

BACHELOROPPGAVE:

BETYDNINGEN AV AKTIVITET
Ergoterapeuters erfaringer med bruk av aktivitet innen
psykisk helse

FORFATTER(E):

JOHANNE KRÅKENES LANGELAND
MAJA TOFSRUD LUNDE
VILDE VESTBØ

Dato:
07.05.2018

SAMMENDRAG

Tittel:	Dato: 07.05.18
<u>Betydningen av aktivitet – Ergoterapeuters erfaringer med bruk av aktivitet innen psykisk helse</u>	
Deltaker(e)/	<u>Johanne Kråkenes Langeland</u> <u>Maja Tofsrud Lunde</u> <u>Vilde Vestbø</u>
Veileder(e):	<u>Linda Stigen</u>
Evt. oppdragsgiver: _____	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	<u>Ergoterapi, psykisk helse, aktivitet, meningsfull aktivitet, observasjon</u>
Antall ord: 11232	Antall vedlegg: 3
Publiseringsavtale inngått: ja	
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:	
<p>Bakgrunn: Psykiske plager og lidelser er en økende utfordring. Ergoterapeuter har i mange år arbeidet innenfor psykisk helse, men det finnes lite forskning på området. Formålet med oppgaven er å undersøke ergoterapeutenes tanker og erfaringer rundt bruken av aktivitet innenfor psykisk helsearbeid.</p> <p>Metode: Kvalitativ metode er benyttet for å svare på problemstillingen. Det ble utført to fokusgruppeintervjuer med til sammen fem ergoterapeuter som arbeidet innen psykisk helse. En kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet i analysearbeidet.</p> <p>Resultat: Resultatene avdekker tre hovedtemaer; "aktivitet er alt vi gjør i løpet av en dag", aktivitet er sentralt i ergoterapeutenes utøvelse og kartlegging ved bruk av aktivitet. Det kommer frem at observasjon er mye brukt som metode for kartlegging av pasienter. Resultatene viser også et fokus på hverdagsmestring og at pasientene skal fungere i hverdagen etter utskrivelse.</p> <p>Konklusjon: Aktivitet er en stor del av ergoterapeuters arbeidshverdag. Ut fra ergoterapeutenes erfaringer og kompetanse, blir aktivitet mye brukt for å kartlegge pasientene for å legge til rette for et godt behandlingstilbud.</p>	

ABSTRACT

Title:	Date: 07.05.18
<u>The significance of activity – Occupational Therapists experience in use of activity within mental health</u>	
Participants/	<u>Johanne Kråkenes Langeland</u> <u>Maja Tofsrud Lunde</u> <u>Vilde Vestbø</u>
Supervisor(s)	<u>Linda Stigen</u>
Employer:	_____
Keywords (3-5)	<u>Occupational therapy, mental health, activity, occupation, observation</u>
Number of words: 11232	Number of appendix: 3
Availability: Open	
Short description of the bachelor thesis:	
<p>Background: Mental issues and disorder are increasingly challenging. Occupational Therapists have been working with mental health for years, but little research has been done. The aim of the thesis is to investigate Occupational Therapists' thoughts and experiences regarding the use of activity within mental health.</p> <p>Method: Qualitative method has been used to explain the issue. Two focusgroup interviews were executed with a total of five Occupational Therapists who are working with mental health. To analyse the work qualitative content analysis was used.</p> <p>Results: The results show three main topics; “Activity is everything we do during the day”, Activity is essential for Occupational Therapy practice and Assessment of use of activity. It emerges that observation is mainly used as method for assessing patients. The results also shows that the focus is on everyday coping and that the patients are fully capable following discharge.</p> <p>Conclusion: Activity plays a substantial part in the work of Occupational Therapists. According to the Occupational Therapists experience and competence, activity is used considerably to assess patients to facilitate a suitable treatment.</p>	

Forord

Vi er glade og stolte over å kunne presentere en oppgave som det er brukt mye tanker, energi og arbeid rundt. Det har vært en lærerik og spennende prosess å arbeide med den avsluttende bacheloroppgaven.

Vi ønsker først og fremst å sende en takk til informantene våre som har stilt opp til intervju hvor de har delt sine tanker, erfaringer og refleksjoner rundt oppgavens tema. Vi ønsker også å takke medelever som deltok i utprøving av intervjuguiden, og som bidro med innsikt og praktiske råd. Det gis videre en stor takk til veilederen vår, Linda Stigen, som har bidratt med god veiledning rundt oppgavens oppbygning og struktur, samt gitt god hjelp gjennom konstruktive tilbakemeldinger og gode råd. Veiledningene har bidratt til og vært utgangspunktet for mange gode refleksjoner gjennom hele prosessen.

Det har vært en fornøyelse å skape denne oppgave sammen, hvor det har vært et godt og tett samarbeid. Det sendes derfor også en takk til oss selv og vårt samarbeid, i tillegg til hver students bidrag til oppgaven.

Gjøvik 07.05.2018

Johanne Kråkenes Langeland, Maja Tofsrud Lunde og Vilde Vestbø

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Formål.....	8
1.4 Avgrensning.....	8
1.5 Ergoterapifaglig relevans.....	8
1.6 Begrepsavklaring.....	10
2.0 Teori	12
2.1 Teoretisk rammeverk.....	12
2.2 MOHO – modellen for menneskelig aktivitet.....	13
2.3 Lovverk og statlige føringer.....	14
2.4 Tidligere forskning.....	15
3.0 Metode	16
3.1 Kvalitativ metode.....	16
3.1.1 Utvalg av informanter.....	16
3.1.2 Datainnsamling.....	17
3.1.3 Dataanalyse.....	17
3.1.4 Reliabilitet og validitet.....	19
3.2 Litteratur og databaser.....	19
3.3 Forskningsetikk.....	20
3.3.1 Etske overveielser.....	20
3.3.2 Rollen som forskere.....	20
4.0 Resultat	21
4.1 "Aktivitet er alt vi gjør i løpet av en dag".....	21
4.1.1 Positive og negative sider med bruk av aktivitet.....	22
4.1.2 Aktivitetsmuligheter for pasientene.....	23
4.2 Aktivitet er sentralt i ergoterapeutenes utøvelse.....	25

4.3 Kartlegging ved bruk av aktivitet.....	27
4.3.1 Kartleggingsmetoder.....	27
4.3.2 Observasjon som kartleggingsarena	28
5.0 Diskusjon	30
5.1 Resultatdiskusjon	30
5.1.1 En forståelse av menneskelig aktivitet	30
5.1.2 Hverdagsmestring	34
5.1.3 Kartlegging og observasjon	36
5.2 Metodediskusjon	39
6.0 Konklusjon.....	41
7.0 Referanseliste.....	42
<i>Vedlegg 1 – Informasjonsskriv.....</i>	<i>48</i>
<i>Vedlegg 2 - Intervjuguide</i>	<i>50</i>
<i>Vedlegg 3 – Søkehistorikk</i>	<i>53</i>

1.0 Innledning

Temaet for denne oppgaven er hvordan ergoterapeuter benytter aktivitet innenfor psykisk helsearbeid. Den vil se på hvordan og hvorfor aktivitet blir brukt, kartlegging av aktivitet og hvilken type aktiviteter som blir benyttet av ergoterapeutene i deres praksis. Temaet vil kunne bidra til å få forståelse og innsikt i ergoterapeuters intervensjoner knyttet til aktivitet innenfor psykisk helsearbeid.

God psykisk helse blir ifølge folkehelseinstituttet (2016) sett på som en positiv tilstand. Folkehelseinstituttet (2018) skriver at den norske befolkningen jevnt over har god livskvalitet, men nevner også at de observerer en bekymringsfull økning av psykiske plager blant unge jenter, at forekomsten er høyere blant innvandrere fra lav og middelinntektsland enn i den øvrige befolkningen, og at årsakene til psykiske lidelser er komplekse (Folkehelseinstituttet, 2018).

1.1 Bakgrunn

Ergoterapeuter har i mange år hatt en sentral rolle i arbeidet med psykisk helse (Shell, Gillen og Scaffa, 2014). Psykiske plager og lidelser er økende og vanlig. I følge folkehelseinstituttet er det estimert at mellom 30 og 50 prosent av Norges befolkning vil få en psykisk lidelse i løpet av livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Dette blir også underbygget av Verdens Helseorganisasjon som påstår at en av de viktigste årsakene til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020 vil være psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2014).

Det er forsket lite på ergoterapeuters bruk av aktivitet innenfor psykisk helse (Wikeby, Pierre og Arvhenholtz, 2006, Gibson, 2011). På bakgrunn av manglende forskning var det ønskelig å undersøke temaet videre for å kunne øke forskningsgrunnlaget og ergoterapeuters kunnskap på området.

1.2 Problemstilling

” Hvilke erfaringer har ergoterapeuter med å benytte aktivitet innenfor psykisk helse i spesialisthelsetjenesten?”

1.3 Formål

Formålet med oppgaven er å undersøke ergoterapeutenes tanker og erfaringer rundt bruken av aktivitet innenfor psykisk helsearbeid.

1.4 Avgrensning

Oppgaven vil være avgrenset til ergoterapeuter som arbeider innenfor spesialisthelsetjenesten. Det er ikke satt avgrensninger på alder eller psykiatriske diagnoser. Det er satt en geografisk avgrensning for gjennomføringen av gruppeintervjuene grunnet praktiske årsaker.

1.5 Ergoterapifaglig relevans

Ergoterapeuter har i mange år hatt en sentral rolle i arbeidet med psykisk helse (Shell, Gillen og Scaffa, 2014). Norsk ergoterapeutforbund trekker fram aktivitet som viktig for å oppnå deltagelse og inkludering, både i behandling, overgang og inkludering i samfunnet (Norsk Ergoterapeutforbund, 2016).

Ergoterapeuter arbeider mot å muliggjøre rettferdighet og inkludering i samfunnet, da grunnsynet til ergoterapeuter handler om at alle mennesker har rett til aktivitet og deltagelse (Ergoterapeutene, 2017a). Kielhofner (2010a) beskriver at det ligger i menneskers natur å ha et behov for engasjement i individuelle meningsfulle aktiviteter. Dette er av betydning for å bidra til å gjøre hverdagslivet mulig og legge føringer for begrunnelse av ergoterapeuters spesialkompetanse i psykisk helse. Viktigheten av aktivitetsforståelse er essensielt i ergoterapi, samt hva denne oppgaven kommer til å ha fokus på. Aktivitetsforståelsen bekreftes som essensielt blant annet med utgangspunkt i fordelene med fysisk aktivitet knyttet til mental helse (Cole, 2010).

Ergoterapeuters kjernekompetanse handler om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser, og at deltagelse og inkludering oppstår som følge av dette samspillet (Ergoterapeutene, 2017a). Spesialkompetansen til ergoterapeuter i psykisk helse handler om å skape deltagelse og inkludering gjennom utvikling av menneskets mestring, tilrettelegging av aktiviteter og endring av omgivelser (Bjerkaas, 2012). Det å søke etter pasienters motivasjon gjennom spørsmålet "hva er viktig for deg?" samt gi muligheter for utvikling er viktige elementer i det psykiske helsearbeidet. Det viser at det er store mulighetsrom for

ergoterapikompetansen på området. Det arbeides mot å få pasientene tilbake til å mestre hverdagen sin, med fokus på ressurser og mestringsopplevelser (Nygård, 2018).

Samspeillet mellom person, aktivitet og omgivelser er også viktig i forhold til hverdagsmestring. Ness (2016) skriver at man tilbringer tid med de man liker å være sammen med, holde på med de aktivitetene man synes er viktig i nære og kjente omgivelser. Hverdagsmestring har derfor mye å si for ergoterapifaget og den enkelte persons følelse av å mestre hverdagen når man har nedsatt funksjonsevne (Ness, 2016). Å ta del i sitt eget hverdagsliv, kunne gjennomføre og mestre aktiviteter som er meningsfulle, samt delta i et sosialt felleskap er helsefremmende. Psykisk helse kan "hemme slik mestring, aktivitet og deltagelse" (Ergoterapeutene, 2017b).

Kartlegging er sentralt i den ergoterapeutiske utøvelsen (Ergoterapeutene, 2017a; Stigen, Bjørk og Lund, 2018). Det blir brukt både strukturerte og ustrukturerte kartleggingsverktøy (Stigen et al., 2018). Utgangspunktet for kartlegging er en persons ønsker om mestring av ulike aktiviteter (Nygård, 2018). Kartlegging er også med på å danne grunnlaget for behandling (Wikeby, Pierre og Arvhenholtz, 2006). Dunn (2017) beskriver to hovedgrunner for hvorfor ergoterapeuter trenger kunnskap om kartlegging i praksis; gi bevis på personens status og kompetanse og hjelpe til med å inkludere enkeltpersoner og deres familier i behandlingsprosessen. Ergoterapeuter bruker kartlegging for å få et bedre grunnlag for beslutninger knyttet til pasientene. Som fagperson har ergoterapeuter plikt til å vurdere behovet for behandling og å vurdere resultatene av tiltakene. Ergoterapeuter har da mulighet til å planlegge intervensjoner og å evaluere utfallet av den valgte intervensjonen (Law og Baum, 2017). Det kommer frem i studien til Stigen, Bjørk og Lund (2018) at det er viktig å få folk i aktivitet da det kan være med å påvirke folks helse og velvære. Aktivitet kan i denne sammenheng benyttes som et redskap for kartleggingen. Det utdypes videre om forskjellige metoder for å kartlegge, med fordeler og ulemper.

1.6 Begrepsavklaring

Meningsfull aktivitet

Pierce (2014a) definerer meningsfull aktivitet (Occupation) som den enkeltes subjektive opplevelse av aktivitet. Det vil si at meningsfull aktivitet er en personlig begivenhet i tidsmessige, miljømessige og sosiokulturelle forhold som er unik for aktiviteter i en bestemt situasjon.

Aktivitetsbegrepet vil i denne studien omhandle all aktivitet, da hensikten er å finne ut hvordan aktivitet blir brukt, hvilke typer aktivitet som blir brukt, og hvorfor. Dette inkluderer derfor både hobby, fritidsaktiviteter, produktive aktivitet og aktiviteter i dagliglivet (ADL).

Psykisk helse

Ifølge Verdens Helseorganisasjon defineres psykisk helse som

«en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet» (WHO, 2004).

Det handler om opplevelsen av å ha det bra, å få bruke de talentene man har, finne glede i hverdagen, mestre livet samt delta og bidra i samfunnet (Andersen, 2016).

Psykisk lidelse

Psykisk lidelse er en "fellesbetegnelse for lidelser og sykdommer som er kjennetegnet ved plagsomme psykiske symptomer med eller uten funksjonssvikt i dagligliv eller arbeid" (Nylenna, 2009).

Hverdagsmestring

"Hverdagsmestring vektlegger mestring uavhengig av funksjonsnivå" (Hartviksen og Sjølie, 2017, s. 18). Tuntland og Ness (2014) tar utgangspunkt i at hverdagsmestring bør handle om at alle har lik mulighet til å utføre all aktivitet, og at pleie og kompensering kun skal tilbys hvis det er nødvendig.

Flow

Begrepet Flow beskriver en optimal opplevelse mellom kjedsomhet og utfordring (Pierce, 2014b). Aktivitetsvitenskap tar for seg potensialet i Flow-teori som en av de mange vurderte disiplinerende teoriene i vitenskapen. Det er en tilstand som skapes av det eksakt riktige forholdet mellom utfordringshåndtering og oppfatning av å benytte ferdigheter. Det sentrale konseptet inkluderer å bli oppslukt av aktiviteten og seg selv, der oppfattelsen av tid og sted forsvinner (ibid.)

Menneskelig aktivitet

Menneskelig aktivitet er et begrep benyttet i Model Of Human Occupation (MOHO)-teorien som fokuserer på teori, forskning og praksis rettet mot aktivitet. Med menneskelig aktivitet henvises det til aktivitetsområdene; dagligdags aktivitets-, fritids aktivitets- og produktiv aktivitetsutøvelse, "sett innenfor en tidsmessig, fysisk og sosiokulturell sammenheng, som kjennetegner en stor del av menneskers liv" (Kielhofner, 2010b, s. 20).

2.0 Teori

Her vil det teoretiske rammeverket samt relevant teori for oppgaven bli presentert. Videre vil lovverk, statlige føringer og tidligere forskning bli fremstilt.

2.1 Teoretisk rammeverk

Aktivitetsvitenskap (Occupational Science) er benyttet som teoretisk rammeverk for oppgaven. Aktivitetsvitenskap er en interdisiplinær vitenskap, som vil si at den bygger på flere disipliner (Pierce, 2014a; Yerxa, 1990). Aktivitetsvitenskap er en fremtredende basisvitenskap som støtter ergoterapeuters praksis. Aktivitetsvitenskapen som disiplin studerer aktivitet og kan tilføre kunnskap som støtter ergoterapeuters profesjon, og den gir en forståelse av hvordan pasienter ser, opplever og organiserer sine aktiviteter (Pierce, 2014a). Aktivitetsvitenskap er en grunnleggende vitenskap hvor tanken er å bidra til ergoterapiens utvikling. Pierce (2014a) beskriver at aktivitetsvitenskapen gir kunnskap til at menneskers handlinger er et bredt holistisk konsept som vil si at alt i vitenskapen henger sammen.

I artikkelen til Yerxa (1990) er det presentert egenskaper som skulle være sentrale for å tydeliggjøre aktivitet og deltagelse. Aktivitetsvitenskap har blant annet som formål å undersøke mennesker i sine naturlige omgivelser, betrakte mennesker som opphav for sin egen aktivitetsutøvelse og fokusere på prosessen som bidrar til utviklingen av aktivitetsutøvelse gjennom livet (Yerxa, 1990). Den har også fokus på organiseringen og balansen i menneskets hverdagsaktiviteter og være åpen for aktivitetens kompleksitet gjennom livsløpet. Aktivitetsvitenskap inkluderer også omgivelsens påvirkning og legger frem identifiseringer av omgivelsens konsepter og dynamikk som kan påvirke aktivitetsengasjement og velvære til både det bedre og til det dårligere (Yerxa, 1990).

Ergoterapeuters tankegang rundt aktivitet og valg man gjør i arbeidshverdagen kan knyttes til aktivitetsvitenskap. Artikkelen til Yerxa (1990) sier blant annet noe om at man skal prøve å opprettholde eller forbedre nivået i aktivitetsutførelsen og at man ut fra individet, og hva individet vil, velger aktiviteter. Den sier også noe om at man bør velge aktiviteter som er på et nivå der individet blant annet kan føle mestring. Pierce (2014a) er opptatt av å skille mellom aktivitet (Activity) og meningsfull aktivitet (Occupation). Aktivitet blir beskrevet som

objektivt, hvor aktivitet er kulturelt definert. En aktivitet er ikke opplevd av en bestemt person, men det er mer generelt for en kultur/befolkning. Meningsfull aktivitet blir beskrevet som den enkeltes subjektive opplevelse av aktivitet. Hvilke aktiviteter som er meningsfulle vil variere fra person til person, da hver person har sin egen oppfattelse av hva som er meningsfullt. Det er vesentlig å definere begge begrepene, da det er nødvendig for å kunne beskrive hva aktivitet er i sin helhet.

2.2 MOHO – modellen for menneskelig aktivitet

Model Of Human Occupation (MOHO), oversatt til norsk som Modellen for menneskelig aktivitet er en sentral modell innenfor ergoterapifaget. MOHO-modellen er med på å underbygge teorien og resultatet i oppgaven.

MOHO er en modell som tar utgangspunkt i menneskelig aktivitet (Kielhofner, 2010a). Menneskelig aktivitet henviser til utførelse av tre typer aktivitet: dagligdagse aktiviteter, fritidsaktiviteter og produktive aktiviteter. Den viser at det er en sammenheng mellom en persons daglige aktivitet, livskvalitet og helsen til personen. Den tar også for seg at det er en samhandling mellom individ, aktivitet og omgivelser. Hvordan aktivitet velges, orienteres og utføres påvirkes av de tre komponentene vilje, vane og utøvelseskapasitet. Kielhofner (2010a) omtaler også omgivelser som en konstant påvirkningsfaktor på aktivitet. Aktivitet påvirkes i stor grad av omgivelsene, som støttende eller begrensende på individets aktivitet (Kielhofner, 2010c). Omgivelsene inkluderer det fysiske rom, men også sosiokulturell kontekst og bestemte vilkår i omgivelsene. Politikk kan trekkes frem som et slikt vilkår, derifra lovverk og statlige føringer (Kielhofner, 2010d).

Videre utspiller omgivelsene seg som objektivt med fysiske og mentale komponenter og subjektivt med betydning for menneskers evne til å utføre en aktivitet. Innflytelse fra omgivelser kan også påvirke menneskers aktivitetsengasjement. Aktivitetsengasjement omtales av Kielhofner og Forsyth (2010) som det mennesket gjør, tenker og føler i bestemte situasjoner før og under terapeutisk behandling. Ergoterapeuter kan ved å benytte MOHO-teorien bidra i en forandringsprosess med å forme, opprettholde eller endre aspektene ved menneskelige aktiviteter. Det er tre elementer som er involvert i en forandringsprosess. For det første vil en endring bidra til noe nytt til den totale dynamikken, hvor nye tanker, følelser og handlinger oppstår. Videre vil vilje, vanedannelse og utøvelseskapasitet smelte sammen og

danne en ny indre organisering. For det tredje vil dette danne et nytt stabilt tanke-, følelse- og handlingsmønster (Kielhofner, 2010e). Ergoterapeuter kan ved å benytte MOHO-teorien kunne bidra i en forandringsprosess med å forme, opprettholde eller endre aspektene ved menneskelige aktiviteter. Dette viser blant annet hvordan en pasient kan finne motivasjon til å holde på med aktiviteter, og eventuelt ta i bruk nye aktiviteter i behandling.

2.3 Lowverk og statlige føringer

Psykisk helsevernloven, lov av 02. Juli 1999 (PHVL) omfatter hovedsakelig tilrettelegging for et økt fokus på mestring gjennom pasientenes individuelle ressurser og muligheten til å delta i aktivitetstilbudet. Pasientene har rett til aktivisering, så langt det er forsvarlig ut ifra deres helsetilstand. PHVL § 1-1a angir lovens virkeområde; undersøkelse og behandling i forbindelse med psykisk helsevern. Formålet med loven er "å sikre at etablering og gjennomføringen av et psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper".

I Meld. St. Nr. 11 (2015-2016) – nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), fremmer regjeringen sin visjon knyttet til utformingen av brukerens helse- og omsorgstjenester: «Pasienten skal medvirke i utformingen av tjenesten, delta i valg av egen behandling og få bedre muligheter til å mestre eget liv». Dette samsvarer både med prinsippene fra PHVL § 1-1 og prinsippene i pasient- og brukerrettighetsloven lov av 02. juli 1999, §1-1. Utover dette betraktes det i spesialisthelsetjenesteloven (SPHL), lov av 02. juli 1999, at å bidra til et likeverdig tjenestetilbud og å bidra til å fremme folkehelsen er viktige formål jf. SPHL § 1-1. Noe som støttes av PBRL § 1-1. Det kan derfor virke som det eksisterer en konsensus knyttet til hvilke grunnprinsipper som skal være styrende i norsk psykisk helsevern.

Regjeringens strategi "Mestre hele livet" legger føringer for et fokus på psykisk helse da temaet vil være en av de største helseutfordringene i tiden fremover (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Strategien har som mål at flest mulig skal mestre hele livet, ved å oppleve god psykisk helse og trivsel. «Å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet er et viktig område for departementets folkehelsearbeid og er en oppfølging av Folkehelsemeldingen (2014-2015) Mestring og muligheter» (Regjeringen.no, 2017).

2.4 Tidligere forskning

Denne oppgaven søker å innhente kunnskap gjennom tanker og erfaringer fra ergoterapeuter og deres bruk av aktivitet innenfor psykisk helse, da dette er noe det finnes lite forskning på (Wikeby, Pierre og Arvhenholtz, 2006; Gibson, 2011).

Det er gjort studier som dokumenterer ergoterapeuters praksis innenfor fagfeltet psykisk helse (Hutcheson et. al, 2010; Gibson et. al, 2011; Wikeby, Pierre og Arvhenholtz, 2006; Daremo og Haglund, 2008; Cole, 2010). Hutcheson et. al (2010) og Gibson et. al (2011) viser til effektiviteten av å igangsette ergoterapeutiske intervensjoner innenfor psykisk helse.

Intervensjonene som er presentert i studiene omhandler intervensjoner knyttet til aktiviteter og ferdigheter for å kunne fungere bedre i samfunnet. I tillegg viser studier at ergoterapeuter er viktige bidragsyttere i å øke deltagelse og mestring (Daremo og Haglund, 2008; Hutcheson et. al, 2010). Funnene fra artiklene identifiserer både det som er utfordrende og det som er støttende til aktivitetsdeltagelse og det arbeidet ergoterapeutene gjør. Det kan være utfordringer i forhold til å motivere og engasjere pasienter til å delta i aktiviteter (Cole, 2010). Studien til Hutcheson et. al (2010) viser at det er viktig at pasientene har oversikt over hvilke aktiviteter som er tilgjengelige for å øke deltagelsen i aktivitet. Aktivitet bidrar til pasienters opplevelse av livskvalitet og kan føre til økt selvstendighet (Daremo og Haglund, 2008; Hutcheson et. al, 2010; Wikeby, Pierre og Arvhenholtz, 2006).

Noen av studiene viser at ergoterapeuter er opptatt av å ha en klientsentret tilnærming i praksis, hvor pasientene er i sentrum av behandlingen. I bruk av en slik tilnærming søker ergoterapeutene å bidra til pasienters utvikling, samt implementere løsninger for å få til dette. Ergoterapeuter må ha en grunnleggende respekt for pasientenes valg og ønsker (Daremo og Haglund, 2008). Samtidig er det fokus på at pasientene har mulighet til å delta i egen behandling og at pasientene vet hva som er best for seg selv (Daremo og Haglund, 2008; Gibson, 2010).

3.0 Metode

Her vil valg av metode og utvalg av informanter bli presentert, samt fremgangsmåte for datainnsamling og dataanalyse. Videre vil det bli presentert valg av litteratur og databaser samt etiske overveielser som var aktuelle under gjennomføringen av oppgaven.

3.1 Kvalitativ metode

For å kunne gi svar på problemstillingen er kvalitativ metode benyttet, da ønsket med denne oppgaven ikke var å undersøke noe som kan tallfestes eller måles, men å se på ergoterapeuters egne erfaringer, tanker og opplevelser (Dalland, 2017).

Fokusgruppeintervju ble utført for å få økt kjennskap til hvordan ergoterapeuter benytter sin kompetanse innen spesialisthelsetjenesten. Ved å bruke fokusgruppeintervju vil intervjuene genereres sammen, samt gi deltagerne mulighet til å skape refleksjoner på hverandres uttalelser (Kvale og Brinkmann, 2015). Fokusgruppeintervju ble valgt for å skape en åpen dialog mellom informantene og få frem forskjellige synspunkter på temaene (Kvale og Brinkmann, 2015).

Metoden stiller krav til godt etablerte spørsmål, utarbeidelse av intervjuguide og at intervjuene er deskriptive (Dalland, 2017). Intervjuguiden ble utarbeidet i samspill med veileder og består av åpne spørsmål rundt bestemte temaer. Intervjuets form er forskningsrettet med mål om å øke kunnskap ut fra forskningsspørsmålet (Kvale og Brinkmann, 2015). Intervjuguiden ble utprøvd på medstudenter i forkant, noe som resulterte i små justeringer.

3.1.1 Utvalg av informanter

Utvalget av informanter er basert på et strategisk valg, som vil si at informantene er kontaktet ut fra bestemte kunnskaper og erfaringer som er relevant for denne oppgaven (Dalland, 2017). Inkluderingskriteriene for oppgaven var at informantene måtte jobbe som ergoterapeuter innenfor psykisk helse i spesialisthelsetjenesten. Det ble sendt ut informasjonsskriv med samtykkeskjema til de eventuelle informantene via mail. I tillegg ble det sendt påminnelse på mail med forlenget svarfrist, noe som førte til én informant til.

Det hele resulterte med totalt fem informanter fordelt på to gruppeintervjuer. Informantene besto av fire kvinner og en mann. Alle har lang erfaring med arbeid som ergoterapeut innenfor psykisk helsearbeid, henholdsvis 4, 6, 8, 11 og 23 år.

3.1.2 Datainnsamling

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer hvor det ene intervjuet besto av to informanter, og det andre intervjuet besto av tre informanter. I utgangspunktet skulle det være med én informant til i hvert av intervjuene, men det ble meldt frafall den aktuelle dagen. Intervjuene ble gjennomført med bruk av intervjuguide og opptaksutstyr. Informantene fikk ikke tilsendt intervjuguiden på forhånd, da det var ønskelig med spontane uttalelser. Alle informantene fikk tilsendt informasjonsskriv på forhånd via mail, hvor det kort ble informert om intervjuets formål og hensikt.

3.1.3 Dataanalyse

For å klargjøre intervjumaterialet for analysen, ble intervjuene transkribert fra tale til skriftlig tekst. Å strukturere materialet i tekstform gjør det lettere å få en oversikt over intervjuet, og blir en begynnelse på selve analysen (Kvale og Brinkmann, 2015). Før transkriberingen ble det bestemt hvordan det skulle transkriberes for å sikre at transkriberingen ble mest mulig lik. Transkriberingen av hvert intervju ble delt opp i tre, hvor studentene transkriberte hver sin del. Dette ble sett på som hensiktsmessig i forhold til tidsbruk. Deretter ble transkripsjonen og den kondenserte meningsenheten gjennomgått av alle studentene, både gjennom lydopptakene og den skriftlige teksten. Dette ble gjort for å sikre lik forståelse av lydopptakene.

I oppgaven ble det benyttet en kvalitativ innholdsanalyse med bakgrunn i en induktiv tilnærming. Analysen er inspirert av Kvale og Brinkmann (2015) som tar utgangspunkt i å bruke koding eller kategorisering for å systematisere resultatet fra dataanalysen. Dataanalysen ble delt inn i fem trinn. I første trinn leste vi gjennom hele råteksten av intervjuet for å få en helhet av innholdet. I andre trinn ble meningsenhetene i intervjuene funnet, slik de uttrykkes av informantene. Her ble alle fyllord som "eh" og "altså" fjernet. I neste trinn ble det funnet temaer som gikk igjen i intervjuet ved at det ble foretatt en meningsfortetning av kategorisering og koding. Intervjupersonenes uttalelser ble forkortet til korte formuleringer, og skrevet så enkelt og klart som mulig. I fjerde trinn ble meningsenheten undersøkt opp mot formålet for studien, og i siste trinn ble de viktigste emnene bundet sammen i et deskriptivt utsagn (Kvale og Brinkmann, 2015). Tabell 1 viser eksempel på hvordan analysen foregikk.

Når dataanalysen var ferdig, ble den skrevet ut. Deretter ble kodene og temaene fargekodet for å lettere få en oversikt og skille de ulike temaene når resultatdelen skulle skrives.

Tabell 1: Utdrag fra dataanalysen:

Råtekst	Kondensert meningsenhet	Kategori	Kode	Tema
eh. Og aktivitet er egentlig alle gjøremål. Og fysisk aktivitet er gjerne med litt høyere puls, men det er ikke på det nivået som på en måte en vanlig befolkning da. Befolkningen har fysisk aktivitet, ehm, er nok ikke, dem er jo mer inaktive, eh, og dem sliter jo gjerne med, mer med hjerte og karsykdommer....	Aktivitet er egentlig alle gjøremål. Fysisk aktivitet er gjerne med litt høyere puls, men det er ikke på det nivået som på en måte en vanlig befolkning. Befolkningen har fysisk aktivitet, de er jo mer inaktive, og de sliter gjerne mer med hjerte og karsykdommer enn andre.	Aktivitet er egentlig alle gjøremål, mens fysisk aktivitet er gjerne med litt høyere puls. Pasientene er mer inaktive, og sliter gjerne mer med hjerte og karsykdommer enn andre.	Aktivitet alle gjøremål og fysisk aktivitet høyere puls, mer inaktive pasienter	Hva er aktivitet?
I hvertfall i, i forhold til de arbeidsoppgavene man har til den gitte tiden da så handler jo første del om dagen i hvertfall å sørge for å være forberedt i forhold til pasienten som skal komme og jobbe. Og tilrettelegge, ja, litt for gode arbeidssituasjoner der.	I forhold til de arbeidsoppgavene man har til den gitte tiden, så handler første del av dagen i å sørge for å være forberedt i forhold til pasienten som skal komme og jobbe, og tilrettelegge for gode arbeidssituasjoner.	Første del av dagen handler om å sørge for å være forberedt og tilrettelegge for gode arbeidssituasjoner.	Forberede dagen og tilrettelegge for gode arbeidssituasjoner.	Ergoterapeuters arbeidshverdag.
Utover det så er jeg, ja, bruker ikke så mye flere kartleggingsverktøy, litt inn på den canadiske modellen akkurat for tida, den driver å lærer meg, har lyst til å bruke den litt mer for jeg tror den kan være en veldig fin måte å kartlegge på og. Hvertfall de som har evner til å gradere litt sånn tilfredshet med aktiviteter og viktigheten med aktiviteter da	utover det så bruker ikke jeg så mye flere kartleggingsverktøy. Litt inne på den canadiske modellen akkurat for tida, driver å lærer meg den for har lyst til å bruke den litt mer da jeg tror det kan være en veldig fin måte å kartlegge på. Hvertfall de som evner å gradere tilfredshet med aktiviteter og viktigheten med aktiviteter.	Utover det bruker jeg ikke så mange flere kartleggingsverktøy. Lyst til å lære meg den canadiske modellen, da jeg tror det kan være en veldig fin måte å kartlegge på.	Bruker ikke så mange flere kartleggingsverktøy enn det som er nevnt.	Kartlegging. Kartleggingsverktøy

3.1.4 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet betyr pålitelighet og handler om forskningsresultatenes troverdighet (Kvale og Brinkmann, 2015). Det kan også ses i sammenheng med spørsmålet om resultatet kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere (ibid.). Gjennom å sikre at intervjupersonene har erfaring innenfor temaet for denne studien, økes troverdigheten. Studiens informanter har lang erfaring innenfor psykisk helse og aktivitet, noe som vil være med på å styrke studiens troverdighet. Alle studentene var til stede på begge intervjuene for å sikre mest mulig lik gjennomførelse. Det ble fokusert på at transkripsjonen av lydopptaket var ordrett og nøyaktig, uten å forandre innholdets mening, da dette kan føre til at påliteligheten til studien blir redusert. I tillegg er analysen gjennomgått i fellesskap, da et utsagn kan tolkes forskjellig fra person til person. Dette vil øke resultatets reliabilitet.

Validitet handler om oppgavens gyldighet og relevans (Kvale og Brinkmann, 2015). Det er da viktig at metoden som blir brukt samsvarer i forhold til å få svar på problemstillingen.

Kvalitativ metode er derfor brukt i denne studien, da den sees på som relevant for problemstillingen. Intervjuguiden er også med på å styrke studiens validitet, da den sikrer at spørsmålene blir stilt på samme måte, og man får svar på alle spørsmålene.

3.2 Litteratur og databaser

Databasene Cinahl, Medline og PsycInfo er benyttet for litteratursøk. Det er funnet totalt fem artikler som er relevante for oppgaven. I tillegg er det valgt to artikler om kartlegging og observasjon etter tips fra veileder. Det ble gjennomført søk i perioden 14. Februar 2018 til 23. April 2018. Søkeresultatene viser et sprang fra 14 til 89 artikler. Alle artiklene inkluderer et aktivitetsfokus og er innhentet og valgt etter vurderinger om kvalitetssikring etter sjekklistene for artikler (Helsebiblioteket, 2016). Utover dette er ikke inkluderingskriterier spesifisert med hensyn til at det finnes lite forskning på området. Forskningsmaterialet i artiklene omhandler fagområdet psykiatri eller ergoterapifaglig relevans.

3.3 Forskningsetikk

3.3.1 Etske overveielser

Ved fokusgruppeintervju kunne det bli et problem om en i gruppa overtok samtalen, slik at det kun kom synspunkter og erfaringer fra en person. Det var derfor viktig med en godt utarbeidet intervjuguide, samt en moderator under intervjuet som styrte gruppen og skapte gode diskusjoner.

Denne oppgaven stilte klare krav til eksempelvis samtykke og sikring av personopplysninger. Det var derfor vesentlig at opplysninger knyttet til identitet forble anonyme.

Intervjupersonene ble gjort oppmerksomme på at begge parter har taushetsplikt (Dalland, 2017). Det ble poengtert at deltagelsen var frivillig og at alt ble anonymisert. I tillegg ble det informert om at det var mulig å trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt uten å oppgi grunn (Dalland, 2017). Reliabiliteten og evidensen i teoretiske rammeverk og eksisterende forskning som inkluderes i oppgaven ble også vurdert grundig. Under forskningen og intervjuet må man komme til enighet med deltagerne om hvordan resultatene fra deres deltagelse kan brukes. Det handler da om at data som kan identifisere deltagerne, ikke blir avslørt gjennom studien (Kvale og Brinkmann, 2015). Det er også viktig med korrekt bruk av dataene som ble innsamlet gjennom behandlingen og analysen (Dalland, 2017). Under intervjuet kan det bli tatt opp følsomme temaer hvor det da er viktig å beskytte konfidensialiteten til informantene og institusjonene som nevnes under intervjuet. Opptakene og transkripsjonen ble oppbevart på ekstern harddisk og blir slettet etter oppgavens slutt (Kvale og Brinkmann, 2015).

3.3.2 Rollen som forskere

Ergoterapistudentene har i arbeidet med det resultatet som presenteres, inntatt rollen som forskere. Forskerens for forståelse har innvirkning på oppgaven (Kvale og Brinkmann, 2015). Erfaringer fra praksisperioder og teori presentert gjennom utdanningen er noe som ga en for forståelse på området. For forståelsen var med på å forme en tolkning av resultatet, samt forskningsarbeidets faglige gjennomføring av materiale. Malterud (2011) beskriver resultatpresentasjonen som gjenfortelling med kvalifiserte og posisjonerte tolkning fra forskerne (Malterud, 2011). En sentral del av tolkningen i den kvalitative forskningsprosessen var fortrinnsvis sett i lys av studiens teoretiske referanseramme og relevante føringer (Malterud, 2011).

4.0 Resultat

Resultatet fra intervjuene blir presentert her. Fra dataanalysen trekkes det frem tre hovedtemaer. Hovedtemaene er "aktivitet er alt vi gjør i løpet av en dag", "aktivitet er sentralt i ergoterapeutenes utøvelse" og "kartlegging ved bruk av aktivitet". Noen av hovedtemaene struktureres med tilhørende undertemaer.

4.1 "Aktivitet er alt vi gjør i løpet av en dag"

I intervjuene kommer det frem at alle informantene ser på aktivitet som all type aktivitet. Informantene trekker frem at aktivitet er veldig bredt. Det er alt i fra daglige gjøremål, hobbyaktiviteter, kunstnerisk aktivitet og fysisk aktivitet.

”Ja, for aktivitet er jo psykisk helse eller ikke psykisk helse. Det er jo alt man gjør i hverdagen sin er jo en aktivitet. Alle de ulike tingene man gjør... det blir jo en form for aktivitet”.

Informant 1

For noen pasienter er aktivitet bare det å kunne stå opp og kle på seg, mens for andre er det å komme seg på treningssenter eller å gå en tur. En informant forteller at det er fint å jobbe med aktiviteter som gir mulighet til å fokusere på noe som er givende og spennende for pasienten. Som gjør at de kan glemme, tid, sted og de utfordringene de har for en liten stund. Noen av pasientene opplever Flow når de jobber på disse ulike stedene, hvor de kan sitte med ulike aktiviteter som er betydningsfulle og hvor de kommer i sin egen flyt.

Meningsfull aktivitet og mestring er begreper som kommer frem i begge intervjuene. Det er fokus på hva pasientene ønsker å gjøre, hvilke interesser de har og hvilke aktiviteter som er viktige for dem. En informant forteller at aktivitetene blir valgt ut i fra pasientenes utvikling og ønsker også får de støtte og veiledning i dem. Det er viktig at pasientene føler mestring med det de holder på med. En informant forteller at de har en bevisst bruk av aktivitet og at de blant annet bruker aktivitet for å tilrettelegge for mestring og utvikling. Dermed er det viktig

at de ansatte kjenner aktiviteten godt, for at de skal kunne veilede pasientene på best mulig måte.

"Men det som er utrolig viktig, det er å selv kjenne aktivitetene godt, fordi skal du veilede noen, og du nøler litt selv, så kan det ofte gå veldig skeis. Så det er også sånn veldig fokus på aktivitetsbiten, at du faktisk kan det selv."

Informant 5

En informant forteller at bruk av aktivitet er tredelt. Det første handler om at informantene kan kartlegge funksjon som kan brukes for å skrive gode funksjonsvurderinger, som igjen er til hjelp for kommunen når pasienten skal skrives ut og mestre hverdagen hjemme. Videre handler det om at de har noe å gjøre når de er innlagt, slik at de ikke blir passive og ikke får brukt ressursene sine. Til slutt handler det om muligheten til å finne eller gjenvinne aktiviteter som pasientene drev med før, og som de kanskje har lyst å fortsette med etter de har fått prøvd ut aktiviteten under trygge rammer.

4.1.1 Positive og negative sider med bruk av aktivitet

Alle informantene er enige i at det er flest positive sider ved bruk av aktivitet, og de må tenke seg om for å finne noen negative sider. Det kommer fram gjennom intervjuet at bruk av aktivitet kan gi en større helsegevinst for pasientene. At de kan føle mestring ved å utføre ulike aktiviteter i tillegg til at de har noe å bruke tiden på mens de er inne på avdelingen, er utelukkende positivt. En informant forteller om muligheten pasientene har til å finne eller gjenvinne aktiviteter som de har drevet med før som de eventuelt har lyst til å prøve igjen. Da har de muligheten til å prøve de aktivitetene under trygge rammer først, for så å kunne ta aktivitetene med seg videre etter behandling. Flere av informantene trekker frem at pasientene opplever at tiden går fortere når de er i aktivitet, og noen pasienter opplever at de kan glemme litt tid og sted mens de holder på med aktiviteter.

”Men det gir disse... disse aktivitetene gir mulighet for, liksom å fokusere innen noe som er givende og spennende som gjør at de kan glemme litt tid, de kan glemme litt å være pasient, de kan glemme problemene sine for en stund”

Informant 5

Samtlige informanter forteller at det å jobbe med aktivitet med pasienter egentlig bare har positive sider. Spesielt da med tanke på relasjonsbygging. Man kan skape gode relasjoner med pasientene fordi man gjør aktiviteter sammen og man kommer veldig tett på hverandre. Informantene påpeker at det er viktig å skape gode relasjoner med pasientene slik at pasientene kan føle seg komfortable og trygge til å være med på aktiviteter og kanskje få utfordret seg selv.

Planlegging og ressurser er noe som går igjen som utfordringer i forhold til utføring av aktivitet. Noen av informantene forteller at det ikke alltid er så lett å få det til å gå opp med alle pasientene da de har en del andre ting de skal gjennomføre, som for eksempel samtale med behandler, legetime og skole. Informantene forteller da at det er viktig at det blir planlagt godt slik at pasientene har mulighet til å være med på de aktivitetene de ønsker å være med på, uavhengig av andre oppgaver. En informant forteller at det som kan sees på som negativt, er om det har blitt lagt opp et aktivitetsforløp som er for vanskelig for pasienten. For eksempel at pasienten ikke opplever mestring fordi vanskelighetsgraden av aktiviteten økes for fort. Dette handler ikke om at aktivitet i seg selv er negativt, men mer på at informantene ikke har brukt aktiviteten på riktig måte, slik at pasientene opplever mestring.

4.1.2 Aktivitetsmuligheter for pasientene

Aktivitetsmulighetene er bredt og variert. For noen av informantene er det mer fokus på fritidsaktiviteter og ADL-aktiviteter, mens for andre informanter er produksjonsaktiviteter i sentrum. Noen informanter nevner faste turer, treningssenter, musikkterapeut, skriveverksted, kunstterapeut og sansestimulerende produkter. I tillegg finnes det et aktivitetshus som er tilknyttet sykehuset hvor det er et eget band, åpen kafe og kreative grupper hvor man for eksempel maler på steiner. Andre informanter nevner teater, danseterapeut, hestestall, prest, fysisk aktivitet, ballgrupper, turgrupper, hagegruppe samt flere. Noen av informantene

forteller at det stilles større krav til et medisinfritt tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten for de som ønsker det, og at de da må stille med flere aktivitetsmuligheter. De påpeker derimot at de mener at de har et godt medisinfritt tilbud for alle.

Noen av informantene har som ansvarsområde å jobbe med pasienter i produksjonsarbeid. En informant forteller at produksjonsarbeid er en stor del av aktivitetsbildet. Valget av aktivitet er mer bundet da de har bestillinger som skal fullføres, og et arbeid som skal gjøres. Samtidig er det mange mulige oppgaver og aktiviteter innenfor produksjonen. En annen informant jobber med en annen type produksjon, og hen forteller at ingen styrer hva pasienten driver med, da det er helt opp til pasienten selv. Flere sier at de er bundet i valg av aktiviteter på sin måte, men at det samtidig er ulike oppgaver, i tillegg til at pasientene selv har valgt å drive med den valgte produksjonen.

Et samarbeid med kommunene som handler om et felles aktivitetstilbud blir nevnt blant informantene. Det kan være alt fra padling, grilling og sosiale aktiviteter. De forteller at det er et fint tilbud også for personalet på tvers av kommunene, da de har mulighet til å bli kjent med hverandre. I tillegg er det en fin arena for pasientene til å treffe på ansatte og andre pasienter som tilhører deres kommune når de blir utskrevet.

En informant forteller at fokuset på å jobbe målrettet har forbedret seg i forhold til hvordan det var for noen år siden, og at man nå har større fokus på å drive med aktiviteter og å arbeide mot å fungere i hverdagen etter utskrivning. Hos noen av informantene har de en tommelfingerregel de forholder seg til hvis pasientene ikke ønsker å være med på en aktivitet eller ikke er interessert i aktiviteten. Tommelfingerregelen handler om at hvis pasientene ikke er på skolen, på jobb eller har en samtale, skjer det ingenting på avdelingen, da aktivitet er en del av behandlingen. Dermed kan det være kjedelig for pasientene å være igjen på avdelingen. Tommelfingerregelen er satt på bakgrunn av at de ønsker mest mulig deltagelse i de aktivitetstilbudene de har. De forteller at de ikke kan tvinge noen til å delta i aktivitet, men de kan prøve å motivere og tilrettelegge for at flest mulig kan være med.

”Du blir ikke oppvartet av en god lunsj, da blir det tørre brødkiver som du må smøre selv. Og skal du på butikken, å nei, da må du gå, du blir ikke kjørt”.

Informant 2

Informantene nevner at de gjerne skulle ønske aktivitetene og turene var mer målrettet for hver pasient, og at pasientene har sine egne mål for turen. Dette ville vært optimalt, men ikke alltid like lett å få til, forteller en informant. Det fortelles også om pasientenes opplevelse av å delta i aktivitet. En informant forteller at pasientene kan oppleve at tiden går fortere når de deltar i aktiviteter, i motsetning til ferier, hvor det er begrensede aktivitetstilbud og pasientene kan oppleve at tiden går saktere.

Målet med psykiatrisk behandling er at pasientene skal mestre sitt eget liv. Alle informantene forteller at de har stor tro på det tilbudet de har tilgjengelig. Informantene som jobber innenfor produksjon forteller at mange har kommet ut fra tilbudet med fornyet selvtillit og ny kunnskap. I tillegg har noen kommet videre i ordinære jobber, og andre har kommet videre i andre tilrettelagte tjenester eller gått tilbake på skolebenken.

4.2 Aktivitet er sentralt i ergoterapeutenes utøvelse

Informantene fremmer at de arbeider med intervensjoner, behandling og utredning ved bruk av aktivitet. Arbeidshverdagen struktureres bestående av et aktivitetsperspektiv og ved aktivitetsrammer som gir grunnlaget for ergoterapeutenes arbeidsoppgaver. Informantene identifiserer aktivitet som essensielt og som et naturlig element fra grunnleggende kompetanse, noe som er avgjørende i deres arbeidshverdag. De forklarer at det overordnede arbeidet består av å planlegge aktiviteter, styrke motivasjon hos pasientene, delta på aktiviteter, og bidra til pasientenes mestring gjennom ulike strategier. Det er et ønsket mål at pasientene skal tilbake til å mestre sin egen hverdag og påvirke deres egen helse og velvære. En informant uttrykte at formålet er å få dem ut av pasientrollen og å motivere til mestring. Flere av informantene opplever at de har god kompetanse til å bistå med å tilrettelegge for hver enkelt pasient ut fra pasientens ressurser, motivasjon, funksjonsnivå og å skape gode relasjoner. Informantenes kompetanse kan bidra til at pasientene kan finne eller gjenvinne aktiviteter.

"... samt også muligheten til å, for pasienten sin del, kanskje finne aktiviteter eller gjenvinne aktiviteter da, som de kanskje drev med før som en kanskje har lyst å fortsette med når man har fått gjort det litt her under trygge rammer, også prøve det igjen senere selv videre".

Informant 1

Verdier, interesser og etablering av struktur er begreper som kan være styrende for pasientens aktivitetsvalg og utvikling. Det kommer derfor frem at informantene arbeider mye sammen med pasientene og inkluderer brukermedvirkning i sitt arbeid. Som et resultat av dette kan arbeidshverdagen være variert og inneholder mye planlegging, tilrettelegging og strukturering. Inkludert i aktivitetsperspektivet kom det frem at arbeidshverdagen deres fokuserer på mer enn bare aktivitet. Arbeidshverdagen består også av behandlingsmøter, dokumentering, rapport, utforming av ukeplaner, pasientmøter og psykoedukasjon.

Informantene understreker likevel betydningen av å bruke aktivitet. For å fremme folks ressurser og bistå til utvikling blir aktivitet benyttet. Noen av informantene trekker frem fokus på balanse mellom aktivitet og hvile, fordi dette er viktig i forhold til at pasientene skal kunne delta i de aktivitetene som er viktig for dem. I forhold til produksjonsutvikling legges det blant annet vekt på at pasienten skal klare å ha rollen som kollega, samt være i et arbeidsforhold med forpliktelser og ansvar.

Ressurser på enheten i form av ansatte på jobb, er en sårbarhet i arbeidshverdagen. En informant forteller at dette blant annet kan komme av hvor mange og hvilke pasienter som møter opp den dagen. Nasjonale retningslinjer, organisatoriske forhold og ledelse kan gi muligheter og begrensninger for informantenes arbeidshverdag. Dette kan være i forhold til et deltagende samarbeidsmiljø med tverrfaglighet eller i bruk av informantenes kompetanse. Det kom frem at det kan være utfordrende å kommunisere forståelsen og viktigheten av aktivitet i det tverrfaglige arbeidet, og til ledelsen, noe som kan påvirke informantenes hverdag. Innleggelse under tvang er også en utfordring som noen av informantene mente skapte begrensninger, da det kan være vanskeligere å motivere pasientene til å delta i aktiviteter.

4.3 Kartlegging ved bruk av aktivitet

En del av informantenes arbeidshverdag er å benytte aktivitet som observasjonsarena for kartlegging og dokumentering. En informant har produksjon som en stor del av arbeidshverdagen. Informanten forteller at de gitte aktivitetene de har egner seg veldig bra til kartlegging av funksjon, og ikke minst å trene funksjon. Flere informanter deler denne arbeidshverdagen, og forteller at de først og fremst er ansatt for å følge opp produksjonen og at det derfor ikke er mye formell kartlegging. Flere forteller at de fleste produksjonsaktivitetene egner seg til å fokusere på å kartlegge en del ting, som for eksempel oppmerksomhet og tempo.

4.3.1 Kartleggingsmetoder

Noen av informantene forteller at de foretrekker ustrukturerte observasjoner fremfor annen kartlegging. Noen av informantene nevner bruk av interessekartlegging for å avdekke pasientens aktivitetsengasjement ved innleggelse. Det blir brukt lite kartleggingsverktøy, men samtidig kommer det fram at skjemaet Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system (EVA) "ligger i bakhodet" til flere av informantene. Den blir for det meste brukt til å kartlegge prosessferdighetene, da de motoriske ferdighetene som regel er intakte. Alle informantene nevner at EVA-skjema ligger i bakgrunnen for all observasjon.

”Vi bruker hvert fall det nede hos oss som et redskap for kartlegging. Og noen ganger så får vi beskjed fra behandler om at de ønsker å få kartlagt utholdenhet, sette i gang, fortsette, avslutte, altså spesielle ting. Og da vet vi hva vi skal gå etter”.

Informant 4

En informant forteller om ønsket for å lære seg den canadiske modellen, da hen tror det kan være en veldig fin måte å kartlegge på. En annen informant har også vært med på å bruke kartleggingsverktøyet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) som en bevisstgjøring for pasienten, hvor det ble tatt en vurdering av pasientens problemområder og ressurser for å kunne legge til rette for veien videre. Utover disse kartleggingsverktøyene ble også Assessment of Communication and Interaction (ACIS) og Independent Living Skills

Survey (ILSS) nevnt av informantene, selv om ILSS ikke er et rent ergoterapeutisk kartleggingsverktøy.

Ved innleggelse på avdelingen, er det en informant som forteller at det blir foretatt en interessekartlegging med pasientene. En interessekartlegging blir anvendt som en samtale der aktivitetene blir nevnt for pasientene som stikkord, hvor pasientene forteller om interessen for aktiviteten, om pasienten holder på med aktiviteten og om hen kunne tenke seg å holde på med den aktiviteten som blir nevnt. En annen informant forteller derimot at interessesjekklista ikke blir mye brukt, da pasientene er kartlagt fra før, i og med at de har en elektiv innleggelse.

”Vi kartlegger hva hver enkelt har interesse for, for da å finne ut hvilke aktiviteter som er viktige for den enkelte.”.

Informant 1

En informant forteller at hen ikke har store muligheter til å kartlegge i spesifikke aktiviteter, som for eksempel å trakte kaffe eller matlaging, da det er mangel på treningskjøkken. I tillegg drar hen lite på hjemmebesøk. De bruker derfor de aktivitetene de har mulighet til, som er alt fra å observere dem i fellesmiljøet, på enheten, observere hvordan det ser ut på rommet deres og hvordan pasientene mestrer en dusjsituasjon. Man kartlegger da hele sekvensen i forhold til det å mestre personlig hygiene. Flere informanter er enige i at det er fint å kartlegge kommunikasjonsferdigheter når de sitter i miljøet, har gruppeundervisning eller er på fellesturer, da dette er gode arenaer hvor informantene kan observere pasientene.

4.3.2 Observasjon som kartleggingsarena

Informantene fremmer observasjon som en god kartleggingsarena. Informantene er opptatt av å kartlegge i aktivitet, da det er et begrep som står sentralt i ergoterapi. Ved spørsmål om pasientene er bevisste på at de blir observert, kommer informantene frem til at det vil variere, og at det noen ganger vil være hensiktsmessig at de ikke vet det. Samtlige informanter forteller at pasientene er bevisste på at de blir kartlagt når de bruker kartleggingsverktøy med pasientene på for eksempel treningskjøkkenet, da de forteller at det er en del av

funksjonsvurderingen. En annen informant påpeker derimot at hen aldri bevisst har gått inn i en relasjon med en pasient for å tematisere og gjøre et nummer ut av at pasienten skal kartlegges eller observeres, noe flere informanter også sier seg enige i.

”Noen pasienter ville blitt mer paranoide hvis de visste det, og da har jeg ikke sagt noe. Men det ligger likevel i journal, så uansett må jeg kunne få en sånn; dette har du skrevet om meg, også må jeg kunne si ja og hvorfor”.

Informant 4

Informantene deltar i aktiviteter sammen med pasientene for å kartlegge og observere dem. De ser da blant annet på orienteringsevnen og hvordan utholdenheten deres er i forhold til den spesifikke aktiviteten. En informant forteller at for eksempel treningssenter er en fin arena for å teste kognitive ferdigheter, da de kan dra tilbake på treningssenteret neste uke og informantene kan observere pasientenes eventuelle utvikling.

5.0 Diskusjon

Diskusjonen er delt inn i resultatdiskusjon og metodediskusjon. Resultatdiskusjonen er delt inn i tre hovedtemaer; en forståelse av menneskelig aktivitet, hverdagsmestring og kartlegging og observasjon. Det er fokusert på å diskutere disse temaene sett i lys av den presenterte teorien og den tidligere forskningen som er av betydning for å svare på problemsstillingen. Metodediskusjonen vil omhandle kritiske overveielser rundt metodevalget for oppgaven.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 En forståelse av menneskelig aktivitet

Sett i lys av det informantene fremmer i oppgavens datainnsamling, tar informantenes arbeid og erfaringer utgangspunkt i forskjellige aktivitetsområder som dagligdagse aktiviteter, fritidsaktiviteter og produktive aktiviteter. Informantenes kompetanse tilegnet gjennom utdanning og erfaring skaper et utgangspunkt for valg av intervensjoner i behandling og aktivitetstilbud. Strategien "Mestre hele livet" vektlegger at psykisk helsearbeid skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Strategien tar for seg sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse (ibid.) Arenaer som skole, jobb og fritidsarenaer skal være helsefremmende, og aktivitetsområdene inngår i disse. Funnene i oppgaven tilsier at det er et mangfold i menneskelig aktivitet, da informantene fokuserer på forskjellige sider av aktiviteter som inngår i dagliglivet. Det kan tenkes at ergoterapeuters yrkesutøvelse formes ut i fra de forskjellige aktivitetsområdene, samtidig som arbeidsplassen kan ha stor påvirkning for aktivitetsvalg.

Informantene har et stort fokus på at behandling i psykisk helse er, og bør være aktivitetsrettet. Forskning viser at aktivitet er i fokus innen psykisk helsearbeid (Cole, 2010; Daremo og Haglund, 2008; Gibson et al., 2011; Hutcheson et al., 2010). At pasientene har noe å engasjere seg i og deltar i aktivitet er essensielt da pasienter med psykiske lidelser kan oppleve utfordringer med å fungere i hverdagen. Studien til Hutcheson (2010) underbygger dette ved at ergoterapeutene er med på å bistå til pasientens ferdigheter slik at de kan løse eventuelle utfordringer og problemer. Slik kan pasientene få muligheten til å leve et selvstendig liv etter utskrivelse. Resultatet viser at informantene har forskjellige tilnærminger for å bruke aktivitet for å gjennomføre dette. Hovedtrekkene er informantenes to måter å

bruke aktivitet på; gjennom produksjon og fritidsaktiviteter. Det kommer likevel frem at informantenes rolle og arbeidsformål har likheter. Kartlegging og å muliggjøre aktivitetsutøvelse- og deltagelse er grunnlaget i arbeidshverdagen til alle informantene.

Det blir presentert en bred forklaring på begrepet aktivitet. Informantene forklarer aktivitet som betydningsfullt og essensielt i behandling, noe som også samsvarer med aktivitetsvitenskapens idé om at aktivitet og menneskers engasjement har påvirkning på helsen (Yerxa, 1990). Aktivitetsområdene; dagligdagse aktiviteter, fritidsaktiviteter og produktive aktiviteter er noe som former hverdagen og er avhengig av omgivelsenes rammer (Kielhofner et al., 2010). Produktive aktiviteter omhandler både lønnet og ulønnet arbeid, som gjør mennesker i stand til å prestere produktivitet (Kielhofner, 2010b). Å utfylle sine roller, forholde seg til forpliktelser og rutiner gir organisering av hverdagen, noe som vil være hensiktsmessig for pasienter innen psykisk helse. Informantene bruker fritidsaktiviteter og hverdagsaktiviteter i behandling, der mye av fokuset er rettet mot å øke aktivitetsferdigheter. Ofte gjennomføres dette gjennom trening på en konkret aktivitet, enten hobbyaktiviteter eller fysiske aktiviteter. Informantene nevner lite om trening av daglige aktiviteter (ADL) som omhandler personlig pleie og nødvendige livsoppgaver for å øke aktivitetsferdigheter.

Informantene i denne oppgaven bruker produksjonsaktiviteter som et arbeidsrettet fokus. Arbeid kan være en stor del av det å komme tilbake til hverdagen for mange pasienter. Ulike helseproblemer kan forebygges gjennom arbeid, og er derfor en viktig del av behandlingstilbudet. I strategien «Mestre hele livet» står det skrevet at «arbeid og aktivitet i mange tilfeller er helsefremmende» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 20).

De andre informantene har mer fokus på fritidsaktiviteter, derav fysiske aktiviteter og hobbyaktiviteter, for eksempel trening og kunst. Artikkelen til Cole (2010) beskriver risikofaktorer som kan gi økt forekomst av livsstilsykdommer, noe som viser til viktigheten av fysisk aktivitet. Det gir også en positiv påvirkning på den psykiske helsen (ibid.). Studien til Hutcheson (2010) underbygger dette med at intervensjoner basert på aktivitet og fysisk aktivitet er gunstig for å fremme den mentale helsen. Viktigheten av dette blir styrket av det som kommer frem i den offentlige føringen "Mestre hele livet" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer er mer fremtredende hos mennesker med psykiske lidelser, enn for befolkningen generelt. Mulige

risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer kan være kosthold, røyking, psykososialt stress, mindre fysisk aktivitet og bivirkninger av psykofarmaka (ibid.).

Informantene forteller lite om bruk av ADL-aktiviteter i behandling. Samtidig viser Pierce (2014b) at håndtering og utøvelse av aktivitet i dagliglivet er grunnleggende for å kunne fungere selvstendig i hverdagen. Denne formen for aktivitet kan derfor være like viktig i behandlingsforløpet som når pasienter skal oppdage nye eller gjenvinne aktiviteter, da det å gjennomføre dagliglivets aktiviteter også er funksjonstrening. På den andre siden kan individuelle motivasjoner være styrende for aktivitetsvalg, som igjen kan være styrende for informantenes fokus på fritids- og produktive aktiviteter. I følge studien til Gibson (2011) har ferdighetstrening gitt en positiv effekt, uavhengig av aktivitetstilnærming.

Både de fysiske og sosiale omgivelsene kan påvirke muligheten for aktivitetsvalg og deltagelse i aktivitetstilbud (Yerxa, 1990). Dette er i tråd med MOHO-teorien hvor aktivitet påvirkes av omgivelsene og at aktivitet gir mening grunnet fysisk og sosiokulturelle kontekster (Kielhofner, 2010c). Aktivitet knyttet til de ulike aktivitetsområdene kan være varierende ut ifra de satte rammene på den aktuelle arbeidsplassen til informantene. Politiske, økonomiske og organisatoriske faktorer fra miljøet kan gi muligheter og støtte eller krav og begrensninger for pasienter eller ergoterapeutenes utøvelse av aktivitet. Et felles aktivitetsperspektiv og et samarbeid med ledelsen og andre profesjoner, kan øke forståelsen og bruk av aktivitet. Bevisstgjøring og forståelse av aktivitet og ulike kontekster kan være avgjørende for likeverdige aktivitetstilbud, som kan underbygges i regjeringens strategi "Mestre hele livet" hvor det er ønskelig med en bred kunnskapsplattform for å skape forståelse om psykisk helsearbeid og livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). En forutsetning for aktivitet og deltagelse er de personlige og omgivelsesmessige faktorene (Daremo og Haglund, 2008). Videre beskriver Daremo og Haglund (2008) hvordan verdier på arbeidsplassen påvirker de ansattes organisering, alt fra arbeidsmetoder til møter med pasientene. Samtidig vektlegges pasientens ansvar og deltagelse i egen behandling (Daremo og Haglund, 2008; Meld. St. 11 (2015-2016))

Informantene gir uttrykk for at de behøver forståelse for den enkelte pasients opplevelser og aktivitetshistorie som gir et meningsfullt og pasientrettet fokus når aktivitet skal integreres i

behandling. Pasientens handlinger, tanker og følelser som oppstår under eller i etterkant av behandlingen utgjør pasientens aktivitetsengasjement. Når pasientenes aktivitetshistorie er forstått, beskrev flere av informantene at meningsfull aktivitet kunne være en ressurs i behandling. Meningsfull aktivitet tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen til pasienten, og pasientens aktivitetshistorie vil da bidra med å finne de aktivitetene som pasienten ser på som meningsfulle (Pierce, 2014a). Pasientens handlinger, tanker og følelser før, under og i etterkant av behandling er en forutsetning for å forstå aktivitetshistorien. Kielhofner (2010) ser i denne sammenheng på en viljemessig prosess, som bakenforliggende for aktivitetsengasjement. Informantene bistår til en forandringsprosess der opprettholdelse eller resultat av forandring kommer frem i form av pasientenes «evner, handlingsmønstre, selvforståelse og verdensforståelse» (Kielhofner, 2010e, s. 141). Ut fra resultatet kommer det fram at det oppstår en forandring gjennom pasientens aktivitetsengasjement, noe som kan foregå ved hjelp av aktivitetsområdene. Aktivitetsengasjementet er styrende for aktivitetsvalget. Samtidig forutsettes det at de institusjonelle betingelsene gir muligheter for at pasientene kan delta i aktiviteter.

Informantene uttrykker at de har god kompetanse for å skape gode relasjoner med pasientene samt kompetanse på å bidra til at pasientene kan gjenvinne eller finne meningsfulle aktiviteter. Dette gir utgangspunkt for en klientsentrert tilnærming, noe som er viktig i ergoterapeuters utøvelse (Daremo og Haglund, 2008; Ergoterapeutene, 2017a; Gibson, 2010; Law og Baum, 2017; Pierce, 2014a; Yerxa, 1990).

Aktivitet er en sentral del av ergoterapeuters kjernekompetanse (Ergoterapeutene, 2017a). Dette kan ses i sammenheng med menneskelige prosesser og det grunnleggende motivet for aktivitet (Kielhofner, 2010). Avslutningsvis påvirkes aktivitetsdeltagelse av subjektive opplevelser av personlig og sosial betydning, så vel som det er kontekstbestemt (Kielhofner, 2010f). Aktivitetsområdene har betydning for pasientenes utvikling og forandringsprosess, da livsløpet formes av aktiviteter og det mennesker foretar seg (Kielhofner, 2010e). S sammensatt av pasientenes vilje, interesser og aktivitetsdeltagelse gjennom livet, formes en aktivitetsidentitet og et avspeilende mønster til en aktivitetskompetanse (Kielhofner, 2010f). For å inkludere aktivitet i behandling og intervensjoner trekker informantene frem viktigheten av å planlegge, velge og organisere aktiviteter med utgangspunkt i pasientenes ønsker og behov. Dette kan tyde på at informantenes arbeid og bruk av aktivitet er sammensatt.

5.1.2 Hverdagsmestring

I følge informantene er muliggjørelse og å bidra til menneskers ressurser og mestring av aktiviteter et grunnleggende fundament for at pasientene skal fungere i sin hverdag. Gjennom å bruke aktivitet i behandling, ønsker informantene å ha et fokus på mestring for å kunne oppnå god livskvalitet og helse.

Hverdagsmestring handler om å vektlegge mestring uavhengig av funksjonsnivå (Hartviksen og Sjølie, 2017). Ness (2016) skriver at hverdagsmestring handler om å legge til rette for at den enkelte har mulighet til å bestemme over eget liv. Han skriver også at det handler om selvbestemmelse. Selvbestemmelse handler om store og små valg som for eksempel å gifte seg eller at du har mulighet til å selv velge hva du vil ha på deg. I denne oppgaven, og ut fra resultatene, handler hverdagsmestring om å tilrettelegge for den enkelte pasienten for å kunne mestre hverdagen etter utskrivelse. Selvbestemmelse kommer godt frem i resultatet i form av at pasientene selv får bestemme hvilke aktiviteter de vil delta i, og som de synes er meningsfulle. Samtidig er det en informant som jobber med pasienter som har tvunget innleggelse. Loven om psykisk helsevern har blant annet som formål å forebygge og begrense bruk av tvang, og helsehjelpen skal utøve respekt for den enkelte pasients behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverd så langt som mulig (Psykisk helsevernloven, 1999). Ved tvungen innleggelse kan derfor selvbestemmelse enkelte ganger være en utfordring, da man kanskje har blitt fratatt noe av friheten til å velge selv.

I regjeringens strategi ”Mestre hele livet” står det beskrevet kort om betingelser for mestring. Mestringsbetingelser omhandler forholdet mellom individets kompetanse og ressurser og omgivelsenes krav og muligheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Opplevelse av mestring og trivsel er derfor avhengig av denne balansen. Stress, helsesvikt og mistriivsel kan være et resultat av at et individ ikke oppnår mestring. Forklaringen på at man ikke opplever mestring kan ligge flere plasser; både hos individet og omgivelsene, men også i møtet mellom dem (ibid.). Det å kartlegge pasienten og dens ønsker, kompetanse og ressurser er derfor viktig slik at informantene stiller godt rustet til å få pasienten til å oppleve mestring, noe også informantene trakk fram i resultatet. Kartlegging er vesentlig med tanke på å tilrettelegge aktiviteter for å legge til rette for gode betingelser for mestring og trivsel. For å oppnå

mestring kan det også være viktig å tenke på kravene som blir satt; de kan bli for store eller for små. Her er det viktig å finne en god balanse (Yerxa, 1990).

I resultatet kom det frem at informantene hadde fokus på pasientenes overgang til hverdagslivet og det å mestre hverdagen. Spesialkompetansen til ergoterapeuter i psykisk helse handler som sagt om å skape deltagelse og inkludering gjennom utvikling av menneskets mestring, tilrettelegging av aktiviteter og endring av omgivelser (Bjerkaas, 2012). Alle informantene brukte aktivitet som et middel for at pasientene kan oppleve mestring og utvikling. Artikkelen til Hutcheson et al. (2010) viser til ergoterapeuters unike evne til å bruke aktivitet som et behandlingsmiddel, og hvor viktig det er for pasientenes bedring i psykisk helse. Fokus på hva pasientene ønsker å gjøre, hvilke interesser de har og hvilke aktiviteter som er viktige for dem står sentralt. Pasientene skal kunne delta i sin egen behandling, og de bør sees på som en ressurs (Daremo og Haglund, 2008).

Det er essensielt at pasientene føler mestring i det de driver med, da dette er noe som skal hjelpe dem videre i hverdagen etter utskrivelse. Samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser er viktig i forhold til hverdagsmestring. Ved å tilrettelegge aktiviteter rettet mot den enkelte pasient, kan samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser føre til deltagelse og inkludering (Ergoterapeutene, 2017a). Arbeidet til informantene handlet overordnet om å styrke motivasjonen hos pasientene og å bidra til pasientenes mestring. Det kommer fram at informantene har et ønsket mål om at pasienten skal tilbake til å mestre sin egen hverdag og påvirke deres egen helse og velvære, noe informantene føler de har god kompetanse til å bidra med. En viktig del for å kunne mestre hverdagen, er brukermedvirkning. Regjeringen fremmer sin visjon knyttet til utforming av brukerens helse- og omsorgstjenester, og denne lovgivningen sier blant annet at: ”Pasienten skal medvirke i utformingen av tjenesten, delta i valg av egen behandling og få bedre muligheter til å mestre eget liv” (Meld. St. 11 (2015-2016))

For å kunne bidra til hverdagsmestring på institusjon, er det viktig for pasientene å finne en aktivitet de kan mestre. Informantene i denne oppgaven trekker frem det å møte pasienter der de er. I den valgte aktiviteten benytter man seg derfor av det informantene mener er viktig

kompetanse; tilrettelegging av aktivitet, og det å bruke aktivitet ut i fra pasientens ressurser, motivasjon, funksjonsnivå og relasjonsbygging. Ergoterapeutenes kompetanse sier blant annet noe om dette: ”Ergoterapeuter bygger opp under motivasjon og tro på egen mestring ved å legge til rette aktiviteter med riktig utfordringsnivå” (Bjerkaas, 2012). Det er her kartlegging kommer inn; man kartlegger for å finne ut mest mulig om pasienten, slik at man tar de rette valgene knyttet til den enkelte pasienten. Man kan også tenke over utfordringsnivået i aktiviteten. Pasientene kan føle og oppleve mangel på mestring hvis aktiviteten er godt kjent, og det kan da være et alternativ at pasienten utfordrer seg selv og finner noe som er mer krevende. Som flere av informantene kommenterte; det er viktig å finne den rette balansen. Ved å finne den rette balansen kan pasientene oppleve "Flow". En informant forteller blant annet at pasientene kan fokusere på noe som er givende og spennende, slik at de kan glemme tid, glemme problemene sine for en stund og glemme litt å være pasient. Det blir beskrevet som en optimal opplevelse mellom kjedsomhet og utfordring (Pierce, 2014b).

For å oppleve mestring i en meningsfull aktivitet, er det vesentlig med brede og varierende aktivitetsmuligheter, slik at pasientene har muligheten til å velge aktiviteter som er meningsfulle for den enkelte. Yerxa (1990) sier blant annet noe om at man velger aktiviteter ut fra pasienten og pasientenes ønsker. Samtidig er det viktig at det blir valgt aktiviteter ut fra pasientens nivå, slik at de kan oppleve mestring (ibid.). Det er da viktig med aktiviteter som treffer mange, for å også blant annet bidra til økt deltagelse blant pasientene. Samtlige informanter mente at deres arbeidsplass hadde et bredt aktivitetstilbud som bidro til deltagelse. Forskingen til Hutcheson et al. (2010) viser at aktivitetsmulighetene spiller en stor rolle for aktivitetsdeltagelse. Forskingen fokuserer på at økt aktivitetsmuligheter gir økt deltagelse. Samtidig viser den at formidling av informasjon kan være en faktor som spiller inn, da god formidling kan sikre at pasientene er klar over hvilke tilbud som er tilgjengelige (ibid.).

5.1.3 Kartlegging og observasjon

Metoder brukt av terapeuter inkluderer intervju, observasjon, undersøkelse, henvisningsinformasjon, medisinske notater, brev, telefonsamtaler og bruk av standardiserte tester (Fawcett, Payne, og Howell, 2018). I resultatet kommer det tydelig frem at informantene benytter seg av aktivitet for å kartlegge og observere pasientene. Ved

observasjon og kartlegging generelt bør man tenke over hva man ønsker å vite, hva som er relevant og hvilken informasjon man trenger for behandlingen. Det vil derfor ikke direkte si at all kartlegging og observasjon er nødvendig, og det kan settes spørsmålsteget på kartlegging og observasjoner som skjer når pasienten kanskje ikke er klar over det. Informantene reflekterte også over om alle observasjoner er hensiktsmessige og om pasientene blir bevisstgjort at de blir observert på forhånd.

Det kommer frem i resultatet at de fleste informantene bruker lite strukturerte kartleggingsverktøy. Studien til Stigen et. al (2018) viser at bruk av strukturerte kartleggingsverktøy ga bedre grunnlag for å sette i gang intervensjoner. Det er da viktig å finne de rette kartleggingsverktøyene basert på den enkelte pasienten (Dunn, 2017), da dette kan bidra til at ergoterapeuter kan velge riktige kartleggingsstrategier for best mulig behandling. Informantene forteller at de bruker en del ustrukturerte kartlegginger, og at kartleggingsverktøy er en liten del av hverdagen deres. Hvorfor strukturerte verktøy blir benyttet i så liten grad kom ikke fram i resultatet, men det kan tenkes at noen ser på det å bruke et strukturert kartleggingsverktøy som mer strevsomt enn å bare gjennomføre en observasjon. I artikkelen til Stigen et. al (2018) trekkes det frem at strukturerte kartleggingsverktøy bør benyttes for å forstå klientens ressurser og begrensninger. Dette legger grunnlaget for at en kan utforme individuelle intervensjoner. Samme artikkel identifiserer tre fremtredende grunner for at standardisert verktøy ikke blir brukt: mangel på kunnskap (49%), ikke tilgang på materiale (40%) og mangel på tid (30%) (ibid.).

Kartlegging hjelper ergoterapeuter å karakterisere atferden til pasientene på riktig måte. Det kan også gjelde på tvers av situasjoner eller steder (Dunn, 2017). For eksempel hvis en pasient kan finne en gjenstand på sitt eget soverom hjemme, kan vi kanskje tenke at personen finner gjenstanden overalt. Soverommet kan derimot være så kjent for personen at den aktiviteten ikke utfordrer personens ferdigheter, da personen kan stole på hukommelsen. Det kan da komme fram at personen sliter med å finne gjenstanden i andre omgivelser, som for eksempel på institusjon (ibid.). Det å kunne bruke ferdighetene og ressursene sine til å fullføre oppgaver er viktig for å mestre livet, og det må derfor være en vurdering under kartlegging.

I følge Fawcett, Payne og Howell (2018) er det tre hovedkilder til informasjon som brukes av terapeuter for vurdering. Dette er selvrapportering, proxy-rapport og observasjon. I informantenes hverdag er det for det meste tatt vurderinger i form av observasjoner.

Ergoterapeuter er utdannet i observasjonsferdigheter og mange vurderinger vil innebære en slags observasjon. Denne vurderingsmetoden gir data om personens evne til å utføre bestemte oppgaver i bestemte miljøer, i tillegg til å gi nyttig informasjon fra prosessen som brukes og kvaliteten på personens ytelse (Fawcett, Payne og Howell, 2018).

Informantene påpeker mye bruk av observasjon som kartlegging og at pasientene ikke alltid er klar over at de blir kartlagt. Det kan dermed stilles spørsmål ved om det er etisk riktig av informantene å bruke den informasjonen de får ut av observasjonene de gjør seg når pasienten ikke er klar over det? Fawcett, Payne og Howell (2018) skriver at terapeuter ikke bare bør stole på selvrapportering og proxy-rapport for vurdering, da det menes at den mest pålitelige formen for funksjonell vurdering er direkte observasjon. Pasientene blir observert mye i fellesmiljøet og når de er ute på aktivitet. Kartlegging i et ukjent miljø kan påvirke resultatene av kartleggingen, da ukjente omgivelser kan påvirke personens ytelse og utførelse. Dunn (2017) skriver om viktigheten av miljømessige kontekster i kartlegging. Noen ganger kan ukjente møbler, utstyr eller omgivelser distrahere personen. I tillegg kan terapeutens forventninger til personen forårsake angst. Det er derfor viktig for informantene å kjenne til personens liv for å hindre at personen blir forvirret. På den andre side kan informantens engasjement gjøre det lettere på områder som pasientene vanligvis utfører dårlig på bakgrunn av manglende interesse (ibid.). Informantene forklarer viktigheten av dette, og at de har som oppgave å motivere pasienten til å utføre en aktivitet på best mulig måte.

Flere av informantene uttrykte at de ikke alltid brukte et kartleggingsverktøy under vurdering, da de brukte kunnskapen sin og hadde begrepene i ryggmargen, noe som også kom frem i studien til Stigen, Bjørk og Lund (2018). På den andre siden er det rimelig å tenke at dette kan være av hensyn til pasientene, da kartleggingssituasjoner kan oppleves som stressende og det stilles krav til pasientens prestasjoner. Dette er også faktorer som viste seg i resultatet fra Stigen, Bjørk og Lund (2018) sin studie.

5.2 Metodediskusjon

Metodediskusjonen vil omhandle diskusjon og kritikk rettet mot metodedelen av oppgaven. Dette innebærer blant annet diskusjon rundt kvalitativ forskning, datainnsamling, analyse, transkribering og validitet og reliabilitet. Metodediskusjonen vil bidra til å øke validiteten av oppgaven sammen med det teoretiske grunnlaget og den anvendte forskningen.

Det er tatt vurderinger om den kvalitative metoden kan ha påvirket oppgavens resultat. Fokusgruppeintervjuet krever organisering og planlegging i noe større grad enn i andre forskningsmetoder, noe som kan ha gitt begrensinger i form av å innhente informanter til intervjuene. Flere informanter kunne styrket validiteten og reliabiliteten. Samtidig er datamaterialet som er innhentet fra utvalget av informantene i stor grad dekkende, sett ut ifra oppgavens tidsmessige ramme. En risiko ved fokusgruppeintervju er at en av informantene tar over, noe som kan resultere i at noen ikke får gi like mye uttrykk og svar for sine tanker og erfaringer. I etterkant ser studentene at dette har vært tilfelle ved gjennomføringen av intervjuene, men som anses å ikke være av stor betydning for resultatet.

Kvale og Brinkmann (2015) mener at erfaring er en betydende faktor i kvalitativ forskning. Ingen av studentene i denne oppgaven har erfaring med å bruke kvalitativ studie, noe som kan være en svakhet for oppgaven. Med bakgrunn i dette, kan gjennomføringen av intervjuene være noe mangelfull. Det kan tenkes at moderatorene kunne stilt flere oppfølgingsspørsmål for å få mer utfyllende svar på noen punkter. På den andre siden kunne dette påvirket svarene til informantene og svekket oppgavens reliabilitet. Intervjuguiden kan ha vært med på å styrke oppgaven da den legger føringer for moderatorene. Intervjuene blir gjennomført på samme måte, uavhengig av moderatoren. Intervjuguiden ble testet ut på medstudenter før intervjuene, noe som førte til endringer som kan ha betydning for resultatet. Et negativt aspekt med å benytte en intervjuguide kan være at den gir føringer for informantens avklaringer og svar. På den andre siden er dette hensiktsmessig fordi det har bidratt til å avdekke svar og hva oppgaven søker i forhold til informantenes erfaringer, som nevnt tidligere.

Det er en variasjon i informantenes alder, arbeidserfaring og arbeidshverdag. Dette kan styrke resultatet da det gir en bredde i svarene og en indikasjon på hvordan ergoterapeuter benytter

aktivitet i psykisk helse. Det ble vurdert å sende ut intervjuguiden på forhånd, slik at informantene kunne forberede seg og gjøre egne refleksjoner før gruppeintervjuet. Dette ble ikke gjort, da det var ønskelig med spontane svar og refleksjoner, noe som gjenspeilet seg i intervjuene.

I transkripsjonen kan det være problematisk å inkludere det mellommenneskelige samspillet hos informantene, da skriftspråket ikke inkluderer kroppsspråk og bemerkelse av stemmeleie noe som er av betydning (Kvale og Brinkmann, 2015). Ved bearbeidelse av dataanalysen kan det oppstå ulike oppfattelser av innholdet. Dette kan påvirke resultatet da meningen av resultatet kan tolkes feil. Det har derfor vært viktig at alle studentene har gått gjennom analysen sammen, for å sikre at resultatet er tolket likt, noe som også kan være med på å styrke reliabiliteten og validiteten. En av faktorene som kan svekke studiens reliabilitet er studentenes manglende erfaring i intervjuarbeidet og som moderatorer, samt i arbeidet med spørsmålsformuleringen. I tillegg er det mulig at forforståelsen kan ha påvirket oppgavens empiriske datamateriale. Det geografiske området som er satt kan også ha innvirkning på resultatet. Ved større geografisk området kunne resultatet kanskje sett annerledes ut, men samtidig har studien fått et bredt resultat ut i fra området som er satt.

6.0 Konklusjon

Funnene i denne oppgaven viser at ergoterapeutene får brukt sin aktivitetsforståelse i arbeidet innenfor psykisk helse. Felles for arbeidet deres er at de fokuserer på hverdagsmestring, brukermedvirkning og kliensentrert tilnærming i behandlingen, som i stor grad er aktivitetsbasert. Ergoterapeutene bruker aktivitet som alt fra dagligdagse aktiviteter, hobbyaktiviteter, fritidsaktiviteter og produktive aktiviteter. Selv om arbeidshverdagen til ergoterapeutene er forskjellig, har de et felles mål med behandlingen; å bidra til hverdagsmestring ved hjelp av aktivitet, og at pasientene skal kunne fungere i hverdagslivet på best mulig måte.

Funnene viser og at en stor del av ergoterapeutenes arbeidshverdag knyttet til aktivitet inkluderer kartlegging, enten strukturerte- eller ustrukturerte kartleggingsverktøy. Observasjon blir trukket frem som den mest brukte kartleggingsmetoden og kartleggingen skjer som regel når pasientene er i aktivitet.

Oppgaven gir bare en indikasjon på ergoterapeuters erfaringer med å benytte aktivitet i arbeid med psykisk helse i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor behov for videre forskning på dette området.

7.0 Referanseliste

Andersen, A. J. (2016). *Psykisk helse, Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra:

https://sml.snl.no/psykisk_helse (Hentet 12. Mars 2018)

Bjerkaas, K-E. T. (2012) *Psykisk helse; spesialkompetanser for ergoterapeuter*. Tilgjengelig

fra: <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse/Psykisk-helse> (Hentet 08. april 2018).

Cole, F. (2010) Physical activity for its mental health benefits: conceptualising participation within the Model of Human Occupation. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(12), 607-615. DOI: 10.4276/030802210X12918167234280

Dalland, O., (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Daremo, Å. og Haglund, L. (2008) Activity and participation in psychiatric institutional care.

Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 15(3), 131-142. DOI:

10.1080/11038120801900050

Dunn, W. (2017). Measurement Concepts and Practices. I: M. Law, C. Baum, og W. Dunn

(red.), *Measuring Occupational Performance: Supporting Best Practice in Occupational Therapy*. 3. utg. Thorofare: SLACK Incorporated.

Ergoterapeutene (2017a). *Alle skal kunne delta – Ergoterapeuters kjernekompetanse*.

Tilgjengelig fra: [https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-)

[Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-)

[Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltside_r.pdf?slrid=bcad4f9e-a0de-5000-3d0c-edd905a6bd07](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-) (Hentet 02. Mars 2018)

Ergoterapeutene (2017b) Brosjyre: *Psykisk helse, rus og hverdagsmestring*. Tilgjengelig fra:

[https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-)

[Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-)

[Trykksaker/Psykisk%20helse/Kommune/A5_brosjyre_des_2016_070217_WEB_enkel.pdf?slrid=d07d629e-f049-5000-3f3e-f5e3e2bef738](#) (Hentet 30. April 2018)

Fawcett, A. L., Payne, S. og Howell, C. (2018) Methods of Assessment and Sources of Assessment Data, i Fawcett, A. L. (red.) *Outcome Measurement for occupational Therapists and Physiotherapists*, 1. utg. London: Wiley & Sons.

Folkehelseinstituttet (2016). *Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/> (Hentet 27. Februar 2018)

Folkehelseinstituttet (2018). *Psykisk helse i Norge*. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/psykisk-helse/psykisk_helse_i_norge2018.pdf (Hentet 27. Februar 2018)

Gibson, R. W., D'Amico, M., Jaffe, L., og Arbesmas, M. (2011) Occupational therapy interventions for recovery in the areas of community integration and normative life roles for adults with serious mental illness: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 247-256. DOI: 10.5014/ajot.2011.001297

Hartviksen, T. og Sjølie, B. (2017). *Hverdagsrehabilitering - Kvalitetsforbedring i norske kommuner*. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf> (Hentet 23. Februar 2018)

Helsebiblioteket (2016). *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet 14. Februar 2018)

Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Tilgjengelig fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf (Hentet 23. Februar 2018).

Hutcheson, C., Ferguson, H., Nish, G. og Gill, L. (2010) Promoting mental wellbeing through activity in a mental health hospital. *British Journal of Occupational Therapy*, 73 (3), 121-128. DOI: 10.4276/030802210X12682330090497

Kielhofner, G. (2010a) *MOHO: modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til uddannelse og praksis*. 2.utg. København: Munksgaard.

Kielhofner, G. (2010b) Introduktion til Modellen for Menneskelig Aktivitet, i Kielhofner, G. (red.) *MOHO – Modellen for menneskelig aktivitet: Ergoterapi til uddannelse og praksis*. 2. utg. København: Munksgaard, s. 9-22.

Kielhofner, G. (2010c) Den menneskelige aktivitets grundlæggende begreber, i Kielhofner, G. (red.) *MOHO – Modellen for menneskelig aktivitet: Ergoterapi til uddannelse og praksis*. 2. utg. København: Munksgaard, s. 25-58.

Kielhofner, G. (2010d) Omgivelserne og den menneskelige aktivitet, i Kielhofner, G. (red.) *MOHO – Modellen for menneskelig aktivitet: Ergoterapi til uddannelse og praksis*. 2. utg. København: Munksgaard, s. 101-114.

Kielhofner, G. (2010e) At foretage sig noget og blive noget: Aktivitetsforandring og -udvikling, i Kielhofner, G. (red.) *MOHO – Modellen for menneskelig aktivitet: Ergoterapi til uddannelse og praksis*. 2. utg. København: Munksgaard, s. 141-156.

Kielhofner, G. (2010f) Dimensionerne i det at foretage sig noget, i Kielhofner, G. (red.) *MOHO – Modellen for menneskelig aktivitet: Ergoterapi til uddannelse og praksis*. 2. utg. København: Munksgaard, s. 115-123.

Kielhofner, G. og Forsyth, K. (2010) Aktivitetsengagement: Hvordan klienter opnår forandring. I: Kielhofner, G. (2010) *MOHO: modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til uddannelse og praksis*. 2. utg. København: Munksgaard. s. 191 - 204

Kielhofner, G. et al. (2010) At udforme et aktivitetsliv, i Kielhofner, G. (red.) MOHO – *Modellen for menneskelig aktivitet: Ergoterapi til uddannelse og praksis*. 2. utg. København: Munksgaard, s. 125-140.

Kvale, S., og Brinkmann, S. (2015) *Det Kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Law, M. og Baum, C. (2017). Measurement in Occupational Therapy. I M. Law, C. Baum, og W. Dunn (red.), *Measuring Occupational Performance: Supporting Best Practice in Occupational Therapy*. 3. utg. Thorofare: SLACK Incorporated.

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Meld. St. 11 (2015-2016) (2015) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/> (Hentet 19. April 2018)

Ness, N. E. (2016) *Hverdagsmestring, Ergoterapeuten. Nr. 1–2016*. Tilgjengelig fra: <https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiles%2FFagartikler%2FHverdagsmestring.pdf> (Hentet 12. Mars 2016)

Norsk ergoterapeutforbund (2016) *Psykisk helse og rus - Dette mener Norsk Ergoterapeutforbund om psykisk helse og rus*. Oslo: Norsk ergoterapeutforbund.

Nygård, S. (2018) *Ergoterapeuters plass innen psykisk helse og rusavhengighet*. Ergoterapeuten. Nr. 1-2018

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

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (Hentet 07. Mars 2018)

Pierce, D. (2014a) Occupational Science: A Powerfull Disiplinary Knowledge Base for Occupational Therapy, i Pierce, D. (red) *Occupational Science for Occupational Therapy*. USA: SLACK Incorporated, s. 1-10.

Pierce, D. (2014b) Occupational Science Research Describing Occupation, i Pierce, D. (red) *Occupational Science for Occupational Therapy*. USA: SLACK Incorporated, s. 13-21.

Psykisk helsevernloven (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (Hentet 07. Mars 2018)

Regjeringen.no. (2017). *Psykisk helse og livskvalitet*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/> (Hentet 27. Februar 2018)

Shell, B. A. B., Gillen, G., Scaffa, M. E. (2014): *Willard og Spackman's Occupational Therapy (Twelfth edition)*, Philadelphia: Lippincott Williams og Wilkins

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (Hentet 07. Mars 2018)

Stigen, L., Bjørk, E., Lund, A. (2018): The conflicted practice: Municipal occupational therapists' experiences with assessment of clients with cognitive impairments, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, DOI: 10.1080/11038128.2018.1445778

Stigen, L. et. al. (2018) Assessment of clients with cognitive impairments: A survey of Norwegian occupational therapists in municipal practice, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25 (2), 88-98, DOI: 10.1080/11038128.2016.1272633

Tuntland, H. og Ness, N. E. (2014) *Hverdagsrehabilitering*. 1. utg. Oslo: Gyldendal

WHO (2004). *Promoting Mental Health*. Tilgjengelig fra:
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf (Hentet 27. Februar 2018)

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*, DOI: 10.1080/11038120500380570. (Hentet 14. Februar 2018)

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, 1-17, DOI: 10.1080/J003v06n04_04

Samtykkeerklæring

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

Sted og dato

Signatur (elektronisk)

Vedlegg 2 - Intervjuguide

Intervjuguide

Nøkkelord: mestring, meningsfull aktivitet/hverdag, aktivitet, psykisk helsearbeid, motivasjon, mål, ressurser, ergoterapi, tverrfaglig samarbeid,

Rammesetting og presentasjon

Vi er 3 studenter fra Ergoterapiutdanningen ved NTNU i Gjøvik. Jeg heter og dette er og

Vi setter stor pris på at dere er villige til å delta i dette intervjuet slik at vi kan få lære av deres erfaringer med å bruke aktivitet i praksisene deres. Hensikten med vår studie er å finne ut hvordan aktivitet blir brukt i arbeid innenfor psykisk helse, hvorfor dere bruker de aktivitetene og eventuelt hvilke typer aktivitet dere bruker. Problemstillingen vi har satt oss og som vi vil finne ut at gjennom dette fokusgruppeintervjuet er: Hvilke erfaringer har ergoterapeuter med å benytte aktivitet innenfor psykisk helse i spesialisthelsetjenesten?

Oppgaven vil bli sendt til dere etter den er levert og godkjent hvis dere ønsker det. Intervjuet vil bli tatt opp på båndopptaker, men alt dere forteller under intervjuet om dere selv og deres erfaringer vil bli anonymisert slik at det ikke er mulig for andre å finne tilbake til dere. Siden vi har et fokusgruppeintervju ønsker vi at dere føler dere fri til å kommentere og diskutere på hverandres uttalelser, men siden det blir tatt opp er det fint om en og en snakker om gangen. Vi vil også informere om at deltagelsen i denne studien er frivillig, og det er mulig å trekke seg når som helst, uten å måtte oppgi grunn for dette. Vi tenker at varigheten på intervjuet vil være rundt 1-2 timer.

Er det noen spørsmål før vi starter?

Informanters erfaringer:

(Informanter får eget ark som de fyller ut)

- Hva jobber du som?
- Utdanningsår
- Hvor lenge har du jobbet som ergoterapeut? Og innenfor psykiatri?

Hovedspørsmål

1. Studiens målsetning er å undersøke deres bruk av aktivitet innenfor psykisk helsearbeid, men først så har vi lyst til å starte med å snakke litt om hva dere legger i begrepet aktivitet?
2. Kan dere si litt om deres arbeidshverdag?
3. Vi har nå lyst til å gå litt videre til selve bruken av aktivitet.
Kan dere si litt om hvordan dere bruker aktivitet og hvorfor?
 - Evt. hvorfor benytter dere ADL - aktiviteter i stedet for hobbyaktiviteter eller fysisk aktivitet osv?
4. Hvilke positive og negative sider ser dere på ved bruk av aktivitet?
5. På hvilken måte bruker dere aktivitet i forhold til kartlegging og behandling?
 - Kartlegging
 - Bruker dere noe strukturert verktøy når dere gjennomfører observasjonene?
 - Eventuelt kartleggingsverktøy? (EVA, AMPS, PRPP e.l.?)
 - Observasjon:
 - Er brukerne bevisst på at de blir observert?
 - Har dere blitt enige om at en spesiell aktivitet skal utføres? Eller er det dere som har 'bestemt' det?
 - I observasjonen, er dere bevisst hvilken rolle dere tar?
Aktiv/passiv?
 - Når det skjer uforutsette ting i observasjonen, hva gjør dere da?
F. eks. om noen kommer inn og avbryter, telefonen til bruker ringer eller lignende. Blir observasjonen dere gjør i fht det også med i rapporten i etterkant selv om det primært var noe annet dere egentlig skulle se etter?

6. I behandling: Hvilke aktivitetstilbud har dere tilgjengelig på arbeidsplassen?
- Inne i institusjon?
 - Utenfor institusjon?
 - Hvordan opplever dere at tilbudet fungerer? Stort, lite, dårlig, bra?
 - Hva sier brukerne om dette tilbudet?
 - Er det noe dere kunne ønske å endre på i fht muligheter for intervensjoner?

Avslutning

- Vi har nå vært gjennom ganske mange tema i fht deres bruk av aktivitet i praksisene deres. Så helt avslutningsvis; er det noen som har noe de ønsker å tilføye, som ikke vi har vært innom i løpet av denne samtalen?
- Takke for deltagelse

Oppfølgingsspørsmål:

- Det var interessant, kan du si litt mer om det?
- Og det du mener er at...?
- Hva tenker **du** om det da? (rettet til en som kanskje er litt anonym)
- Hvilke andre tanker har du omkring dette?
- Hva konkret mener du med ... ?
- Kan du konkretisere nærmere ?

Vedlegg 3 – Søkehistorikk

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1 Occupational therapy 2 Psychiatric Hospitals 3 Activity	Medline	1 AND 2 AND 3	14 (1 brukt)
1 Occupational therapy 2 Mental Health 3 Activity 4 Activities	PsycINFO	1 AND 2 AND 3 OR 4	46 (2 brukt)
1 Occupational therapy 2 Activities of daily living 3 Mental disorders	PsycINFO	1 AND 2 AND 3	43 (1 brukt)
1 Occupational therapy intervention 2 Mental health 3 experiences 4 perceptions 5 attitudes 6 views 7 Psychiatry	Cinahl	1 AND 2 AND 3 OR 4 OR 5 OR 6 AND 7	89 (1 brukt)

I tillegg er det valgt ut to artikler om kartlegging etter tips fra veileder.