3.2 Forskningsetiske overveielser/aspekt

De forskningsetiske retningslinjene stiller krav til hvordan et forskningsprosjekt gjennomføres. Malterud (2011, s. 204) viser til viktigheten av skriftlig informasjon og samtykke som en forutsetning for å gjennomføre et prosjekt forskningsetisk. I forkant av

intervjuene ble det utsendt informasjonsskriv med samtykkeskriv til informantene. Informasjonsskrivet gav en innføring i oppgavens formål og hva deltakelse i intervjuet innebar. Informantene ble informert om sin rett og mulighet til å trekke sitt samtykke når som helst og få alt materiale slettet uten å oppgi grunn. Dette samsvarer med Malterud (2011, s. 204) og Kvale og Brinkmann (2015, s. 104-106) beskrivelser av informert, frivillig samtykke.

Personopplysninger innhentet under arbeidsprosessen har blitt behandlet konfidensielt og oppbevart på ekstern harddisk. Personer med tilgang til personopplysninger har vært oppgavens studenter og veileder. I utførelsen av oppgaven ble all informasjon som kunne identifisere informantene, inkludert navn på arbeidsplass og tilsvarende, anonymisert. Oppgaven skal etter planen avsluttes juni 2017, alt materiell omhandlende informanter vil bli destruert etter prosjektets slutt.

Å forske på noen innenfor samme fagfelt kan inneha etiske utfordringer (Malterud, 2011, s. 206-207). I denne oppgaven har det vært fokus på å ikke fremstille informantene i et negativt lys og oppgaven er utarbeidet med hensyn til samtykke som ble gitt fra informantene.

3.3.3 Rapportering

Ut ifra innhentet informasjon og etter samtale med veileder er ikke det empiriske materialet meldepliktig eller konsesjonspliktig og trenger ikke godkjenning gjennom en etisk komite.

4.0 Resultat

Resultatet fra forskningsintervjuet blir presentert her. Resultatene fra intervjuene er delt inn i fire hovedtemaer: metoder og strategier i arbeid, aktivitet vs. medisin, hjemmesituasjon og institusjonelle muligheter og begrensninger. Hovedtemaene blir presentert med tilhørende undertemaer.

4.1 Metoder og strategier i arbeid

Informantene understreker viktigheten av å finne ut hvem pasienten er, hva er viktig i deres liv, hvilke utfordringer de opplever og hvordan deres utfordringer kan løses. Dette arbeidet foregikk gjennom ulike former for samhandlinger med pasienten, men alle informantene brukte samtale og aktivitet i stor grad. To av informantene kalte dette arbeidet for detektivarbeid og i korte trekk handlet det om å finne ut “hvor pasienten er”, for så videre å kunne sette mål for behandlingen og iverksette de rette tiltakene. For informantene innebar dette arbeidet at de i samarbeid med pasienten måtte lete etter motivasjon, ressurser og den indre gnisten som kan drive dem fremover. Et annet viktig fellestrekk i deres arbeid var gradering av aktivitet for at pasienten skal føle mestring, skape motivasjon og en gradvis oppbygging av pasienten. På institusjonen arbeidet de med å bygge opp et grunnleggende fundament som pasienten kan bygge videre på etter utskrivelsen fra institusjonen.

Deltakelse og oppmuntring ble brukt for å skape engasjement hos pasienten, og utprøving av aktiviteter ble brukt for å finne ut hva som er riktig og realistisk for den enkelte pasient. Som en informant beskrev, er deltakelse i meningsfulle aktiviteter en metode for å få pasientene i gang igjen i hverdagslivet, prøve ut ting tross motstand og motstridende følelser. En informant mente at pasientene må bli gitt styrke til å engasjere seg og utvikle positive erfaringer rundt det å engasjere seg, det handler om å ikke tviholde på aktiviteter for enhver pris, men skape en balanse mellom aktiviteter som gir og tar energi. Å endre de negative erfaringene og bygge opp tillitt er viktig for å muliggjøre videre arbeid.

Jeg er jo veldig opptatt av det der med alliansen til pasientene, for de har jo veldig dårlige erfaringer med folk mange av de pasientene vi har. Så det der å vise stor respekt for den

enkelte og sånne småting i hverdagen, at du kanskje sier «hei» også navnet på den du ser foran deg, det høres sikkert litt sånn, hva skal en si, bagateller, men jeg har trua på at det er mange bagateller i hverdagen som er med på å styrke den enkelte.

(Informant 1)

En informant beskriver sitt arbeid som en restart med pasienten der de vanskelige tingene må jobbes med for å komme i gang igjen, og mener at en viktig del av arbeidet for å skape deltakelse er å bli med pasientene inn i aktivitetene for å muliggjøre deltakelse i meningsfulle aktiviteter. Hun ser på krise som en mulighet til endring og tenker at aktiviteter som gir hjelp til selvhjelp kan brukes for å forebygge nye innleggelseser og at aktivitetene må ha en mening og en overføringsverdi til hverdagen. Kunsten i jobben sier hun er å finne nysgjerrigheten og drivkraften i pasienten. Det friske i pasienten må bli ivaretatt og aktivitetene må knyttes opp til pasientens interessefelt og gjøres meningsfulle for dem. En annen informant beskriver at arbeidet handler om å få pasienten til å fokusere på de positive tingene, å endre pasientens fokus fra innover vendt til utover vendt.

Pasientene må ha fokus ut, altså, du har det sånn du har det inni deg, men hva kan vi gjøre? For eksempel, hvis vi skal ut å gå en tur, skal du gå å kjenne på all uroen? Mange har mye smerteproblematikk, skal du gå å kjenne på det? Eller skal vi gå runden også kan vi se på hvilke blomster som er, hvilke fuglelyder vi hører, hvordan bygg ser vi? Altså hvor skal vi ha fokuset hen?

(Informant 3)

Deler av arbeidet til en av informantene utføres utenfor avdelingen og erfaringene med dette er gode. Hun observerer at rollene endrer seg ut i fra omgivelsene pasienten befinner seg i. Tanken er at livet ikke skal leves på institusjonen og arbeidet fokuserer på å skape gode aktivitetserfaringer og forberede pasienten på hvordan livene deres kan leves. Dette kan være en lang prosess og hun forteller hvordan de gode opplevelsene ikke trenger å komme med en gang, men på sikt.

Det er situasjoner hvor informantene kan oppleve at pasienten er fastlåst i sin sykdom og ikke evner å se hva som er viktig, da handler det om å erkjenne at situasjonen er som den er. En informant forteller at arbeidet fokuseres på å skape rammer som kan skape positive aktivitetserfaringer for pasienten i samspill med pårørende og omgivelsene. Målet er ofte å få pasienten til å prøve ut aktiviteter over en periode for å skape grunnlaget for et reelt aktivitetsvalg basert på erfaringer.

Du får ikke vedkommende til å se at det har noen mening, men kanskje etter hvert når du har hatt dette sosiale kortsettet av aktivitet som ikke gir noen mening, så kan hjernen også endres ved at da ser du hvertfall hva du velger bort.

(Informant 2)

Pasientens interessefelt kan også være et utgangspunkt i slike tilfeller. Som en informant utdyper, handler arbeidet om å øke selvfølelsen til pasienten og skape en felles forståelse av hvor pasienten er nå og hvilken vei behandlingen skal ta.

Samtlige informanter bruker meningsfulle aktiviteter i sitt arbeid og så klare gevinster med å bruke meningsfulle aktiviteter som en del av den psykiatriske behandlingen. Økt livskvalitet, flyt og mestring er begrepene informantene brukte for å sette ord på gevinstene.

Hvis de ikke kan gjøre aktiviteter som etter hvert kan bli meningsfulle så har jo ikke livet særlig med innhold heller.

(Informant 3)

4.1.1 Strukturert og ustrukturert kartlegging

Informantene brukte observasjon og samtale i sitt kartleggingsarbeid for å finne meningsfulle aktiviteter for pasienten. De gav uttrykk for at de ikke benytter seg av kartleggingsverktøy under observasjoner og samtaler, og at denne delen av kartleggingen foregikk ustrukturert basert på deres faglige ervervede kunnskaper. Unntaket var ved kognitive kartlegginger hvor

det ble brukt strukturerte kartleggingsverktøy som MMS-E, klokketesten, Trail Making A og B, og enkelte andre funksjonsvurderinger. Samtlige informanter oppgir å ha det meste av ansvaret for funksjonsvurderingene.

Aktivitet ble brukt av alle informantene i kartlegging. En av informantene hadde erfaring med at samtale og observasjon i aktivitet skaper en mer naturlig setting og at pasienten åpner seg på andre måter enn under strukturerte forhold. Ved å observere og ha samtaler gjennom aktiviteter kan assosiasjoner til aktiviteten føre pasienten inn på samtaleemner som ikke ville oppstått under strukturerte kartlegginger. Samtidig fremhevet hun viktigheten av å dokumentere det arbeidet som ble gjort. En annen informant så på det å være en samtalepartner som sitt viktigste verktøy. Hun opplevde at kartleggingsverktøy kan forhindre viktig informasjon i å komme frem eller bli tapt under strukturerte samtaler, og opplevde de ustrukturerte kartleggingene like troverdige som strukturerte.

4.1.2 Rammer, krav og brukermedvirkning

Informantene fortalte at det skapes rammer og stilles krav til pasienten under behandlingsoppholdene og gav uttrykk for at rammer må formes og krav må bli stilt ut i fra pasientens ståsted. Rammer og krav ble beskrevet som viktig da det skaper struktur, ro og trygghet rundt pasienten i en sårbar situasjon, men også for å skape grunnlaget for å sette realistiske og oppnåelige mål for behandlingen.

De har jo ikke noe sjekk på døgnrytme og regelmessig måltider og helt vanlig ting, så det der med å få støttet opp om det. Og det tenker jeg at er en muliggjøring for videre aktivitet, for de må først ha det grunnleggende på plass før en kan jobbe videre. Så for de dårligste pasientene så er det rett og slett det som er viktig i forhold til muliggjøring mange ganger.

(Informant 1)

Rammene bidrar til måloppnåelse og står sentralt i oppbyggingen av det grunnleggende hos pasienten. Gjennom å minimere valgmulighetene kunne det skapes grunnlag for mer reelle aktivitetsvalg for pasienten og rammer kunne dermed bli brukt for å skape aktivitetserfaringer.

To av informantene bruker ukeplan og dagsplan som et støttende og strukturerende verktøy under behandlingsoppholdet som i stor grad bidrar til å muliggjøre deltakelse i aktivitetene på institusjonen. Det understrekes viktigheten av pasientens deltakelse i utformingen av ukeplanen og at ukeplanen er pasientens arbeid under behandlingsoppholdet.

Brukermedvirkning kom tydelig frem som en del av arbeidet med rammer og krav. Informantene arbeider for å engasjere pasienten til å delta i og prege sin egen behandling. De oppgitte fremgangsmåtene varierte, men samtlige vektla et utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten og hva vedkommende selv ønsker. Ord som motivering, humor, mening, mestring og allianse ble brukt i informantenes beskrivelser av fremgangsmåten.

4.2 Aktivitet vs. medisin

Selv om alle informantene hadde en formening om hvordan medisiner påvirker pasientens aktivitetsutførelser, så informantene på medisiner som et komplekst område utenfor deres fagfelt. Samtidig delte to av informantene sine tanker om meningsfulle aktiviteter satt opp mot medisin og hvordan enkelte medisiner kan skape utfordringer og begrensinger i aktivitetsutførelsen. De har ervervet erfaringer med bruk av meningsfulle aktiviteter som en form for medisin. Å oppleve glede og mening i aktiviteter ble beskrevet som en viktig medisin og at opplevelser og mestring gjennom aktivitet i noen tilfeller kan erstatte medikamenter.

Du kan bruke meningsfulle aktivitet og oppmerksomhet på det i stedet for å pøse på med medisiner i vildensky. Da får du jo den gevinsten der, det blir et mer meningsfylt liv.

(Informant 1)

De utdypet videre at meningsfulle aktiviteter kan bli brukt som et alternativ til medisin og at meningsfulle aktiviteter kan gi grunnlag for et meningsfullt liv uten påvirkninger fra medisinenes bivirkninger. De må skape meningsfulle aktiviteter på det nivået pasienten er, skape et innhold og en balansegang som dekker de fysiske, psykiske og sosiale behovene til pasienten. Meningsfulle aktiviteter ble sett på som viktig fordi det spiller på det friske i

pasienten, og at medisiner i noen tilfeller kan være en hemmer for å delta i meningsfulle aktiviteter. Pasientens situasjon er ofte kompleks, og det ble sett på som sentralt å finne de bakenforliggende årsaken til medisinbruken for å ta tak i og arbeide med dem, finne de individuelle løsningene.

Den ene informanten så på medisinene som en måte å ta ansvaret vekk fra pasienten, samtidig som bivirkningene skaper hindringer i pasientens liv. Gjennom å bruke meningsfulle aktiviteter opplevde hun at ansvaret ble mer lagt over på pasienten. Aktiviteter er noe pasienten selv kan styre bruken av og oppleve de gevinster det gir, uten bivirkningene som medisiner skaper.

Jeg prøver å si at dette er min medisin, dette kan du styre selv, det er medisin du kan bruke når du vil, det har ikke de bivirkningene som piller har for eksempel, hvis du gjør disse øvelsene, kjenner du deg bedre? Du kan gjøre det når du vil.

(Informant 2)

Aktiviteter kan i tillegg skape endringer i tanker og handlemåte som har en varig effekt hos pasienten, noe medisiner ikke har. Hun var svært opptatt av humor i sitt arbeid og at pasienten skal oppleve en flyt i aktivitetene. Det handler om å glemme tid og sted, delta i aktiviteten og oppleve glede, noe hun mente at medisiner ikke kan gjøre alene.

4.3 Hjemmesituasjon

Hjemmesituasjonen til pasienten var noe informantene var opptatt av. De gav uttrykk for at informasjon eller mangel på informasjon rundt hjemmesituasjonen til pasienten preget deres arbeid. Bruken av hjemmebesøk for å innhente informasjon varierte fra der en informant ikke hadde mulighet til å utføre hjemmebesøk til der hjemmebesøk var en del av arbeidet for en annen informant. Årsaken til dette var institusjonelle muligheter eller begrensninger i form av tid til gjennomførelse og tilgang til bil. Uavhengig av mulighetene til å gjennomføre hjemmebesøk mente informantene at informasjon om hjemmesituasjonen til pasienten er viktig for å skape et helhetsbilde av pasienten og har dermed en påvirkning på

behandlingen. Aktivitetene og erfaringene som skapes på behandlingsstedet skal ha en hensikt i hjemmet til pasienten og mye av fokuset ligger på dette. Det skapes rom for at pasienten kan tillære seg nye aktiviteter på institusjonen som kan være en ressurs i hjemmesituasjonen og gjennom å øke aktivitetsnivået gradvis på institusjonen kan pasienten bygge seg opp og overføre aktivitetene til hverdagen sin etter utskrivelsen.

Informantene som ikke hadde mulighet eller ikke benyttet seg av muligheten til å utføre hjemmebesøk fremhevet at arbeidet som ble utført på institusjonen rettes mot hjemmet. En beskrev videre at observasjoner av pasientens rom på behandlingsstedet ble brukt som en informasjonskilde, kombinert med beskrivelser om hjemmesituasjonen innhentet fra pasienten og pårørende. Basert på denne informasjonen ble det utviklet forslag til endringer i pasientens vaner og rutiner som kunne innarbeides på institusjonen og overføres til hjemmesituasjonen. Hun mente at ved å ikke jobbe med det pasienten skal leve med hjemme kan resultere i at de kommer tilbake til behandling på institusjonen.

Skal du få folk fort hjem så er det jo bedre at du jobber mot hjemmet så fort som mulig sånn at ikke overgangen fra innlagt til utskrevet er så stor. For det er jo et omsorgsfall. Få ferdig mat, seng og alt er liksom på stell hos oss og det er det ikke hjemme, også ja, kommer du på en måte tilbake til det samme vanskelige.

(Informant 2)

Informanten som hadde hjemmebesøk som en del av sitt arbeid fremhevet at hjemmebesøket ofte gav et rollebytte for pasienten. Det ble ofte observert en positiv endring i pasienten og pasients aktivitetsutførelse i hjemmesituasjonen sammenlignet med på institusjonen. Hun mente årsaken kan være at pasienten er i sine kjente og trygge omgivelser, men fordi pasienten ofte er svært dårlige før de kommer til behandlingsstedet kan de ha dårlige erfaringer knyttet til hjemmet. Hjemmebesøk kan gi grunnlag for positive erfaringer og informantene legger trykk på at det er ikke på behandlingsstedet de skal leve, det er hjemme.

For di det skjer noe med det rolleskiftet med å være innlagt gjest til å være vert/vertinne hjemme. Også er det en viktig forberedelse i forhold til permisjoner, det er viktig i forhold til utskrivelse.

(Informant 3)

4.3.1 Samarbeid med andre aktører ved utskriving

Samarbeid med kommunen og andre aktører er et ledd i arbeidet rettet mot hjemmet. Samarbeidsmøter er en viktig arena for dette samarbeidet. På hvilke stadiet samarbeidet med kommunen opprettes varierer, men uavhengig av det er fellestrekkene for alle informantene at deres arbeid er et ledd i et langt forløp. De understreker viktigheten av å videreformidle det arbeidet som er blitt gjort og komme med anbefalinger til neste aktør i behandlingsprosessen.

Funksjonsvurderinger blir gjort på behandlingsstedet og blir brukt for å jobbe med de nødvendige funksjonene mot utskrivelsen og for å beskrive pasientens funksjon slik at kommunen skal få innsikt i pasientens hjelpebehov ved utskrivelse. I forkant av utskrivelse kartlegges pasientens aktivitetsønsker opp mot kommunens faktiske aktivitetstilbud. Det blir gitt uttrykk for at utprøving av ulike aktiviteter på behandlingsstedet kan bidra positivt i hjemmesituasjonen.

4.4 Institusjonelle muligheter og begrensninger

På arbeidsplassene til informantene ble det beskrevet ulike former for institusjonelle muligheter og begrensninger, blant annet tid, aktiviteter og tverrfaglig samarbeid.

4.4.1 Tid

Tidsrammer og tidspress var noe som berørte alle informantenes arbeid. En informant fortalte om endringer som blant annet har ført til færre antall sengeplasser på behandlingsstedet og innleggelsestiden for pasienten er blitt kortere. Endringene har også ført til at pasienten oppleves dårligere nå enn før ved innleggelse, noe hun knytter opp til at pasienten er lengre hjemme før de blir innlagt. Hun kunne oppleve utfordringer i å finne nok tid til den enkelte og

at arbeidet ikke ble optimalt. Samtlige informanter mente den tidsmessige rammen øker viktigheten av å ha pasienten og hva som er viktig for pasienten i fokus under innleggelsen, og ikke la tidsrammer gå utover mulighetene til å engasjere pasienten i meningsfulle aktiviteter.

4.4.2 Aktiviteter

Aktivitetstilbudene varierte på de forskjellige behandlingsstedene. Fellestrekket var at de hadde aktivitetstilbud både innendørs og utendørs og at informantene tilrettelegger for at pasienten skal kunne opprettholde de interessene de har eller skape nye interesser. Hobbyaktiviteter, “stue-aktiviteter” som spill og strikking og andre hverdagslige aktiviteter som matlaging og utflukter blir trukket frem som eksempler. Fysisk aktivitet ble sett på som en selvfølge for pasienten og samtlige informerte om både ustrukturerte og strukturerte fysiske aktiviteter på institusjonene.

Mulighetene i de fysiske omgivelsene varierte på de ulike arbeidsplassene og påvirker i noe grad deres arbeidsmuligheter gjennom aktivitet. Det ble blant annet trukket frem arenaer aktivitetene burde foregå i som ikke fantes eller egnet seg. Å få til endringer i de fysiske omgivelsene ble sett på som en utopi de ikke ønsket å bruke tid og energi på. Informantene valgte heller å fokusere på hvilke muligheter de har og hvordan de kan bruke ressursene i omgivelsene til å skape et dekkende aktivitetstilbud for pasienten.

4.4.3 Tverrfaglig samarbeid

Informantene arbeidet tverrfaglig gjennom behandlingsmøter og tverrfaglige møter og fremhevet viktigheten av samarbeid med de ulike faggruppene for å skape en helhetlig behandling for pasienten. De mente viktigheten av det tverrfaglige samarbeid ligger i å dra i samme retning og jobbe mot samme mål med pasienten. En informant så en forskjell i de forskjellige yrkesgruppenes fokus og mente det ulike fokuset utfyller hverandre og komplimenterer behandlingen for pasienten. Videre ble det sett en forskjell i ergoterapeutenes rapporteringer gjort ved observasjoner med pasienten sammenlignet med andre yrkesgrupper og fremhevet dette som en viktig forskjell.

Vi er flinkere til å beskrive hvordan dem gjør. For eksempel det å være med å steke vafler da, hvordan er dem i denne aktiviteten? Noen kan skrive “vært med å steke vafler”, punktum. Ja, men hvordan gjorde han det? Var han aktiv i samtalen? Klarte han å bestemme hvor lenge det måtte steke for at det skulle være ferdigstekt? Klarte han å vurdere hvor mye røre det skulle være oppi?

(Informant 3)

Hun opplevde også at ergoterapeutene gir pasienten mer tid og tilrettelegger og graderer aktivitetene slik at pasienten kan utføre aktivitetene selv.

5.0 Diskusjon

Diskusjonsdelen er todelt. Først vil diskusjon av resultatene vises, før oppgavens metodekritikk med diskusjon av metode og fremgangsmåte i oppgaven.

5.1 Diskusjon av resultatet

Diskusjon av resultatet er satt opp mot og i lys av den teoretiske referanserammen, annen teori og tidligere forskning med retning mot oppgavens problemstilling. Diskusjon av resultatet er delt inn i de fire hovedtemaene presentert i resultatet.

5.1.1 Metoder og strategier

Detektivarbeidet skaper et utgangspunkt for å jobbe mot det som er viktig i pasientenes liv med pasienten i sentrum. Det kan sees i tråd med aktivitetsvitenskapens søken etter de individuelle motivasjonsfaktorene og driven av motivasjon og bruk av meningsfulle aktiviteter som muliggjørende for mennesket i å utfylle sine roller og oppnå sine potensialer (Yrexa, 1990). Informantene beskriver et samarbeid med pasienten for å lete etter motivasjon, ressurser og den indre gnisten som kan drive pasienten fremover og bygge opp et grunnleggende fundament. Man må sette til side sine egne formeninger og ta seg tid til å bli kjent med klienten og forstå deres tanker og ønsker (Öhman og Asaba, 2009), forstå det pasienten forstår, men samtidig forstå mer for å gi pasienten de forutsetningene som behøves for å oppnå en bedring.

Engasjement var en viktig del av detektivarbeidet, der pasientene ble gitt styrke og rom til å engasjere seg for å skape positive erfaringer. Engasjement i meningsfulle aktiviteter er viktig for det gir en bekreftelse til personen og støtter opp under en styrket selvtilit (Polatajko og Townsend, 2008, s. 59). Gjennom bruken av aktivitet som metode for å finne ut hva som er riktig og realistisk for pasienten, kunne informantene observere og føre samtaler og få rede på det klienten gjør, tenker og føler. Aktivitetene ble tilrettelagt for at de gode opplevelsene kunne oppstå og bidra til å forme, opprettholde og endre komponentene som påvirker valg, organisering og utføring av aktiviteter. Slik det fremstår kan informantenes arbeid med å

skape engasjement og muliggjøre meningsfulle aktiviteter ses i teorien om aktivitetsengasjement (Kielhofner og Forsyth, 2010a, s. 191).

Deres arbeid med å skape en forståelse av “hvor pasienten er” og dermed hvordan behandlingen ble utformet, oppstod gjennom ustrukturerte kartlegginger i form av samtaler og observasjoner i aktivitet. Til tross uttrykk om at ustrukturerte kartlegginger basert på faglige ervervede kunnskaper gav mer informasjon enn strukturerte kartlegginger, fremhevet informantene viktigheten av dokumentasjon av arbeidet som utføres. Dette samsvarer med funn i Wikeby, Pierre og Archenholtz (2006) sin artikkel der ergoterapeutene inkludert i deres studie var opptatt av å kunne beskrive hva de gjør og hvorfor for å tydeliggjøre faget. En kritisk vinkling rettes mot fravær av strukturerte kartleggingsverktøy og hvordan det kan påvirke det faglige språket i dokumentasjonen. Bruk av kartleggingsverktøy kan øke muligheten for utvikling og vurdering av måloppnåelse i intervensjoner og kan tydeliggjøre den faglige kompetansen som ergoterapeuter innehar samt styrke dokumentasjonen. Gjennom å bruke kartleggingsverktøy kan arbeidet som gjennomføres og effektene av intervensjonene synliggjøres. Informantenes beskrivelser av fordelene med ustrukturerte kartlegginger og ulempene med strukturerte kartlegginger, kan gi et bilde til årsakene for bruk av ustrukturerte kartleggingsmetoder. Samtidig er dette et område som må undersøkes ytterligere for å få økt beskrivelse av årsaken til hvorfor kartleggingsverktøy kan oppleves som et hinder fremfor en ressurs. Hvilke tanker informantene hadde om avvik som kan oppstå i pasientenes beretninger om funksjon i samtale og hva som blir observert i aktivitetsobservasjoner kom ikke tydelig frem i oppgaven, og kan være et område som kunne blitt utdypet.

Basert på den innhentede informasjonen ble rammer og krav utformet og brukt som et strukturerende verktøy for å skape et grunnlag og muliggjøre pasientens måloppnåelse. Aktivitetsvitenskapen ser på mennesket som engasjerende i meningsfulle aktiviteter i samspill med sine omgivelser (Yrexa, 1990) og rammer og krav kan bli sett på som en del av de sosiale og institusjonelle omgivelsene for pasienter innlagt i psykisk helsevern. Å gradere omgivelsene gjennom støttende og oppbyggende rammer kan ha en muliggjørende effekt på pasientens deltakelse i meningsfulle aktiviteter.

De muliggjørende strategiene anerkjenne, rådgi, forhandle og strukturere (Kielhofner og Forsyth, 2010b, s. 205-216) kan ses i informantenes arbeid når rammer og krav skapes. Å sette rammer kan ses på som strukturerende og brukes for å skape aktivitetserfaringer og strukturere pasientens hverdag. Dette kan blant annet ses i ukeplanen og dagsplanen som kan bidra til å muliggjøre pasientens deltakelseskapasitet i institusjonen. For å kunne sette de riktige rammene og kravene ut i fra pasientens ståsted må informantene anerkjenne pasientens opplevelse og perspektiv. Informantene beskriver at de arbeider for å engasjere pasienten til å delta i og prege sin egen behandling. Brukermedvirkning er her en viktig del og blir fremhevet som en nødvendighet i behandlingen i psykisk helse for å styrke individets evne til å mestre eget liv (Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 19). Fokuset ligger i hva som er viktig for pasienten, og hva pasienten selv ønsker. Rådgi og forhandle er to strategier som blir involvert i prosessen med å utvikle riktige krav for pasienten og for å bli enig med pasienten om de krav som skal stilles og er viktig i muliggjørelsen av alliansen.

5.1.2 Aktivitet vs. medisin

Informantenes tanker om aktivitet og medisin som to elementer som påvirker hverandre kan kobles opp mot aktivitetsvitenskapen som fremhever hvordan meningsfulle aktiviteter er essensielt for menneskets helse og velvære (Yrexa, 1990). Som informantene beskrev kan meningsfulle aktiviteter bli brukt som et alternativ for medisin og gi grunnlag for et meningsfullt liv uten påvirkning av medikamentelle bivirkninger. Dette kan også ses i aktivitetsvitenskapen der Yrexa (1990) setter medisin opp mot ergoterapi, og ser på medisin som opptatt av livsbevaring, her ergoterapi utover livsbevaring er opptatt av livskvalitet, valgmuligheter og frihet for det enkelte individ.

Medisiner ble beskrevet som en måte å ta ansvaret vekk fra pasienten, og som et potensielt hinder i pasientens mulighet til bruke egne ressurser i håndtering av utfordringer. Dette kan ses i sammenheng med aktivitetsubalanse, aktivitetsfrarøvelse og meningsløshet som kan oppstå som en konsekvens av sosiale og individuelle faktorer (Creek, 2008, s. 47) og kan påvirke deltakelsen i meningsfulle aktiviteter. De aktivitetene mennesker engasjerer seg i har ofte en tilknytning til overlevelse og helse (ibid.) og i aktivitetsvitenskapen blir mennesket sett på som aktive av natur, søkende etter å være aktive i sine meningsfulle aktiviteter (Yrexa,

1990). Som resultatene viser må det bygges videre på det friske i pasienten for å skape en balanse i pasientens liv. Funksjonsnedsettelse som følge av sykdom kan gi grunnlag for utvikling av nye meningsfulle aktiviteter (Polatajko et al., 2008, s. 102)

Informantene fremhevet viktigheten av å finne de bakenforliggende årsakene til pasientenes utfordringer og problemer. I lys av resultatene kan engasjement i meningsfulle aktiviteter og aktiv bruk av meningsfulle aktiviteter i psykiatrisk behandling ha en varig effekt og skape endringer i pasientens tanker og handlemåte. Dette kan ses i aktivitetsvitenskapen hvor Yrexa (1990) beskriver meningsfulle aktiviteter som muliggjørende for utfyllelse av menneskets roller og potensial. Ergoterapi har en aktiv rolle i å muliggjøre pasientens utvikling av ferdigheter som er nødvendig for at pasienten skal kunne utfylle sine aktivitetsroller (ibid.). Informantene så på de meningsfulle aktivitetene som bidrager i å skape et innhold og balanse i livet til pasientene, som dekket deres fysiske, psykiske og sosiale behov og er i tråd med Yrexa (1990) sin beskrivelse av ergoterapiens syn på mennesket som en helhet, med deres ressurser og meningsfulle aktiviteter i interaksjon med sine omgivelser.

Funnene i det aktuelle området kan indikere at medisiner alene ikke alltid kan bidra til en bedring hos pasienter med psykiske lidelser. Samtidig er det viktig å fremheve at medisiner er nødvendig i behandling av flere psykiatriske lidelser, og det kan hevdes at en behandling bestående av en balanse mellom medisin og meningsfulle aktiviteter er den riktige kombinasjonen. Likevel indikerer resultatene at meningsfulle aktiviteter kan dekke pasientens behov på flere plan enn hva medisiner nødvendigvis gjør og skape et innhold i pasientens liv.

5.1.3 Hjemmesituasjon

En medlemsundersøkelse, gjennomført blant medlemmer av Norsk Ergoterapautforbund høsten 2016, viser at ergoterapeutene arbeidende i psykisk helse ønsker å foreta mer kartlegging og observasjoner i hjemmet til pasienten (Nygård og Engeset, 2017). Dette kan ligge i, som informantene i denne oppgaven beskrev, at informasjon eller mangel på informasjon om hjemmesituasjonen har en påvirkning på arbeidet som utføres. Selv om mulighet til hjemmebesøk varierte, var hjemmesituasjonen med på å skape et helhetsbilde. Informantenes fokus på å bruke aktiviteter på institusjonen som kunne ha en effekt i hjemmet

kan sees i lys av Lloyd og Williams (2010) sin artikkel som viser til utskrivelsesplanlegging som et av fire arbeidsområder for ergoterapeuter i psykisk helsevern. Deres funn indikerer at ergoterapeuter arbeidende på døgnenheter i psykisk helse må ha et bredt arbeidsfokus, arbeidende med aktiviteter både under og etter innleggelsesoppholdet (ibid.). Som funnene i denne oppgaven indikerer, kan reinnleggelse være en konsekvens av manglende arbeid mot hjemmet her risikoen for et omsorgsfall fremheves av en informant. Karlsson og Borg (2013, s. 129-130) viser til at man i noen grad kan miste ansvaret for seg selv som innlagte på en institusjon, sammenlignet med mulighetene man har til å oppleve et ansvar for seg selv i sitt eget hjemmemiljø. Hjemmet representerer folks virkelighet (ibid.). Som det fremkommer i resultatene kan hjemmebesøk gi grunnlag for et positivt rollebytte mellom behandler og pasient og endringer i erfaringer hos pasienten som kan være et viktig bidrag opp mot permisjoner og utskrivelse.

Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 9) vektlegger økt fokus på faktorer som mestring, tilhørighet og mening innen psykisk helse. Dette er faktorer som kan ses i informantenes beskrivelser der aktiviteter mestres i større grad i rolleskiftet fra institusjon til hjem. Dette kan henge sammen med at utførelse av aktiviteter som utføres i hjemmet gir mening, hvor pasienten har en tilhørighet i kjente og trygge omgivelser der vaner og rutiner bygger opp under aktivitetsutførelsen og aktivitetskompetansen, som igjen kan kobles opp til mestringsopplevelsen i aktiviteten.

Karlsson og Borg (2013, s. 129-130) sine beskrivelser av kommunehelsetjenesten og bruk av hjemmebesøk i behandlingen, kan på enkelte områder brukes for å begrunne hjemmebesøk i spesialisthelsetjenesten. Det beskrives at menneskets situasjon vil bli mer synlig gjennom å besøke hjemmet, og at eventuelle problemer kan lettere bli identifisert og differensiert. Hjemmebesøk gir en unik mulighet til å få en nyansert forståelse av pasientens liv hvor ressurser vil bli mer synliggjort (ibid.). Informantene i denne oppgaven så på arbeidet sitt som et ledd i et langt forløp, og videreformidlingen av deres observasjoner og arbeidet til neste aktør som viktig. At pasientenes aktivitetsønsker ble kartlagt i forkant av utskrivelse kan være med på å redusere barrierene i overføring fra institusjon til hjem, at ikke alle informantene snakket om slik kartlegging kan stille spørsmålsteget om dette var en metode de alle brukte. Mostad et al. (2013) viser til kartlegging av hjemmesituasjonen som et nødvendig tiltak i

reduseringen av barrierer i overføringen av aktiviteter fra institusjon til hjem. Kartleggingen er viktig om målet er opprettholdelse av aktivitet etter utskrivelse, samtidig som det vises til samarbeid med oppfølgingsaktørene som et viktig overføringstiltak (ibid.)

5.1.4 Institusjonelle muligheter og begrensninger

Endringer i innleggelsestiden som en informant fremhevet, er noe tidligere forskning også har vist til (Lloyd og Williams, 2010; Lipskaya-Velikovsky, Bar og Bart, 2014). Informantene ser på tidsrammene som en faktor som øker viktigheten av å ha pasienten og pasientens muligheter i fokus. Tidsrammen kan komme i konflikt med informantens muligheter til å bygge opp en allianse med pasienten, og som Öhman og Asaba (2009) sin undersøkelse indikerer er tid en viktig faktor i prosessen med å bli kjent med klienten og forstå deres tanker og ønsker om fremtiden. Tid er en viktig del av det klientsentrerte arbeidet (ibid.), og det klientsentrerte arbeidet er en viktig del av det muliggjørende arbeidet (Law et al., 2002, s 50).

Lipskaya-Velikovsky, Bar og Bart (2014) sine funn viser at ergoterapeuter arbeidende med psykisk helse på døgneheter har et økt fokus på fritidsaktiviteter sammenlignet med ergoterapeuter arbeidende i kommunene. Funnene i denne oppgaven indikerer det samme, da informantene beskrev aktiviteter som utfylte pasientens interesser og hverdagsaktiviteter som fokuset i deres aktivitetstilbud. Bruken av fritidsaktiviteter på døgneheter kan brukes som en del av den ergoterapeutiske intervensjonen for å trene og øke aktivitetsferdigheter og -kapasitet, og bidrar til å gi pasientene en meningsfull måte å fylle tiden på (Lipskaya-Velikovsky, Bar og Bart, 2014). Aktivitetsmulighetene ble av informantene beskrevet som påvirket av de kontekstuelle faktorene i de fysiske omgivelsene på arbeidsplassen, dette er funn som også vises i Lloyd og Williams (2010) sin review, hvor de kontekstuelle faktorene rapporteres som styrende for aktivitetstilbudet.

Informantene beskrev samarbeid med de ulike faggruppene som viktig for å skape en helhetlig behandling og for å jobbe mot samme mål. Fagområdet består av mange aktører med ulike profesjoner med kunnskaps- og interessekonflikter (Karlsson og Borg, 2013, s. 175). En felles enighet om målet for behandlingen og at profesjonene arbeider ut ifra et felles verdigrunnlag og behandlingsprinsipper er sentralt i den psykiatriske behandlingen. En

gjensidig respekt for de ulike faggruppene er med på å sikre pasienten best mulig behandling, samarbeidet skal skape en trygghet for pasienten hvor det beskrives at pasienten skal føle trygghet gjennom kontinuerlig og konstant kvalitet på behandlingen (Poulsen 2009, s. 63). Dette kan ikke oppstå hvis alle de ulike faggruppene drar pasienten i hver deres retning mot forskjellige mål. Som tidligere nevnt så informantene på rammer som en viktig del av behandlingen for pasienter med psykiske lidelser, en felles enighet i det tverrfaglige samarbeidet er også med på å skape rammer rundt pasiente som kan bidra positivt i deres behandling.

5.2 Metodekritikk

Resultatene i oppgaven viser likhetstrekk med tidligere forskning fra andre land, noe som kan si noe om overførbarheten av resultatene og styrke oppgavens validitet. Samtidig er videre undersøkelser på området nødvendig for å si noe om generaliserbarheten av funnene.

Da denne oppgaven inkluderer tre informanter er funnene i denne undersøkelsen utelukkende en indikasjon på ergoterapeuters arbeid med psykisk helse i spesialisthelsetjenesten i Norge. En bredere geografisk avgrensning kunne ha økt antall informanter som kunne styrket resultatenes validitet og reabilitet. Samtidig er ikke overførbarheten i resultatene avhengig av antall informanter, og et stort antall informanter kan øke risikoen for en overfladisk analyse og arbeid med empiri (Malterud, 2011, s. 59-61). Som en studentoppgave har oppgavens tre informanter bidratt til en overkommelig mengde analysemateriell.

Spørsmålsformulering er en faktor som kan ha påvirket resultatene. Spørsmålene ble formulert ut ifra oppgavens hensikt og informantene fikk rom til å svare utfyllende. Det ses i etterkant at oppfølgingsspørsmål kan ha hatt en ledende effekt for å få avklaringer eller utdypninger i informantenes svar. Oppfølgingsspørsmålene kan dermed ha svekket resultatenes validitet og reliabilitet, samtidig kan de ha bidratt til å gi dekkende og nyanserte beskrivelser. Om informantene hadde blitt tilsendt intervjuguiden som et forberedelsesmaterieell, kunne temaet blitt utdypet ytterligere, men informasjonen som ble innhentet hadde vært mindre preget av spontane tanker og formeninger. Det ses i etterkant at tilbakeholdelse av intervjuguiden gav et godt grunnlag for intervjusituasjonen.

Intervju som undersøkelsesform skaper en skjevhet i maktbalansen mellom intervjuer og objekt gjennom at samtalens tema blir styrt, og en konsekvens kan være at informasjon blir tilbakeholdt (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 52). Gjentakende forsøk på å få tak i potensielle informanter ble sett på som en etisk utfordring for studentene og kan også ha hatt en innvirkning på informantenes informasjonsdeling i oppgaven. I tillegg kan en av studentens tidligere bekjentskap til en av informantene ha påvirket besvarelsene i intervjuet.

Kvalitativ metode er ikke blitt benyttet av studentene tidligere, noe som kan ha ført til feil eller mangler i utførelsen. Øvelse i intervjusituasjoner og bedre kjennskap til analyseprosessen kunne ha styrket resultatet. Som forsker vil man alltid i en eller annen grad påvirke forskningsprosessen og de resultatene man sitter igjen med (Malterud, 2011, s. 38), men at det har blitt benyttet en intervjuguide og en felles analysemetode kan ha hatt en positiv innvirkning og styrket resultatenes reliabilitet.

Forhåndsbestemte temaer, basert på problemstillingens områder, kunne lettet analyseprosessen, men tolkning av informasjonen kunne blitt styrt og svekket resultatenes gyldighet (Malterud, 2011, s. 98-110). Fravær av transkripsjonsprosedyre kan ha hatt en innvirkning på oppgavens reliabilitet og validitet og ubevisst tolkning og dårlig lyd kvalitet kan ha påvirket det transkriberte materialet. Likevel finnes det ikke noen korrekt transkripsjon, men transkripsjonen skal gjennomføres etter hva som er formålstjenlig (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 212). Av etiske hensyn er sitatene brukt i resultatet tilpasset skriftlig språk i størst mulig grad, men tolkninger fra muntlig til skriftlig språk kan ha påvirket materialet.

Et helhetlig overblikk kan vise at forforståelse, studentenes og informantenes tanker og erfaringer, samspillet i intervjuet, og all behandling av råmaterialet kan ha påvirket oppgaven endelige resultat.

6.0 Konklusjon

Funnene viser at ergoterapeutene brukte ulike metoder og strategier i sitt arbeid, men felles var at deres arbeid med å fremme engasjement og muliggjøre meningsfulle aktiviteter tok utgangspunkt i det som var viktig for pasienten og at arbeidet var rettet mot hjemmet.

Engasjement ble fremmet gjennom brukermedvirkning og variert bruk av meningsfulle aktiviteter, der pasientens aktivitetsmotivasjon ble støttet opp. Gjennom fokus på engasjement, ivaretagelse av det friske i pasienten og de rammer og krav som ble satt, skapte ergoterapeutene et grunnlag som kunne muliggjøre meningsfulle aktiviteter. Arbeidet var preget av et syn på meningsfulle aktiviteter som en form for medisin og påvirket av institusjonelle faktorer.

Funnene gir et bilde på ergoterapeutenes arbeid med psykisk helse i spesialisthelsetjenesten, men det er et behov for videre forskning på området.

7.0 Referanser

- Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016)*. Oslo: Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/AD/publikasjoner/rapporter/2013/OppfPlanArbogPsykHelse.pdf> (Hentet 23. april 2017).
- Andersen, A. J. W (2016) *Psykisk helse*. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/psykisk_helse (Hentet: 23. april 2017).
- Bannigan, K. og Spring, H. (2012) The evidence base for occupational therapy in mental health: more systematic reviews are needed, *Occupational Therapy in Mental Health*, 28(4), s. 321-339. DOI: 10.1080/0164212X.2012.708573.
- Bjerkaas, K-E. T. (2012) *Psykisk helse; spesialkompetanser for ergoterapeuter*. Tilgjengelig fra: <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse/Psykisk-helse> (Hentet: 23. april 2017).
- Christiansen, C.H. og Haertl, K. (2014) A contextual History of Occupational therapy, i Schell, B. A. B., Gillen, G. og Scaffa, M. E. (red.) *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 12. utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins, s. 9 - 34.
- Creek, J. (2008) The knowledge base of occupational therapy, i Creek, J. og Lougher, L. (red.) *Occupational Therapy and Mental Health*. 4.utg. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, s. 31-56.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Ergoterapeutene (2008) *Ergoterapeuters kompetanse. Hva kan og gjør ergoterapeuter?* Tilgjengelig fra: <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse> (Hentet: 23. april 2017).

- Gutman, S. A. (2012) 'State of Mental Health Research in the American Journal of Occupational Therapy, 2008-2011', *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(2), s. e30-33. DOI: 10.5014/ajot.2012.003913.
- Gutman, S. og Raphael-Greenfield, E. (2014) 'Five Years of Mental Health Research in the American Journal of Occupational Therapy, 2009-2013', *American Journal Of Occupational Therapy*, 68(1), s. e21-36. DOI: 10.5014/ajot.2014.010249.
- Helsedirektoratet (2015) *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015, definisjonsvedlegg*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/SAMDATA%20Spesialisthelsetjenesten%20definisjonsvedlegg%202015.pdf> (Hentet: 23. april 2017).
- Indergård, P. J., Solbakken, T. og Urfjell, B. (2017) *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016, Norsk pasientregister*. (Rapport Helsedirektoratet IS-2608). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1297/IS-2608-Aktivitetsdata-PHV-TSB-2016.pdf> (Hentet: 23. april 2017).
- Karlsson, B. og Borg, M. (2013) *Psykisk helsearbeid, Humane og sosiale perspektiver og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kielhofner, G. og Forsyth, K. (2010a) Aktivitetengagement: Hvordan klienter opnår forandring, i Kielhofner, G. *MOHO: modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til utdanning og praksis*. 2.utg. København: Munksgaard, s. 191-204.
- Kielhofner, G. og Forsyth, K. (2010b) Ergoterapeutiske strategier for muliggjørelse af forandring, i Kielhofner, G. *MOHO: modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til utdanning og praksis*. 2.utg. København: Munksgaard, s. 205-224.

- Kielhofner, G. (2010a) Den menneskelige aktivitets grunnlæggende begreber, i Kielhofner, G. (2010) *MOHO: modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til uddannelse og praksis*. 2.utg. København: Munksgaard, s. 25-34.
- Kielhofner, G. (2010b) *MOHO: modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til uddannelse og praksis*. 2.utg. København: Munksgaard.
- Kielhofner, G. (2010c) Vilje, i Kielhofner, G. *MOHO: modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til uddannelse og praksis*. 2.utg. København: Munksgaard, s. 43-61.
- Kunnskapssenteret (2014) *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler> (Hentet: 23. april 2017).
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S. og Townsend, E. (2002) Core concepts of occupational therapy, i Townsend, E. (red.) *Enabling occupation : an occupational therapy perspective*. Rev. utg. Ottawa: CAOT Publications.
- Lipskaya-Velikovsky, L., Bar, M. A. og Bart, O. (2014) Context and psychosocial intervention in mental health. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 21, s. 136-144. DOI: 10.3109/11038128.2013.871334.
- Lloyd, C. og Williams, P. L. (2010) Occupational therapy in the modern adult acute mental health setting: a review of current practice. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17(9), s. 483-493. ISSN: 1741-1645.
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Meld. St. 19 (2014-2015) (2015) *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdf/s/stm201420150019000dddpdfs.pdf> (Hentet: 23. april 2017).

Mostad, M., Skjelbred, M. R., Bråten, V. og Bonsaksen, T. (2013) Forventning om mestring - et perspektiv på aktivitetsmotivasjon blant klienter med depresjon, *Ergoterapeuten*, 56(4), s. 30-35. Tilgjengelig fra:
http://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2fFiles%2fErgoterapeuten%2fERGO_4-2013_web.pdf (Hentet: 23. april 2017).

Mæland, J. G. (2015) *Forebyggende helsearbeid, folkehelsearbeid i teori og praksis*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk Ergoterapeutforbund (2011) *Kompetanser i ergoterapi: Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig*. Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund.

Nygård, S. (2016) Ergoterapi i fagfeltene psykisk helse og rus, *Ergoterapeuten*, 59(6), s. 16-17. Tilgjengelig fra:
http://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2fFiles%2fErgoterapeuten%2fERGO_6_2016.pdf (Hentet: 23. april 2017).

Nygård, S. og Engeset, A. (2017) Hvor og hvordan arbeider medlemmer innen arbeidsdeltakelse, psykisk helse og rus?, *Ergoterapeuten*, 60(1), s. 24-27. Tilgjengelig fra:
http://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2fFiles%2fErgoterapeuten%2fERGO_1_2017.pdf (Hentet: 23. april 2017).

Nylenna, M. (2009) *Medisinsk ordbok*. 7. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget.

Polatajko, H. J., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Harvey, A., Jarman, J., Krupa, T., Lin, N., Pentland, W., Rudman, D. L., Amoroso, B. og Connor-Schisler, A. (2008) Menneskers betydningsfulde aktiviteter i omgivelserne, i Polatajko, H. J. og Townsend, E. A. *Menneskelig aktivitet II : en ergoterapeutisk vision om sundhed , trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgard, s. 79- 111.

Polatajko, H. J. og Townsend, E. A. (2008) Menneskelig aktivitet II : en ergoterapeutisk vision om sundhed , trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter. København: Munksgard.

Poulsen, H. D. (2009) Den moderne patient-behandlerrelation, i Nyboe, N. og Hvalsøe, B. (red.) *Lærebog i psykiatri for ergoterapeuter og fysioterapeuter*. København: Munksgard, s. 139-166.

Psykisk helsevernloven (1999) *Lov om etablering og gennemføring av psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (Hentet: 23. april 2017).

Ramsey, R. og Swarbrick, P (2013) Providing occupational therapy services for persons with psychiatric disabilities, i Schell, B. A. B., Gillen, G., og Scaffa, M. E. (red.) *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 12. utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins, s. 936-945.

St. meld. nr. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 23. april 2017).

Sørensen, K. (2009) Ergoterapeutisk fokusområde, i Nyboe, N. og Hvalsøe, B. (red.) *Lærebog i psykiatri for ergoterapeuter og fysioterapeuter*. København: Munksgard, s. 139-166.

Townsend, E. (red.) (2002) *Enabling occupation : an occupational therapy perspective*. Rev. utg. Ottawa: CAOT Publications.

Wikeby, M., Pierre, B. L. og Archenholtz B. (2006) 'Occupational therapists' reflection on practice within psychiatric care: A Delphi study', *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13(3), s. 151-159. DOI: 10.1080/11038120500380570.

Yerxa, E. J. (1990) An Introduction to Occupational Science, A Foundation for Occupational Therapy in the 21st Century, *Occupational therapy in health care*, 6(4), s. 1-17. DOI: 10.1080/J003v06n04_04.

Öhman, J. I. K. og Asaba, E. (2009) Goal setting in occupational therapy: a narrative study exploring theory and practice in psychiatry, *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 60(1), s. 22-28. DOI: 10.1179/otb.2009.60.1.005.

Invitasjon til deltakelse i undersøkelse om hvordan ergoterapeuter innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten jobber med engasjement i meningsfulle aktiviteter

Bakgrunn og formål

Vi er to studenter ved NTNU i Gjøvik som i forbindelse med vår bacheloroppgave ønsker å invitere deg til å delta i vår undersøkelse om hvordan ergoterapeuter innenfor psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten jobber med muliggjørelse og engasjement i meningsfulle aktiviteter.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i undersøkelsen vil innebære at vi kommer til deg på din arbeidsplass og gjennomfører et intervju på ca. 1 time hvor fokuset er på dine erfaringer med å jobbe med meningsfulle aktiviteter. Intervjuet vil bli tatt opp, men ditt bidrag vil bli anonymisert, slik at både du og din arbeidsplass ikke vil kunne bli gjenkjent i det ferdige materialet.

Tidsperspektiv

Oppgaven skal ferdigstilles til mai. 2017 og det er ønskelig å gjennomføre intervjuet i løpet av mars. 2017.

Frivillig deltakelse

Deltakelse i undersøkelsen er frivillig og du kan når som helst trekke ditt samtykke til deltakelse uten å oppgi noen grunn. Om du skulle trekke deg fra undersøkelsen vil ditt bidrag bli slettet og ikke benyttet i oppgaven. Om du kunne tenke deg å bidra i prosjektet, vennligst skriv under og returner samtykkeskjemaet, som ligger vedlagt, på mail innen 13. mars 2017. For eventuelle spørsmål, ta kontakt på mail eller telefon.

Med vennlig hilsen

Tia Solheim Varga

Maria Solheim Økland

Samtykkeerklæring

Jeg har lest og forstått informasjonen over og gir mitt samtykke til å delta i intervjuet.

Sted og dato

Signatur (elektronisk)

Intervjuguide

Problemstilling - “Hvordan arbeider ergoterapeuter med å fremme engasjement og muliggjøre meningsfulle aktiviteter for pasienter innlagt på døgnbaserte enheter i psykisk helsevern?”

Nøkkelord: Ergoterapi, psykisk helsevern, engasjement, muliggjørelse, meningsfulle aktiviteter

Innledning til intervjuet

- Tia og Maria, ergoterapistudenter ved NTNU i Gjøvik.
- Undersøkelsen har til hensikt å se på ergoterapeuters arbeid innen psykisk helsevern. Det er dine tanker og erfaringer med å jobbe med meningsfulle aktiviteter som vil stå i fokus, nøkkelord er engasjement, muliggjørelse og meningsfulle aktiviteter.
- Oppgaven vil bli sendt til deltaker etter endt prosjekt, om ønskelig
- Intervjuet vil bli tatt opp, materialet vil bli slettet ved prosjektslutt
- Ditt bidrag vil bli anonymisert, slik at både du og din arbeidsplass ikke vil kunne bli gjenkjent i det ferdige materialet
- Rett til å avbryte intervjuet når som helst og når som helst trekke ditt bidrag
- Intervjuet vil vare i ca. 1 time
- Spørsmål?

Innledningsspørsmål

1. Hvor lenge har du arbeidet som ergoterapeut?

2. Hvor lang erfaring har du med arbeid i psykiatrien?

- Hvor lenge har du jobbet på døgnbasert enhet innen psykiatri?
- Hvor lenge har du arbeidet på den aktuelle arbeidsplassen?

3. Kan du fortelle litt om din arbeidshverdag?

(Stikkord til oppfølging: hvilke arbeidsoppgaver har du, hva er dine ansvarsområder?)

Hovedspørsmål

4. Undersøkelsen ser på fremming av engasjement og muliggjøring av deltakelse i meningsfulle aktiviteter, hva er din forståelse av disse begrepene?

(Stikkord til oppfølging: Betydning og forståelse av begrepene)

- Er dette begreper du bruker i din arbeidshverdag?

(Stikkord til oppfølging: Viktigheten i arbeidet? Er det fokus, bevisst eller ubevisst, på disse i arbeidet?)

5. Hvordan arbeider du for å fremme engasjement hos pasienter?

- Hvilke strategier og metoder bruker du?

(Stikkord til oppfølging: Kartlegging? Annet? Motivasjonsfaktorer, pasientens individuelle tanker om aktivitet og mening, gruppeaktivitet, individuell aktivitet?)

6. Hvordan arbeider du for å muliggjøre deltakelse i meningsfulle aktiviteter?

- Hvilke strategier og metoder bruker du?

(Stikkord til oppfølging: Kartlegging? Annet? Faktorer som fremmer eller hemmer?)

7. Hvilke erfaringer har du med bruk av meningsfulle aktiviteter i psykisk helsevern?

(Stikkord til oppfølging: Gi noen konkrete eksempler?)

- Kan du fortelle litt rundt dine tanker om bruk av meningsfulle aktiviteter som et ledd i psykiatrisk behandling?

(Stikkord til oppfølging: Utfyllelse av roller og oppnåelse av potensial, noe positivt eller negativt med dette?)

- Kan du gi et eksempel på hva du mener er den største gevinsten ved å bruke meningsfulle aktiviteter som et ledd i psykiatrisk behandling?

8. Opplever du utfordringer i forbindelse med å fremme engasjement og muliggjøre deltakelse i meningsfulle aktiviteter?

- Evt. hvilke?

(Stikkord til oppfølging: Omgivelser, arbeidsrammer, brukere, ressurser, kollegaer)

- Om du skulle stått fritt med å arbeide med å muliggjøre deltakelse i meningsfulle aktiviteter, hvordan ville du gjort det?

Avslutning

9. Helt til slutt, har du noen tanker eller kommentarer rundt dette temaet som du ikke føler at vi har fått snakket om?

(Stikkord til oppfølging: Utdype, sette i sammenheng, refleksjoner)

Vedlegg 3 – Søk og resultat

Søkeord som gav artikler benyttet i oppgaven:

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Occupational therapy practice Psychiatry	CINAHL	AND	28
Occupational therapy Mental health Inpatient	CINAHL	AND	88
Research centre for occupation and mental health	CINAHL		5
Occupational therapy Journal Mental health	CINAHL	AND	33

I tillegg til databaser er det søkt i American Journal of Occupational Therapy og Scandinavian Journal of Occupational Therapy med søkeordene: Psychiatry AND Inpatient.