

Karine Gran  
Marthe Gjerde Stølen  
Thea Kåseth

## Deltakelse i meningsfulle aktiviteter

Norske ergoterapeuters arbeid med  
meningsfulle aktiviteter innen psykisk helsevern

Bacheloroppgave i Ergoterapi  
Veileder: Tone Magna Torgersen

Mai 2020



Karine Gran  
Marthe Gjerde Stølen  
Thea Kåseth

## **Deltakelse i meningsfulle aktiviteter**

Norske ergoterapeuters arbeid med meningsfulle aktiviteter innen psykisk helsevern

Bacheloroppgave i Ergoterapi  
Veileder: Tone Magna Torgersen  
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

Tittel	Deltakelse i meningsfulle aktiviteter: Norske ergoterapeuters arbeid med meningsfulle aktiviteter innen psykisk helsevern.	
Forfattere	Karine Gran, Marthe Gjerde Stølen & Thea Kåseth	
Veileder	Tone Magna Torgersen	
Nøkkelord/ Stikkord	Ergoterapi, psykisk helsevern, deltakelse, meningsfull aktivitet	
Antall ord: 9904	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: JA
<b>Innledning</b> <p>Tidligere forskning fra andre land omhandler effekten av ergoterapiintervensjoner, samt barrierer knyttet til meningsfulle aktiviteter for mennesker med psykisk uhelse. Denne studien tar for seg hvordan norske ergoterapeuter i psykisk helsevern jobber for å fremme deltakelse i meningsfulle aktiviteter.</p>		
<b>Metode</b> <p>Studien har en kvalitativ tilnærming ved bruk av en-til-en-intervju, og informantene er fire ergoterapeuter fra ulike steder i Norge.</p>		
<b>Resultat</b> <p>Informantene benytter ulike metoder for å kartlegge pasientenes funksjon, motivasjon og deltakelse. Målet med kartleggingene er å gi et bilde på symptomtrykk, samt bevisstgjøre og motivere. Intervensjonene består av samtaler, samt individuelle- og gruppeaktiviteter som tilrettelegges for hver enkelt pasient, hvor målet er hverdagsmestring. Opplevelsen av tilhørighet, både i grupper og ute i samfunnet fremkommer som viktig, samt sosialt nettverk. Informantene jobber også mye med behandlingsallianse.</p>		
<b>Konklusjon</b> <p>Studien viser at informantene benytter motivasjonsarbeid, samt individuelle- og gruppeaktiviteter for å fremme deltakelse i meningsfulle aktiviteter. Hverdagsmestring, opplevelsen av tilhørighet til samfunnet, samt relasjoner er viktige faktorer i dette arbeidet.</p>		

## Abstract

Title	Participation in meaningful occupations: Norwegian occupational therapists` work regarding meaningful occupations within mental health care.	
Authors	Karine Gran, Marthe Gjerde Stølen & Thea Kåseth	
Supervisor	Tone Magna Torgersen	
Keywords	Occupational Therapy, mental health care, participation, meaningful activity/occupation	
Number of words: 9904	Number of attachments: 3	Availability (open/confidential): OPEN
<b>Introduction</b> <p>Previous research from other countries deals with the effects of occupational therapy interventions, as well as barriers to meaningful occupations for people with mental illness. This study examines how Norwegian occupational therapists in mental health care, work to promote participation in meaningful occupations.</p>		
<b>Method</b> <p>The study employs a qualitative approach using one-to-one interviews, and the informants are four occupational therapists from different locations in Norway.</p>		
<b>Results</b> <p>The informants use different methods to map the patients' function, motivation and participation. The purpose of the surveys is to provide a picture of symptom pressure, as well as to raise awareness and motivate. The interventions consist of conversations, as well as individual and group activities facilitated for each patient, where the goal is everyday coping. The experience of belonging, both in groups and in the community, appears to be important, along with social networking. The informants also work extensively with the treatment alliance.</p>		
<b>Conclusion</b> <p>The study shows that the informants use motivational work, as well as individual and group activities to promote participation in meaningful occupations. Everyday coping, the experience of belonging to society, as well as relationships are important factors in this work.</p>		

## Forord

Etter flere uker med hardt arbeid er endelig bacheloroppgaven komplett. Det har vært en svært lærerik prosess og vi har fått skrive om et tema vi alle brenner sterkt for. Vi ønsker å takke alle som har bidratt slik at vi kan presentere et endelig produkt.

Vi vil først og fremst takke alle informanter som har bidratt til å danne resultatet i denne oppgaven. På tross av Covid-19 og alle utfordringer dette medbrakte, stilte informanter opp på intervju for å hjelpe oss å gjennomføre denne oppgaven.

Vi vil også takke vår veileder Tone Magna Torgersen som har veiledet oss og gitt gode råd underveis i prosessen.

Vi ønsker også å gi en takk til familie og venner som har støttet oss og heiet på oss gjennom hele prosessen.

Til slutt ønsker vi å takke hverandre for å, på tross av krevende omstendigheter, ha funnet nye og kreative løsninger for å opprettholde det gode samarbeidet.

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>1</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>2</b>
<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Innledning</b> .....	<b>6</b>
<i>Bakgrunn</i> .....	6
<i>Teoretisk rammeverk</i> .....	6
<i>Tidligere forskning</i> .....	7
<i>Hensikt og forskningsspørsmål</i> .....	8
<i>Begrepsavklaring</i> .....	8
<b>Metode</b> .....	<b>8</b>
<i>Tematisering</i> .....	8
<i>Planlegging</i> .....	9
Valg av metode.....	9
Informantene.....	10
<i>Intervju</i> .....	11
<i>Transkribering</i> .....	11
<i>Analysering</i> .....	12
<i>Verifisering</i> .....	12
<i>Rapportering</i> .....	13
<b>Resultat</b> .....	<b>13</b>
<i>Kartlegging</i> .....	14
Hva kartlegges?.....	14
Hvordan kartlegges det?.....	15
Hvorfor kartlegges det?.....	15
<i>Intervensjoner</i> .....	16
Motivasjon.....	17
Aktivitet.....	17
Hverdagsmestring.....	18
<i>Sosiale omgivelser</i> .....	19
Tilhørighet og deltakelse i samfunnet.....	19
Sosialt nettverk.....	21
Behandlingsallianse.....	22
<i>Tverrfaglig samarbeid</i> .....	23
Tverrfaglig team.....	23
Ergoterapeutens rolle.....	24
Overføring til kommune.....	24
<b>Diskusjon</b> .....	<b>26</b>
<i>Resultatdiskusjon</i> .....	26
Kartlegging.....	26
Intervensjon.....	27



Sosiale omgivelser .....	30
Tverrfaglig samarbeid .....	33
<i>Metodediskusjon</i> .....	34
Valg av metode .....	35
Valg av informanter .....	35
Gjennomføring av intervju .....	36
Verifisering .....	36
<b>Konklusjon .....</b>	<b>37</b>
<b>Referanseliste .....</b>	<b>39</b>

## Innledning

### Bakgrunn

Prosjektgruppa fant sammen i 2019 på bakgrunn av en felles interesse for psykisk helse. I utgangspunktet var det ønskelig å se på samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, men temaet ble for omfattende for en bacheloroppgave. Det ble i stedet valgt å se nærmere på ergoterapi i psykisk helsevern.

Helsenorge (2018) rapporterer at rundt halvparten av Norges befolkning vil få en psykisk lidelse i løpet av livet. Noen av disse lidelsene kan medføre stort funksjonstap, nedsatt arbeidsevne, økt risiko for somatiske lidelser og tidlig død (Folkehelseinstituttet, 2018). Ifølge Christiansen og Heartl (2014) har ergoterapi sin tidlige opprinnelse fra psykiatrien, da deltakelse og meningsfulle aktiviteter ble koblet mot arbeid innen psykisk helse på 1800-tallet. Ergoterapeuter samarbeider med mennesker for å fremme myndiggjøring og deltakelse i meningsfulle aktiviteter, med den hensikt å fremme god psykisk helse for individer med psykisk uhelse i alle faser av rehabiliteringen (AOTA, 2016).

### Teoretisk rammeverk

Den Canadiske Modellen for Aktivitetsutøvelse og -Engasjement (CMOP-E) benyttes som teoretisk referanseramme i diskusjonskapittelet i denne bacheloroppgaven. I CMOP-E ses samspillet mellom person aktivitet og omgivelser i sammenheng med aktivitetsengasjement, som dreier seg om graden av viktighet, eller tilfredsstillelse, aktiviteten gir individet (Polatajko *et al.*, 2008c). I CMOP-E defineres omgivelsene som fysiske, institusjonelle, kulturelle og sosiale. Omgivelsene og meningsfulle aktiviteter har et gjensidig avhengighetsforhold, da de påvirker hverandre (Polatajko *et al.*, 2008a). De fysiske omgivelsene muliggjør og begrenser aktivitetsengasjement, valg av meningsfulle aktiviteter og metoder for å oppnå målene med disse (Polatajko *et al.*, 2008a). Alle mennesker er aktivitetsorienterende vesner; det er sentralt for menneskers liv å foreta seg noe, uavhengig av alder, etnisitet, kjønn, rase, farge eller tro (Polatajko *et al.*, 2008a). De meningsfulle aktivitetene som en person engasjerer seg i, og den tiden som brukes på utøvelsen av dem, er idiosynkratisk for personen og bestemmes av kompleks interaksjon mellom indre og ytre faktorer (Polatajko *et al.*, 2008a). Aktiviteter gir individet mulighet til å organisere adferd og tidsanvendelse, og til å uttrykke og administrere identitet og sosial tilhørighet (Law *et al.*, 2002). Meningsfulle aktiviteter omfatter alle hverdagslige

aktiviteter og oppgaver for alle mennesker, og har altså et enormt omfang (Polatajko *et al.*, 2008a).

Når en person slutter å vise aktivitetsengasjement, eller slutter med aktiviteter som tidligere har gitt mening, er det et tydelig tegn på at noe er galt (Polatajko *et al.*, 2008a). Når psykisk sykdom medfører aktivitetsproblemer som forhindrer en person i å utføre nødvendige og ønskelige daglige aktiviteter, oppstår det et misforhold mellom ønske og evne, og det kan ofte være aktivitetsutøvelsen i helt basale daglige aktiviteter, som matlaging, sosialisering eller personlig hygiene, som viser konsekvensen av psykisk sykdom (Bukhave og Mærsk, 2016).

Det sosialkonstruksjonistiske verdenssynet anvendes gjennom oppgaven. Verdenssynet går ut på at mennesker forstår verden ut ifra hvor de jobber og bor, og har en subjektiv forståelse av sine opplevelser og meninger (Creswell, 2009). Dette innebærer at forskere må se kompleksiteten i meninger og må derfor ha en åpen og induktiv tilnærming (Creswell, 2009). For å besvare den valgte problemstillingen, er en slik tilnærming svært relevant. I tillegg anvendes pensumlitteratur, stortingsmeldinger, lovverk og offentlig informasjon. Studien ble gjennomført da Norge stengte ned som følge av Covid-19. Dette preger både funn og måten gruppa har arbeidet.

### Tidligere forskning

Bryant, Craik og McKay (2004) viser til at deltakere ved et kommunalt dagsenter for mental helse rapporterte om barrierer knyttet til deltakelse i meningsfulle aktiviteter. Schindler (2010) viser til at et klientsentrert og aktivitetsbasert program for studenter med ulike psykiatriske diagnoser resulterte i økt score på tilfredshet og utførelse i gjennomføring av aktiviteter. Forskning viser til effekten av ulike ergoterapiintervensjoner, eksempelvis effekten av aktivitetsbaserte intervensjoner, og intervensjoner med fokus på hverdagsmestring (Kirsh *et al.*, 2019; Wimpenny, Savin-Baden og Cook, 2014). Én artikkel fra Norge omhandlet ergoterapeuters oppfatning av sitt yrke innen kommunalt arbeid (Kinn og Aas, 2009). De fleste innhentede artiklene er fra andre land enn Norge, og ergoterapi i arbeid med fremming av meningsfulle aktiviteter innen norsk psykisk helsevern, anses som et kunnskapshull.

## Hensikt og forskningsspørsmål

Basert på teoretisk rammeverk og tidligere forskning, anses det som relevant å undersøke hvordan norske ergoterapeuter innen psykisk helsevern arbeider med fremming av meningsfulle aktiviteter, og dette blir derfor hensikten med denne oppgaven.

Forskningsspørsmålet blir som følger:

*Hvordan jobber ergoterapeuter i psykisk helsevern i Norge for å fremme deltakelse i meningsfulle aktiviteter?*

## Begrepsavklaring

**Psykisk helsevern:** “Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever” (Psykisk helsevernloven, 1999).

## Metode

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver syv stadier i forskningsprosessen; tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, verifisering og rapportering. Disse trinnene presenteres i metodedelene, for å kunne beskrive nøyaktig hvordan prosessen har vært og hvordan gruppa har tenkt. Det er valgt å ikke ha en egen del om etiske prinsipper, men etiske vurderinger blir presentert fortløpende under hvert stadiet, “da etiske problemstillinger preger hele forløpet i en intervjuundersøkelse” (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 97). Maler for informasjons- og samtykkeskjema, intervjuguide og tabell med koder, kategorier og tema ble utarbeidet av emneansvarlig, Linda Stigen.

## Tematisering

Det ble anvendt PICO-skjema (Helsebiblioteket, 2016) for å kunne formulere en god problemstilling og finne søkeord.

<b>P</b>	<b>Pasient</b>	<b>Pasienter i psykisk helsevern</b>
<b>I</b>	<b>Intervensjon</b>	<b>Ergoterapi</b>
<b>C</b>	<b>Sammenligning</b>	<b>-</b>
<b>O</b>	<b>Utfall</b>	<b>Deltakelse i meningsfull aktivitet</b>

(Helsebiblioteket, 2016).

Søkeord som occupational therapy, intervention, mental health, psychiatry og secondary health care, samt kombinasjoner av disse, ble anvendt i databasene Medline, Cinahl og PsykINFO+ (Vedlegg 1). Etter gjennomgang av artikler i databasesøk og oppfølging av referanser, ble det identifisert fem relevante artikler.

I henhold til forhåndsgodkjenningsprinsippet (NOU 2005:1), sendte emneansvarlig inn problemstilling og tema for studien til NSD (Norsk Senter for forskningsdata AS), som vurderte om studien var i samsvar med gjeldende krav (NTNU, 2018). Forskningsprosjektet skal ha nytteverdi for samfunnet, ifølge fellesskapsprinsippet (NOU 2005:1). Dette innebærer forskning på hva som kan gi individer bedre helse (NOU 2005:1). Ved å se på ergoterapeuters arbeid innen fremming av meningsfulle aktiviteter i psykisk helsevern, kan metoder for å øke pasienters livskvalitet bli identifisert. Dette anses som helsefremmende (Green *et al.*, 2019), og forskningen kan dermed anses som nyttig.

## Planlegging

Studien ble gjennomført i mars 2020, og for å holde tidsfrister ble det anvendt en fremdriftsplan, som ble laget ut fra KS sin mal for prosjektplan (KS, 2019). Først ble avklarte datoer ført inn i planen, og deretter andre aktiviteter.

## Valg av metode

Det var ønskelig å samle inn data om hvordan ergoterapeuter i norsk psykisk helsevern jobber, og valget av metode falt på kvalitativt forskningsintervju. Kvalitativ forskning handler om å finne erfaringer fra spesifikke felt, og kvalitativt forskningsintervju tar sikte på å «forstå verden sett fra intervjupersonens side» (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 20) Dette stemmer overens med det sosialkonstruksjonistiske verdenssynet som sier at forskere må stole på informantenes synspunkt (Creswell, 2009). Gjennom å be informantene fortelle sine historier, kunne det genereres informasjon som ikke er mulig å få gjennom observasjon eller kvantitative metoder som strukturerte spørreundersøkelser (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016). Intervjuet er en sosial situasjon, en samhandling mellom intervjuer og informant, og «det kvalitative intervjuet gjør det mulig å få frem kompleksitet og nyanser» (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s. 146) i ergoterapeutenes historier. En-til-en-intervju ble planlagt, siden det egner seg godt når det er flere temaer som skal tas opp

(Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016), og det ble ansett som nødvendig i denne studien.

Etter valg av metode, ble det lagt ut en forespørsel om deltakelse i intervju i en lukket Facebook-gruppe, for så å innhente kontaktopplysninger til mulige informanter på privat melding. På denne måten kunne ikke andre medlemmer i Facebook-gruppa se hvem som ble kontaktet. Dette samsvarer med prinsippet om menneskeverd, som omhandler deltakernes sikkerhet, og at personvern går foran ny informasjon og kunnskap (NOU 2005:1). Det ble også valgt å kontakte potensielle informanter som var kjent for prosjektgruppa fra før.

#### Informantene

I utgangspunktet var det syv aktuelle informanter, men rett før intervjuene skulle gjennomføres mistet gruppa kontakt med fire. Enkelte av dem responderte i ettertid, og årsaken til tap av kontakt var hjemmekontor og omstrukturering i forbindelse med Covid-19. Dermed ble det valgt å legge ut en ny forespørsel i Facebook-gruppa, noe som resulterte i en informant til. Inklusjonskriteriene var at informantene skulle arbeide på ulike steder i Norge, samt at pasientgruppa skulle være unge/voksne. Det ble diskutert om pasientene skulle være inneliggende eller ikke, men på grunn av frafallet av informanter kunne det ikke settes flere kriterier.

To informanter jobber med innlagte pasienter, og to informanter jobber i psykiatriske poliklinikker. Informantenes ansiennitet varierte fra 11 til 34 år. Aldersspenn på pasientene er fra 13 år og oppover. Liggetid for de innlagte pasientene varierer fra ca. en uke til tre måneder. Behandlingstid for pasientene i poliklinikk varierte voldsomt, da enkelte pasienter var til behandling over flere år.

I forkant av intervjuene ble det sendt ut informasjons- og samtykkeskjema (Vedlegg 2), hvor det ble innhentet informert samtykke fra informantene. Dette for å sikre konfidensialitet og gi informantene mulighet til å vurdere konsekvenser ved deltakelse (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette samsvarer med selvbestemmelsesprinsippet, som tar utgangspunkt i frivillig deltakelse, og at deltakelsen er basert på informert samtykke (NOU 2005:1).

## Intervju

Det ble valgt en induktiv tilnærming til intervjuene, hvor formålet var utforskende (Kvale og Brinkmann, 2015). Det å innhente informantenes meninger, fremfor å ha en egen teori i forkant av forskningen, samsvarer med det sosialkonstruksjonistiske verdenssynet (Creswell, 2009). Gruppen utarbeidet en semistrukturert intervjuguide, med åpne spørsmål og rom for oppfølgingsspørsmål (Vedlegg 3). Det ble bestemt at det skulle være en fast intervjuer, for å sikre at intervjuene ble gjennomført likt. De andre gruppemedlemmene skulle notere og observere non-verbalt språk.

Før det første intervjuet fant sted, ble intervjuguiden testet ved å gjennomføre et intervju med en ergoterapistudent med praksis fra psykisk helsevern. Resultatet fra test-intervjuet viste at spørsmålene ledet til et større fokus på samarbeid med kommune enn deltakelse i meningsfulle aktiviteter, så spørsmålet “hvordan blir kartlegginger og intervensjoner anvendt videre etter utskrivelse?” ble byttet ut med “hvordan benyttes aktivitet i behandlingen?”. Dette samsvarer med etisk forskningsatferd, hvor forskeren må være oppmerksom på hva som kan påvirke resultatet (Kvale og Brinkmann, 2015).

Ett intervju ble gjennomført via Skype, mens de tre andre intervjuene ble gjennomført via telefon. Dette grunnet NTNU's retningslinjer for smittebegrensning vedrørende Covid-19 (NTNU, 2020). Underveis i intervjuprosessen kom det også føringer fra nasjonalt hold, som støttet oppunder retningslinjene til NTNU (Regjeringen, 2020). Det ble benyttet diktafon for lydopptak under alle intervjuene.

## Transkribering

Kvale og Brinkmann (2015) skriver at det er viktig å følge samme prosedyre under transkribering, med klare retningslinjer for hvordan den muntlige formen skulle dokumenteres skriftlig. Ett gruppemedlem transkriberte to intervjuer, mens de to andre transkriberte ett intervju hver. For å sikre informantenes konfidensialitet (NOU 2005:1; Kvale og Brinkmann, 2015) ble intervjuene overført fra diktafon til minnepinner for å unngå at uvedkommende fikk tilgang til informasjon. For å videre sikre informantenes konfidensialitet, ble det bestemt at informantenes navn, arbeidsplass og geografisk område skulle skjules allerede i transkriberingen ved å skrive \*\*\* (Kvale og Brinkmann, 2015). Transkriberingene ble gjennomført ved å lytte til opptakene og notere informantenes svar ordrett. Alle lyder, som latter og sukking, ble skrevet inn i parentes. Da alle intervjuene var transkribert, lyttet og leste

gruppa gjennom alle intervjuene for å sikre at de var transkribert korrekt. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) starter analyseprosessen under intervjuing og transkribering, gjennom at meningsfortolkninger oppstår allerede her. Gruppemedlemmenes oppfattelse om innholdet i intervjuene ble forsterket gjennom å lytte til alle opptakene og lese transkriberingene to ganger.

### Analysering

Analysene ble gjennomført ved bruk av datastyrt koding, som vil si at det ikke ble utpekt tema i forkant, men at resultatene fra intervjuet styrte kodingen (Kvale og Brinkmann, 2015). Intervjuene ble fordelt mellom gruppemedlemmene, som analyserte andre intervjuer enn de hadde transkribert. Dette for å bli kjent med alle intervjuene. Råteksten, eller transkriberingen, ble lest gjennom på nytt for å opparbeide et grundigere helhetsinntrykk av intervjuene. Deretter ble råteksten satt inn i en tabell, som inkluderte kondensert meningsenhet, kode, kategori og tema. Dette samsvarer med Kvale og Brinkmann (2015) fremgangsmåte for analyse av intervju. Tabellen nedenfor viser et utdrag fra ett av intervjuene.

Råtekst	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori	Tema
Motivere pasienter for aktiviteter. Det er en stor del av jobben.	Motivere til aktivitet er en stor del av jobben.	Motivere til aktiviteter.	Motivere. Aktiviteter.	Intervensjoner.

Gruppa møttes via Skype for å diskutere hvilke koder, kategorier og temaer som dominerte intervjuene, og som kunne settes i sammenheng med problemstillingen. Det ble enighet om disse gjennom diskusjon og gjensidig kritikk innad i gruppa, såkalt dialogisk intersubjektivitet (Kvale og Brinkmann, 2015).

### Verifisering

Etiske vurderinger i dette stadiet handler om å “rapportere kunnskap som er så sikker og verifisert som mulig” (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 97). Studiens validitet og reliabilitet skal



kontrolleres gjennom alle stadiene i forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette ble forsøkt opprettholdt gjennom å unngå ledende spørsmål, bytte om på gjennomlesning av transkriberinger og analyseringer, diskusjoner om koder, kategorier og tema, samt å ha et kritisk blikk på resultatene. Studiens objektivitet er opprettholdt gjennom lojalitet til informantenes utsagn, da resultatene gjenspeiler det informantene faktisk har sagt (Kvale og Brinkmann, 2015). Samtidig har metoden blitt nedskrevet underveis i prosessen, for å kunne beskrive alt som er gjort så nøyaktig som mulig, og på denne måten sikre at leseren av rapporten har nødvendig informasjon om alle trinnene (Kvale og Brinkmann, 2015).

### Rapportering

Resultatene av denne studien tilgjengeliggjøres via bacheloroppgaven, som skal presenteres for medstudenter og ansatte ved NTNU. Dette sikrer at åpenhetsprinsippet (NOU 2005:1) følges. Presentasjonen var opprinnelig åpen for andre interesserte, men på grunn av Covid-19 skal presentasjonen holdes digitalt og kapasiteten er usikker.

Gjennom rapporteringen har fokuset vært videre sikring av informantenes konfidensialitet (Kvale og Brinkmann, 2015), ved å utelate faktorer som kan være avslørende. Eksempelvis har navn på kartleggingsverktøy blitt fjernet fra resultatene, da enkelte verktøy kan være spesifikke for den enkelte arbeidsplass. I tillegg har informantenes svar blitt oversatt til bokmål for å unngå identifisering på grunn av dialekt, samt at sitater ikke er spesifisert til den enkelte informant. Det har også blitt forsøkt å unngå detaljer som kan stille informantene i et dårlig lys (Kvale og Brinkmann, 2015).

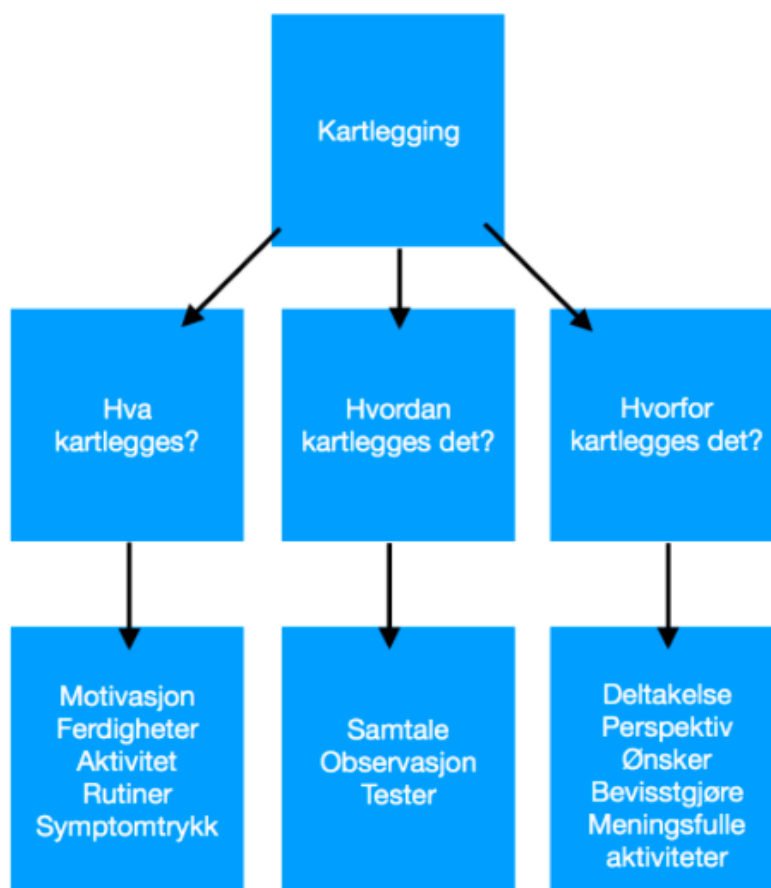
### Resultat

Resultatene er delt inn i fire relevante temaer med underkategorier, som analysene viser at informantene er opptatte av. Temaer og kategorier presenteres i tabellen nedenfor. Det er i tillegg figurer under hvert tema, som viser kategorier og koder.

Informantene er opptatt av brukermedvirkning, og dette er gjennomgående i alle intervjuene. For å unngå gjentakelse er det valgt å inkludere brukermedvirkning i alle temaer, i stedet for å ha det som eget tema.

<b>KARTLEGGING</b> →	Hva kartlegges?	Hvordan kartlegges det?	Hvorfor kartlegges det?
<b>INTERVENSJONER</b> →	Motivasjon	Aktivitet	Hverdagsmestring
<b>SOSIALE OMGIVELSER</b> →	Tilhørighet og deltakelse	Sosialt nettverk	Behandlingsallianse
<b>TVERRFAGLIG SAMARBEID</b> →	Tverrfaglig team	Ergoterapeutens rolle	Overføring til kommune

## Kartlegging



### Hva kartlegges?

Informantene anvender ulike kartleggingsverktøy, men analysene viser at de er ute etter samme informasjon. Informantene kartlegger pasientens interesser, ferdigheter, symptomtrykk, struktur og rutiner i hverdagen, sosiale forhold, motivasjon og meningsfulle

aktiviteter. Mer diagnosespesifikke kartlegginger og utredninger blir også foretatt, eksempelvis ruskartlegging og angstkartlegging. Det legges også vekt på brukermedvirkning under kartlegging, ved at pasientene selv graderer interesser, symptomtrykk eller ønsker.

*Og jeg jobber mye med kartlegging av struktur og rutiner i hverdagen, altså hvordan så hverdagen din ut før du ble innlagt her. Og så jobber man med å justere på det da, og veilede i forhold til det med å (...) etablere rutiner og få struktur på dagene, kartlegge interesser, ja, prøve å få folk inn i meningsfulle aktiviteter (...).*

Hvordan kartlegges det?

Det benyttes ulike standardiserte kartleggingsverktøy, og felles for alle informantene er at de benytter screeningverktøy og intervju. Informantene som arbeider på avdeling kartlegger funksjon og ferdigheter hyppigere enn de som arbeider i poliklinikk, men pasientenes liggetid avgjør muligheten for funksjonsvurdering. Observasjon og funksjonsvurdering er ikke fastsatt kartlegging på avdelingene, men blir gjennomført ved behov. Ved observasjon velger en informant å dokumentere det som er relevant for videre oppfølging, uten å anvende et spesifikt kartleggingsverktøy, mens en annen informant anvender to ulike standardiserte kartleggingsverktøy for observasjon. Begge informantene anvender observasjon i naturlige situasjoner, eksempelvis romvask eller pakking av tursekk.

*(...) sånn generelt sett da, så bruker hvertfall jeg som ergoterapeut observasjon i alle aktiviteter, det er ikke kun for eksempel romvask (...) eller kjøkken, (...) det er også når vi trener, når man er med andre (...) eller bare vanlig biltur for den saks skyld. Det er alltid en observasjon som er grei å på en måte notere seg bak øret. Selv om man ikke alltid dokumenterer det.*

Hvorfor kartlegges det?

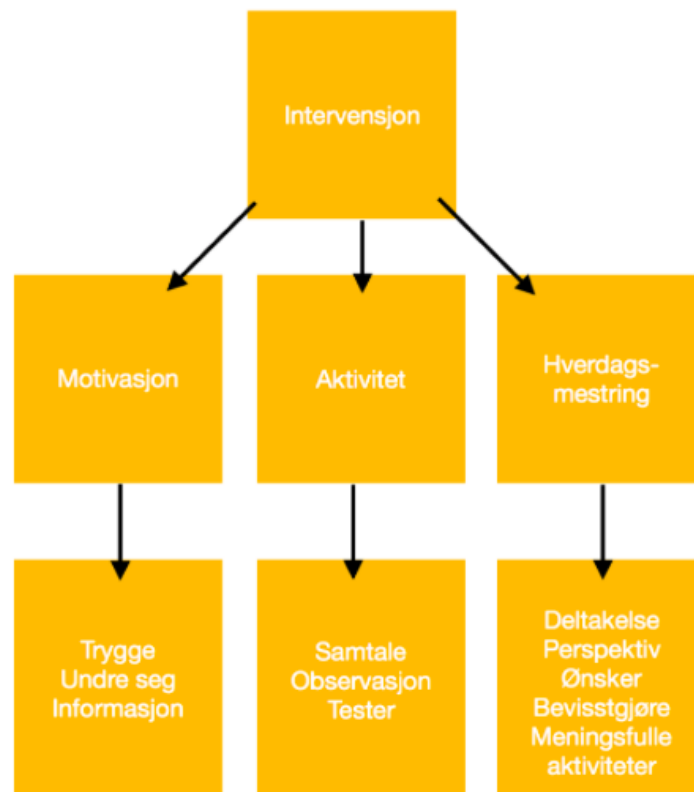
Informantene gjennomfører kartlegging for å se pasientenes utgangspunkt, samt bevisstgjøre og motivere pasienten til å definere mål. Kartleggingene gir perspektiv på hvordan pasientene mestrer alle aspekter av hverdagslivet, og det skal være forståelig for andre yrkesgrupper som arbeider med og rundt pasienten.

*Så formålet er jo både å få vite noe om hverdagslivet, men også gi pasienten informasjon eller motivasjon. Bevisstgjøring. Fordi at pasienten skal kunne definere noen mål om hva de vil endre på. (...) Og i forhold til å kartlegge interesser så handler jo det om å få pasienter i gang med å delta i noe de oppleve som meningsfylt aktivitet.*

Intervjuene viser at det å kartlegge motivasjon er spesielt viktig, for dersom en pasient kun har ytre motivasjon for å gå til behandling, eksempelvis krav fra foresatte, er det viktig å jobbe med indre motivasjon først. En informant spesifiserer at dersom pasienten ikke egentlig ønsker behandling, vil den ikke fungere.

I tillegg til å gjennomføre kartlegginger basert på egne vurderinger, kan informantene få bestilling av kartlegginger fra andre yrkesgrupper. Pakkeforløp gir krav om enkelte kartlegginger, samt når kartlegging må være gjennomført.

## Intervensjoner



## Motivasjon

Alle informantene anvender samtaler for å motivere pasienter for deltakelse i aktivitet, og dette er en stor del av arbeidet de utfører. Samtaler finner sted både på kontoret, i miljøet og under aktiviteter.

Motivasjonsarbeidet har til hensikt å hjelpe pasientene inn i en strukturert hverdag med aktiviteter som er viktig for pasientene. I denne sammenheng er brukermedvirkning viktig, da pasientene selv må definere hva som er viktig for dem. I tillegg må målene være realistiske, så en del av jobben til informantene er å bevisstgjøre pasientene angående aktivitetsbalanse. En informant beskriver denne prosessen som å finne en veg både informant og pasient tror på.

*Mange har problemer med å stå opp tidlig om morgenen. (...) Det er første baugen, prøve å snakke om at det er viktig å stå opp og få en god rutine. Den andre er, som jeg sa, snakke om aktiviteter. Ufarliggjøre det. Og bruke litt sånn forskjellige teknikker, vi har noe som heter MI-teknikken eller kognitiv miljøterapi og på en måte kunne undre oss eller snakke litt om hva, hva er det som gjør at du ikke vil være med? Er det skummelt, eller vet du ikke hvilke aktiviteter utføres, er det fordi det er mange mye mennesker, at vi finner da noen løsninger sånn at det skal være overkommelig å på en måte gå over den terskelen da, til å bli med.*

## Aktivitet

Felles for alle informantene er fokuset på aktivitet og tilrettelegging av meningsfulle aktiviteter. De trekker alle frem aktivitet som en del av behandlingen, selv om aktivitetstilbudene er varierende. Eksempler på aktiviteter er fysisk trening, kunstterapi, turdager og trening på aktiviteter i eget hjem. Aktivitetene kan tilrettelegges for at pasientene skal kunne delta, dersom pasientene har høyt symptomtrykk. Vanligvis foregår mange aktiviteter i grupper, både på grunn av ressurser og positive utfall av gruppefellesskap. Det kommer frem i intervjuene at det er slutt på all gruppebehandling nå, på grunn av smittevernshensyn.

En informant forteller at aktivitet er sett som en del av behandlingen, med like stor, eller bedre, effekt som medisiner. To informanter forteller om fastsatte aktiviteter på dagtid som

det er forventet at pasientene skal delta på. Informantene beskriver både fordeler og ulemper med fastsatte aktiviteter.

*(...) man har begrenset tid fordi pasienten skal ikke bare til meg, sant, vi som jobber i stab vi jobber bare dagtid. Og så er det i tillegg endel aktiviteter på dagtid som det forventes at pasientene skal delta i, og vi skal ikke sette opp avtaler når de aktivitetene er. Sånn at vi må krige litt om hvem som skal få ha pasienten på time (...). Så jeg mener jo at det hadde vært fornuftig å ha mer aktiviteter på ettermiddagstid (...).*

En annen intervensjon som kom frem under intervjuene var å trene på aktiviteter som er meningsfulle for pasientene, eller ferdigheter som pasientene må inneha for å kunne bo for seg selv etter utskrivelse. En informant forteller at dersom en pasient skal flytte for seg selv etter utskrivelse og det observeres manglende ferdigheter ved matlagning, er dette en aktivitet som bør trenes på. Videre forteller informanten at det er en fordel å trene på eget kjøkken fremfor på avdelingen, da det er i eget hjem pasienten skal mestre matlagning.

*Så en må liksom bare være kreativ, og (...) det må jo være relevante ting å trene på for dem (pasientene) da. De må (...) jo selv synes at det er meningsfullt å trene på det (...).*

#### Hverdagsmestring

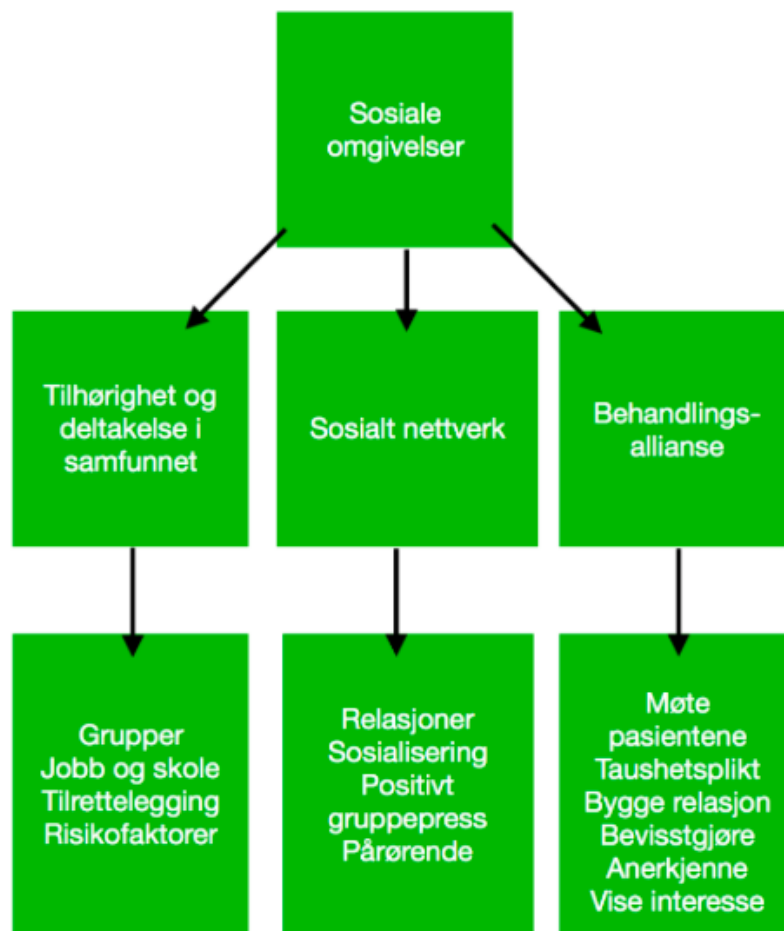
Analysene viser at målet med intervensjonene er at pasientene skal mestre hverdagen sin. Informantene jobber med å finne ut hvordan funksjonen til pasientene påvirker hverdagslivet, for deretter å implementere rutiner, eksempelvis å stå opp til fast tid hver morgen, ha faste måltider, samt noe meningsfylt å gå til. Eksponeringsterapi anvendes for mestring av angstfylte situasjoner, eksempelvis for å kunne ta viktige telefoner eller kunne handle ved behov.

*For eksempel i det å gå på butikken, og legger inn delmål og mål og faktisk skulle lykkes i å komme seg på butikken og få handle det du selv vil. Mange med sosial angst løper jo inn i butikken, hvis det er sånn langåpent som stenger elleve, så er de der da ti minutter etter at det åpnet eller så kommer de ti minutter før det stenger, når alle andre har gått hjem. Det er jo slitsomt å måtte handle mat klokka elleve hver kveld.*

Alle informantene jobber med overføringsverdien av behandlingen, og å hjelpe pasientene inn i rutiner som kan fungere hjemme. I tillegg kommer det frem at å delta i samfunnet er viktig for hverdagsmestring.

*(...) pasienten er her en kort periode, skal ut i hverdagen igjen. Og det fokuset har jeg hele veien med meg, ikke sant, at man må prøve å sette pasienten i stand til å mestre hverdagen sin. Og koble på de tiltakene eller instansene man mener (...) kan være et viktig bidrag for at pasienten skal mestre hverdagen sin og klare å delta i samfunnet ut fra det de de ønsker å gjøre.*

## Sosiale omgivelser



### Tilhørighet og deltakelse i samfunnet

Inkludering, tilhørighet og deltakelse i samfunnet er noe alle informantene jobber mot. Dette gjelder både samfunnet inne på avdelingen, nabolag, skole eller arbeidsplass, og

samfunnet forøvrig. En informant forteller at å møte andre med samme diagnose, og oppleve forståelse fra andre, er optimalt for behandlingen, da andre som ikke har en psykisk lidelse ikke kan sette seg inn i hvordan det er. Gruppeaktiviteter beskrives som viktig, for å legge til rette for deltakelse i samfunnet på avdelingsnivå. På nabolagsnivå arbeider informantene for at pasientene skal kunne slå av en prat med naboen ved postkassen, si hei til butikkdamen, eller ta offentlig transport, gjennom eksponeringsterapi. Intervjuene viser at jobb, skole, fritidsaktiviteter og frivillig arbeid også er viktig for at pasientene skal føle tilhørighet til samfunnet. Ifølge en informant er det flere enn man tror som har et ønske om å være deltakende i et samfunn, selv om det kanskje ikke virker slik. Tilrettelagte idrettslag, frivilligsentraler og IPS (individuell jobbstøtte) er noe informantene snakker med pasientene om, og brukermedvirkning i denne sammenheng handler om å spørre pasientene hva som er viktig for dem, og hvordan de ønsker å delta i samfunnet.

*(...) jeg er litt opptatt av deltakelsesperspektivet og å spørre dem (pasientene) hvordan vil du delta i samfunnet. For de er jo også veldig opptatt av det her med arbeid. Veldig mange jeg møter de er enten sykemeldt eller AAP'ere, eller uføre eller noe sånt, så prøver på en måte å – veldig mange, ikke bare pasienter, men også psykiatere, sykepleiere og så videre, de tenker at du må være frisk for å jobbe. Mens jeg tenker at å jobbe er en del av rehabiliteringen for å kunne bli frisk. Og hva er frisk, ikke sant. Det kan jo være, hvem er hundre prosent friske og hvem er hundre prosent syke? Sånn at jeg tenker at det er veldig undervurdert bidrag i behandling det med arbeid, og det trenger ikke å være vanlig lønnet, men det kan være frivillig arbeid eller et eller annet, men hvertfall det å delta i samfunnet.*

En av informantene er opptatt av risikofaktorer og sårbarhet, og at å oppleve utenforskap er en spesiell risiko for mennesker som er disponert for rusavhengighet. Informanten setter dette i sammenheng med Covid-19 og den situasjonen mange unge befinner seg i nå, når de er isolert fra sitt vanlige sosiale miljø.

*Dårlig oppvekst og fattigdom, arbeidsledighet, sykdom, ikke sant, alt det, sårbarhetslistene, de gjelder jo også for mennesker som har utviklet alvorlig ruslidelse. (...) det å bli mobbet på skolen, for eksempel, er ødeleggende og da snakker jeg like mye om utfrysing (...) som om vold og hetsing, altså bare den som ikke blir bedt, utenforskap er jo en veldig risiko. (...) når Stoltenberg (Camilla Stoltenberg i*



Folkehelseinstituttet, red.anm.) (...) sier at barn kan leke, men de kan bare velge seg en eller to – behold de samme gjennom hele koronaforløpet – så legger jo til rette for utenforskap. Og alle velger jo da populære i klassen (...) Det slår meg spesielt med de unge (...) som har det vanskelig da, som har sammensatte lidelser.

### Sosialt nettverk

Alle informantene arbeider med relasjoner og det å mestre det sosiale for å redusere graden av utenforskap. Arbeidet med å trene på relasjonsbygging begynner inne på avdelingen. En informant blander pasienter fra poliklinikk og sengepost for sosialisering, samt tilpasser aktiviteter som innebærer sosial eksponering for pasienter som er vandt til sosial isolasjon.

*Og (...) da blir det veldig stor overgang hvis de skal være med å trene på treningscenter. Så da må man tilpasse, at ”okei, dette får du lov til å gjøre en uke eller to og så må vi sette noen andre mål. Da kan du kanskje prøve å sitte på fellesstuen i kanskje fem minutter når det er stille og rolig der”. Hvis det går bra, kan man kanskje utvide da, man kan spise felles måltider etter alle andre har gått, gjort seg ferdig. Så man spiser ute på fellesmiljøet og ikke på rom. Så (...) det må tilpasses.*

En annen informant anvender pausene i ulike grupper som sosial trening, gjennom uformelt samvær og å kunne bli kjent uten ansatte tilstede. Gruppefellesskapet brukes til å oppmuntre pasienter til å gjennomføre angstfylte aktiviteter, gjennom det informanten kaller «positivt gruppepress». Det handler om at pasientene skal føle på at andre har forventninger til, og heier på en. Det kommer frem i intervjuet at den mest positive tilbakemeldingen fra pasientene, går på det med gruppefellesskap. Gruppebehandlingen er stengt når intervjuet gjennomføres, på grunn at situasjonen med Covid-19.

*(...) det viktigste er faktisk gruppefellesskapet for de aller fleste. Nesten uansett hvilke gruppe det er da, så er det dette å ikke føle seg så alene og at det er fint å være sammen med andre som også sliter. (...) Gruppefellesskapet, det ser ut til å være det viktigste.*

To av informantene gjennomfører samtaler med pasientene om å tåle andres blikk, og hvordan negative tanker om seg selv blir overført til venner, bekjente, kjæresten, eller andre mennesker man møter.

*For andres blick er jo egentlig sitt eget. Og da blir du jo deprimert. Når det vi ser i oss selv bare er forferdelig. (...) og da får vi jo sosial angst, for vi vil jo ikke bli sett.*

Samarbeid med pårørende blir trukket frem av to informanter. De pårørende får informasjon om diagnoser og hva det innebærer, samt at de får utveksle erfaringer med andre pårørende for å kjenne at de ikke er alene.

### Behandlingsallianse

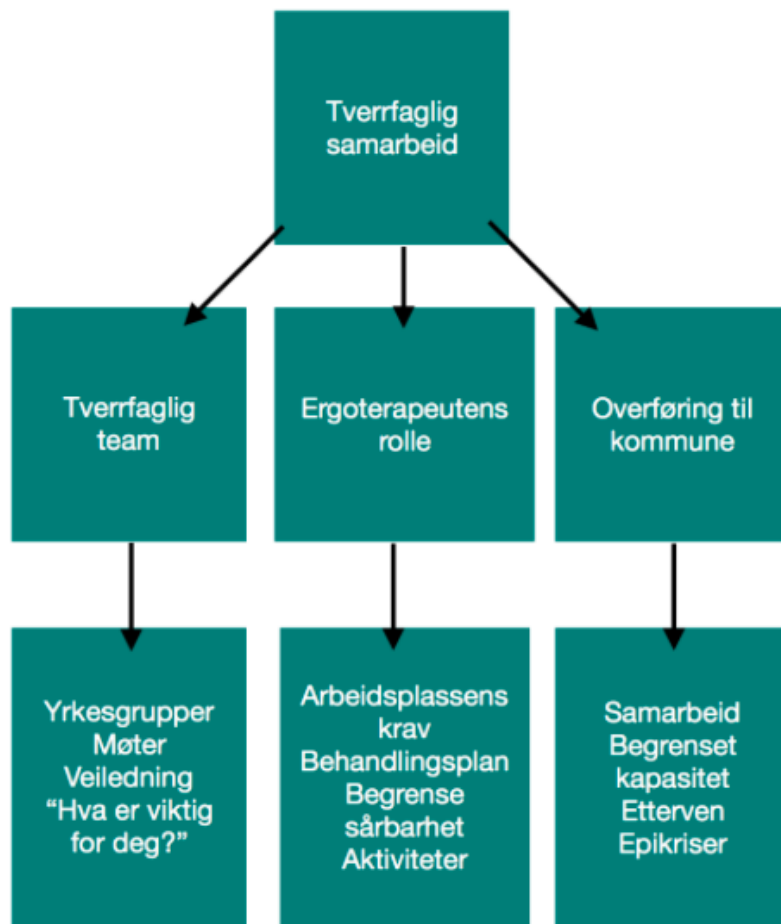
Informantene har ulikt antall individuelle møter med hver pasient, alt fra to individuelle møter til individuell oppfølging over flere år. Felles for alle informantene er at de anvender samtaler til å skape en god relasjon med pasientene. For å sikre brukermedvirkning, gir informantene tilpasset informasjon om behandlingstilbudet, snakker pasientene gjennom aktiviteter de er utrygge på, informerer godt om taushetsplikt, og lar pasientene selv sette ord på hva som er viktig for dem. For å gi pasientene mer makt, og styrke behandlingsalliansen, benyttes motiverende intervju eller kognitiv miljøterapi. Her undrer informantene seg sammen med pasienten, og er nysgjerrige på hvem pasienten er. En informant snakker også om viktigheten av å anerkjenne pasientenes følelser. En annen informant snakker om å gi pasientene rom til å danne egne erfaringer og få en forståelse for egen situasjon og egne behov.

*Og da gir det en helt annen relasjon og allianse med en gang. At du på en måte kunne si at «nei dette her kan jeg ingenting om, dette her må du si noe». Så det er en sånn teknikk for å på en måte bli, komme i allianse, få en sånn god relasjon. Fordi forskning viser jo at relasjon har en veldig stor effekt på å kunne bidra til et behandlingsløp.*

Det fremkommer som viktig for både behandlingen og behandlingsalliansen å bevisstgjøre pasientene på sammenhengen mellom hva man gjør og hvordan man har det. Det handlet ikke kun om samtaler, men også å gi pasientene rom til å danne egne erfaringer og få en forståelse for egen situasjon og egne behov.

To av informantene har begrenset tid sammen med hver enkelt pasient, men en løsning på dette er å være synlig i miljøet og opprettholde smalltalk utenom timene for å trygge pasientene. Alle informantene presiserer viktigheten av å være interessert i pasientenes liv, både det indre livet og ytre faktorer.

## Tverrfaglig samarbeid



### Tverrfaglig team

Alle informantene arbeider i tverrfaglige team. Felles for alle teamene er at de har psykolog, psykiatere, og terapeuter og sykepleiere med treårig høgscoleutdanning og eventuelt videreutdanning. Alle teamene møtes minimum en gang i uka til tverrfaglig møte, tverrfaglig veiledning eller tverrfaglig rapport, hvor pasientene gjennomgås og diskuteres.

Flere av informantene ser sitt bidrag som viktig for helheten i det tverrfaglige teamet fordi de bringer inn perspektivet med hva som er viktig for pasientene, og dermed fremmer brukermedvirkning i stor grad.

*(...) når jeg har pasienter inne her, så (...) er jo jeg en som bringer inn perspektivet med “Hva er viktig for deg?”. For det er ikke alle som spør om det, det er mange som på en måte har definert på forhånd hva vi skal jobbe med, og hva som er viktig for pasienten, og hva er viktig at de skal gjøre i den her innleggelsen. Men jeg spør “Hva*

*er viktig for deg? ”, og prøver på en måte å legge lista etter hvor pasienten er akkurat nå og hva er viktig for dem.*

En informant forteller at de andre yrkesgruppene etterspør kartlegging av struktur og rutiner hjemme, og få justert og etablert nye rutiner for å mestre hverdagen bedre.

#### Ergoterapeutens rolle

Informantenes roller varierer ut fra arbeidsplassens krav og forventninger. En informant har overordnet ansvar for aktiviteter på sin avdeling, mens hos en annen informant er aktivitetene bestemt fra høyere hold. Hos to av informantene er det miljøarbeidere som følger opp tiltak implementert av informantene. Informantene dokumenterer nødvendig informasjon for videre behandling i en behandlingsplan.

*(...) jeg kan legge inn i behandlingsplanen at for eksempel pasienten bør oppfordres til å spise frokost og forklare, eller å påminnes viktigheten av dette, ikke sant, for å begrense sårbarhet og starte dagen, få struktur på dagen og så videre, og eller jeg kan skrive at pasienten skal bruke dagsplan, trenger veiledning og støtte, motivering både i forhold til (...) planlegging av gjøremål, igangsetting og gjennomføring av aktivitet, altså at man på en måte definerer at den her pasienten trenger støtte for å klare å gjennomføre aktiviteter og komme i gang med meningsfulle aktiviteter.*

#### Overføring til kommune

Informantene forteller at liggetiden er blitt redusert de siste årene, og at kommunene skal overta behandling etter utskrivelse. På bakgrunn av ressurser og kapasitet i kommunene blir denne overgangen løst forskjellig, og informantene opplever manglende oppfølging av tiltak, samt hyppige re-innleggelser. En informant sier at det ikke nødvendigvis fulgte ressurser med samhandlingsreformen. De fleste informantene nevner at pasientene skal inn i pakkeforløp, men at det ikke nødvendigvis er så enkelt da pasienter med samme diagnose kan ha forskjellige behov.

Flere av informantene nevner at de tilrettelegger overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommune ved å tilby oppfølging og samtaler til kommunen overtar, selv om dette egentlig ikke er en del av tjenestebeskrivelsen. En informant forteller at de tilrettelegger for at

pasientene skal bli kjent med nye behandlingsteam, ved å bli med pasienten til kommunen, eller at kommunen besøker pasient under innleggelse. En informant forteller at det ikke er noe form for ettervern etter innleggelse, og at det dermed ikke er noen mulighet til å vite om tiltak blir fulgt opp. Informanten legger i stedet vekt på å gjøre pasientene i stand til å oppsøke hjelp og selv forstå hva de trenger, samt å ha møter med kommunal psykiatritjeneste i forkant av utskrivelse.

Enkelte informanter er usikre på overføringsverdien av tiltakene som settes i gang på avdelingen. Et eksempel som gis på dette, er at døgnrytmen til pasientene ofte blir snudd etter hjemkomst, da kommunen ikke har mulighet til å vekke pasienten og det ikke er noen gode tiltak som sikrer dette.

Informantene samarbeider med kulturnettverk, frisklivssentral, barnevern, politi, IPS og NAV. To av informantene nevner samarbeid med IPS (individuell jobbstøtte) som viktig med tanke på at pasientene skal komme i gang med arbeid. Alle informantene er involvert i formulering av epikrisene, som blir sendt til henviser og/eller fastlege. I epikrisene skrives hva pasientene har vært med på, samt hva som vil være viktig arbeid videre. Det kommer frem at det er usikkerhet rundt hvorvidt epikrisene vektlegges når pasientene er kommet hjem.

*Epikrise blir sendt ut til (...) henviser og fastlege, sånn at der skriver jeg jo selvfølgelig hva jeg har jobbet med, hva jeg tenker er viktig videre og, ja, litt om pasienten sin sitt behov. Men jeg tenker jo at kanskje det viktigste å gjøre, det er å gjøre pasienten selv i stand til å forstå hva de trenger og hvorfor de trenger det. (...) epikrisene har jeg en teori om at ofte blir bare liggende og ikke studert så veldig nøye. Sånn at man prøver da å ja, gi pasienten nok informasjon eller ha (...) så godt samarbeid med pasienten at man – at de vet hva de trenger og hvordan de skal få tak i det. (...) hvis jeg tenker at den her skal ha kommunal psykiatritjeneste eller noe, at man har et møte med dem før utskrivelse. (...) det bruker å være hensiktsmessig.*

## Diskusjon

### Resultatdiskusjon

#### Kartlegging

##### *Hva kartlegges?*

Informantene kartlegger pasientenes motivasjon, rutiner, aktivitet, ferdigheter og symptomtrykk ved hjelp av ulike standardiserte kartleggingsverktøy. Forskning viser at systematiske kartleggingsverktøy gir mer informasjon om pasienten og pasientens situasjon, og bidrar til at pasienten blir mer aktiv (Eide og Eide, 2007). En informant sier at det ikke spiller noen rolle hva kartleggingsverktøyene heter for andre yrkesgrupper, da det som er viktig for dem er å forstå kartleggingen. Informanten som ikke benytter noe spesifikt kartleggingsverktøy i observasjon, noterer ned viktige elementer i observasjonen. Denne deskriptive fremgangsmåten gir et godt bilde av pasientens funksjon, noe som er viktig da andre skal være i stand til å forstå kartleggingen (James, 2014).

##### *Hvordan kartlegges det?*

Ett kartleggingsverktøy som anvendes av informantene, er COPM (Canadian Occupational Performance Measure). Dette for å definere mål og arbeide med aktivitetene pasienten ønsker å mestre, de meningsfulle aktivitetene. Dette samsvarer med teori og tidligere forskning. Strukturerte intervju kan være nyttig for å identifisere pasientens aktivitetsbaserte utfordringer og ønsker for endring (Davis, Craik og Polatajko, 2008). Forskning viser til økt score på tilfredshet og utførelse ved bruk av COPM (Schindler, 2010).

Informantene forteller at observasjon og funksjonsvurdering blir gjennomført ved behov, og at det anvendes i pasientens naturlige situasjoner, eksempelvis romvask eller pakking av tursekk. Dette for å veilede pasientene til mestring, i tillegg til kartlegging. Ifølge Polatajko med flere (2008b) har terapeutisk bruk av aktiviteter alltid vært ergoterapeuters hovedmiddel for å redusere funksjonshemminger. Uavhengig av verktøy som benyttes, identifiserer en funksjonsvurdering elementene i aktiviteten som kombineres for å muliggjøre bedring i funksjonsnivå (Polatajko *et al.*, 2008b) og dermed også fremmer meningsfulle aktiviteter.

### *Hvorfor kartlegges det?*

Det kommer frem at formålet med kartleggingen er å identifisere pasientens utgangspunkt og få et perspektiv på hvordan pasientene mestrer hverdagslivet. Dette stemmer overens med James (2014), som skriver at formålet med kartlegging er å tilrettelegge for videre intervensjon og beslutningstaking.

En av informantenes utsagt om at dersom pasienten er pålagt behandling av andre vil ikke terapien virke, tilsier at det er viktig å lytte til pasientens motivasjon for videre behandling. Townsend med flere (2008) legger vekt på at å lytte aktivt er avgjørende for å skape tillit, forståelse og gjensidig respekt. Hvis pasienten gir uttrykk for mangel på villighet til behandlingen, kan ikke denne fortsette (Townsend *et al.*, 2008).

Det kommer også frem at det er viktig å finne en veg både ergoterapeut og pasient tror på. Dette henger sammen med klientsentrert praksis, hvor hensikten er å muliggjøre meningsfulle aktiviteter ved å inkludere pasienten i beslutninger som tas (Townsend *et al.*, 2008). Dette er også lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

### Intervensjon

#### *Motivasjon*

Som en del av motivasjonsarbeidet informantene utfører er aktivitetsbalanse noe de jobber med å få pasientene innforstått med. Flere av informantene bruker ulike visualiserende redskaper for å bevisstgjøre pasienten om dette, slik som blant annet verktøy som illustrerer hvor mange timer pasienten bruker på ulike aktiviteter hver dag. Kristensen, Schou og Mærsk (2017) forteller at mengden aktiviteter og opplevelsen av de ulike aktivitetene må korrespondere med menneskers ressurser, energi og formål for å oppnå aktivitetsbalanse. Det kommer frem under intervjuene at aktivitetsbalansen pasientene innehar ofte kan komme som et sjokk. Da de eksempelvis bruker timevis på sosiale medier daglig, men ikke reflekterer over dette før de får en visuell fremvisning. Man kan derfor anta at pasientene ikke er innforstått med at mengden aktiviteter og formålet ikke er i balanse.

Informantene benyttet målsetting som motiverende faktor for deltakelse i meningsfull aktivitet. Schindler (2010) forteller om målsetning med sine pasienter, og at dette resulterte i bedre gradering av utførelse av aktiviteter samt tilfredsstillelse. Videre forteller informantene at målene settes sammen med pasientene, noe som også kommer frem som positive faktorer i

tidligere forskning, da Schindler (2010) anvendte seg av brukemedvirkende samtale for å identifisere disse målene. I CMOP-E er det spirituelle i mennesket kjernen og består av vilje, motivasjon, energi og selvbestemmelse (Law *et al.*, 2002), det er derfor viktig at pasientene blir hørt og utfører aktiviteter de anser som meningsfulle og ergoterapeutene anvender brukermedvirkning slik at pasientene er delaktige i identifisering av meningsfull aktivitet og målsetting.

Informantene trekker frem det å være undrende og la pasienten selv reflektere over sin egen situasjon og sine valg. Fremfor å gi pasienten svar, stilles det åpne spørsmål, slik at pasienten selv må finne svaret. Eide og Eide (2007) fremhever strategier som dette når terapeuter skal motivere for endring; stille åpne spørsmål slik at pasienten reflekterer over nåværende mestringsstrategier, stille åpne spørsmål som kan åpne for endring i strategier samt spørre hva som er viktig for pasienten. Dette samsvarer også med det klientsentrerte perspektivet i CMOP-E, hvor pasientene er aktive bidragsyttere i sin egen behandling, da de selv innehar erfaring og kunnskap om sitt eget aktivitetsmønster (Law *et al.*, 2002).

### *Aktivitet*

Informantene forteller at fysisk trening, bowling, matlaging og turer i nærmiljøet er aktiviteter som tilbys pasientene. Alle informantene er opptatt av tilrettelegging for aktivitet og arbeider mye med å få pasientene til å oppleve rettferdighet og deltakelse i meningsfull aktivitet. Wilcock og Townsend (2014) beskriver mangelen på mulighet for deltakelse i meningsfull aktivitet som en urettferdighet for individet. Ergoterapeuters yrkesetiske retningslinjer innebærer å ivareta alle menneskers rett til deltakelse og aktivitet (Ergoterapeutene, 2020), og det kan derfor sies at informantene forhindrer denne uretten. Flere av informantene trekker frem tilrettelegging ved dårlig hukommelse, og implementerer tiltak som gjentakelse av beskjeder, lapper og mobiltelefon for å tilrettelegge for deltakelse. Tuntland (2011) forteller at tilrettelegging innebærer å forandre på krav slik at pasienten mestrer aktiviteten. En annen tilrettelegging som nevnes er å spise måltider i felles stue, men vente til de andre pasientene er ferdig, og på denne måten oppnå mestring og deltakelse i meningsfull aktivitet.

Eksponeeringsterapi benyttes for å hjelpe pasientene til å gjennomføre angstfylte aktiviteter, eksempelvis å gå på butikken. Det å handle kan være sett på kun som en av hverdagens mange “må”-oppgaver. Men om handling ses på i et bredere perspektiv, kan det anses som



meningsfullt fordi det er en aktivitet som gir mat på bordet (Law *et al.*, 2002). Enda mer meningsfullt kan det sies å være dersom en person med sosial angst endelig tør å handle på dagtid, fordi det vil gi en følelse av mestring som vanskelig kan beskrives av noen som ikke har opplevd det (Law *et al.*, 2002). Tidligere forskning viser stor økning i tilfredshet i aktiviteter dersom aktivitetene er meningsfulle for pasientene (Schindler, 2010). Polatajko med flere (2008a) forteller at meningsfulle aktiviteter er individbasert og kan være alt fra fysisk aktivitet, jobb eller fritidsaktiviteter.

### *Hverdagsmestring*

Flere av informantene nevner ferdighetstrening som en intervensjon, samt struktur og rutine i hverdagen nevnes av alle informantene som tiltak. Kirsh, med flere (2019) nevner i sine resultater at intervensjoner som fokuserer på ferdigheter, vaner og motivering kunne ha en stor innvirkning på pasientenes helse og symptomer.

Informantene forteller at motivering, pasientens meninger og målsetting trekkes frem som viktig for å oppnå hverdagsmestring. Eide og Eide (2007) presiserer også at for å oppnå hverdagsmestring på tross av psykisk uhelse er det viktig at pasienten og terapeut setter mål, definerer hva som er viktig for pasienten og jobbe motiverende.

Informantene arbeider også med arbeidstilrettelegging i samarbeid med NAV og/eller IPS ved at pasienter får hjelp til å komme seg i lønnet eller ulønnet arbeid. Tidligere forskning viser at individuell arbeidstilrettelegging gir størst effekt av ergoterapiintervensjonene (Kirsh *et al.*, 2019). Helse- og omsorgsdepartementet (2017) nevner at det er et sentralt mål å få mennesker som har falt ut av arbeid grunnet psykisk uhelse tilbake i jobb. Sett i lys av Kirsh, med fleres (2019) resultater og hvordan informantene aktivt jobber med dette, kan man se relevansen og viktigheten av dette tiltaket.

Resultatet viser at trening på evner og funksjon er et tiltak ergoterapeutene anvender for å muliggjøre deltakelse i aktivitet. Et eksempel en informant trekker frem er å mestre aktiviteten matlaging, dersom pasienten skal bo for seg selv etter utskrivelse. Det kommer også frem at for å dra best nytte av denne treningen bør aktiviteten foregå i eget hjem fremfor på avdelingen, da det er hjemme pasienten vil fortsette med aktiviteten regelmessig og må bli kjent med de fysiske omgivelsene. Dette i samsvar med pasientens personlighet og hvor vidt

pasienten anser aktiviteten som meningsfull, som er indre faktorer som påvirker aktivitetsmønsteret (Polatajko *et al.*, 2008a).

Som informantene forteller er pasientene i en situasjon som begrenser deres aktivitetsnivå og informantene arbeider derfor med å motivere og tilrettelegge for deltakelse. Lindahl-Jacobsen og Jessen-Winge (2017) sier at en endring i en persons livssituasjon har en betydning for personens velvære og sunnhet dersom det fører til begrensninger i deltakelse i meningsfull aktivitet. Tidligere forskning viser at deltakelse i meningsfull aktivitet er vesentlig for følelsen av å være inkludert og gjøres i stand til å ta egne valg (Wimpenny, Savin-Baden og Cook, 2014). Resultatet i oppgaven viser hvordan informantene arbeider for å oppnå dette og ved tiltak som IPS vil pasientene kunne føle seg inkludert i samfunnet og ta egne valg når det kommer til aktiviteter som ansees som meningsfulle.

Sosiale omgivelser

#### *Tilhørighet og deltakelse i samfunnet og sosialt nettverk*

Intervjuene viser at informantene tilrettelegger for deltakelse gjennom å gradere sosial trening på ulike nivåer, både på avdelingsnivå og gjennom eksponeringsterapi. Gruppebehandling brukes for å gi pasientene en følelse av tilhørighet, gjennom å benytte pausene til sosialisering, og gjennom å skape et positivt gruppepress. Tilbakemeldingene fra pasientene til den ene informanten viser at støtten fra gruppefelleskapet kan være det viktigste i behandlingen. Dette støttes av Polatajko med flere (2008a), som beskriver hvordan sosiale omgivelser påvirker deltakelse. De sosiale omgivelsene i CMOP-E er inndelt i mikro-, meso- og makronivå, og på mikronivå blir deltakelse sett på som individets umiddelbare sosiale interaksjon mellom menneskene rundt (Polatajko *et al.*, 2008a). På mesonivå beskrives det at gruppefelleskapet kan brukes for informasjon og støtte (Polatajko *et al.*, 2008a). Eide og Eide (2007) nevner støtte, felles mål og oppmuntring som faktorer som gjør en gruppe bra.

Informantene nevner at aktivitetstilbud som gruppeaktiviteter og gruppebehandling er midlertidig avlyst på bakgrunn av Covid-19. Flere informanter nevner fysisk trening på treningssenter som en del av aktivitetstilbudet, men dette er heller ikke gjennomførbart da treningssenter er stengt (Folkehelseinstituttet, 2020). Polatajko, med flere (2008a) nevner at tap av meningsfull aktivitet kan være på grunn av ytre omstendigheter, og påvirke menneskers mulighet til deltakelse. Trusler fra omgivelsene kan kreve at individer må endre sin

aktivitetsutøvelse (Law *et al.*, 2002). Et eksempel på en slik trussel er Covid-19. Situasjonen krever endring i aktivitetsutøvelsen. Interaksjonen med andre mennesker er kraftig begrenset, da det skal holdes to meters avstand mellom alle som ikke bor sammen, grupper på mer enn fem personer er ikke tillatt, skoler er stengt, og det er ikke anbefalt å ta offentlig transport (Folkehelseinstituttet, 2020; Helsedirektoratet, 2020).

En informant er opptatt av at utenforskap er en spesiell risiko forbundet med rus, og at utenforskap fremmes ved begrensnings av antall personer man kan være sammen med. Dette støttes av Helgesen (2017), da han skriver at individer som er utsatt for stress over tid, lettere kan være disponert for rusproblemer. Dersom nedstengingen av samfunnet fører til at forskjellene i sosial tilhørighet blir større, kan dette få store konsekvenser. Mangelen på sosial støtte er en betraktelig risikofaktor for psykisk uhelse (Helgesen, 2017), og et relevant spørsmål vil være hvilke konsekvenser dette får for mennesker som allerede har en psykisk lidelse.

Alle informantene er opptatt av å hjelpe pasientene til å finne arbeid, eller noe å fylle hverdagen med, og arbeid beskrives som en del av rehabiliteringen. I faglitteraturen bekreftes arbeid som en viktig faktor. I CMOP-E beskrives mening som noe mennesker skaper for å forklare opplevelser, og det motiverer til nye opplevelser (Polatajko *et al.*, 2008a). For noen mennesker ligger opplevelsen av mening i interaksjon med familie og venner, hvor relasjonene bekrefter individets eksistens, og denne følelsen av mening kommuniseres i stor grad til andre, gjennom alle valg i livet, eksempelvis gjennom arbeid (Polatajko *et al.*, 2008a). Det å kunne bidra i samfunnet kan være en vesentlig faktor for betydningen av mening (Polatajko *et al.*, 2008a), og opplevelsen av tilhørighet og å kunne delta i samfunnet er sentrale faktorer for god psykisk helse og livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Arbeidsledighet er beskrevet som en risikofaktor som kan gi negative utslag på den psykiske helsen, og som påvirker autonomi og følelsen av egenverdi (Helgesen, 2017). Arbeidsmarkedet er direkte påvirket av Covid-19, da mange blir permittert eller oppsagt som følge av iverksatte tiltak for smittespredning (NAV, 2020). Det kan tenkes at dette kan gjøre det vanskeligere for personer med psykisk uhelse å komme inn på arbeidsmarkedet. Dette er et eksempel på hvordan institusjonelle omgivelser kan begrense muligheten for meningsfulle aktiviteter, samt hvordan prosesser utenfor ergoterapeutens kontroll kan komme i veien for arbeidet med fremming av meningsfulle aktiviteter (Polatajko *et al.*, 2008a).

Intervjuene viser at pårørendesamarbeid er noe flere av informantene jobber med. Pårørendesamarbeid innebærer at pårørende får informasjon om diagnoser, samt mulighet til å utveksle erfaringer med andre pårørende. Kirsh med flere (2019) nevner fire studier som bruker familietilnærming som ergoterapiintervensjon, for å hjelpe unge voksne med psykisk sykdom. Resultatene var positive, og pasienten viste tegn til økt aktivitetsbasert ytelse, engasjement og mestring (Kirsh *et al.*, 2019). Det kan være vanskelig å ha åpen kommunikasjon i vanskelige situasjoner (Eide og Eide, 2007). Familiesamtaler kan hjelpe familiemedlemmene å tydeliggjøre hverandres problemer og perspektiv, slik at alle har forståelse for hverandre, samt finne gode løsninger for situasjonen familien er i (Eide og Eide, 2007).

### *Behandlingsallianse*

Felles for alle informanter er viktigheten av å skape en god relasjon med pasientene for å oppnå god behandlingsallianse, og behandlingsalliansen beskrives som essensiell for å støtte pasienter til å finne og gjennomføre meningsfulle aktiviteter. Eide og Eide (2007) støtter dette resultatet og nevner dette som en faktor for å sikre best mulig behandling, slik at pasienten føler trygghet, tillit og tilknytning til behandleren. Informantene er opptatt av at pasientene skal bli hørt og selv få opplyse om hva som er viktig, noe som støttes av (Eide og Eide, 2007).

Resultatene viser at flere av informantene anvender brukermedvirkning og selvbestemmelse, når det gjelder relasjonsbygging og målsetning med pasientene. Informantene undrer seg sammen med pasientene, og de er nysgjerrige på hvem pasienten er i stedet for utfordringene de har. Verktøy som benyttes som støtte i denne prosessen er eksempelvis MI. Forskning viser at gode interaksjonsevner, ergoterapeutens oppførsel og respekt for pasienten fremstår som viktige faktorer for å få en effektiv intervensjon (Wimpenny, Savin-Baden og Cook, 2014). Ivarsson (2017) beskriver MI som en metode som kan brukes for å oppnå god kontakt med pasienter, og at metoden handler om å flytte fokuset over til pasientens syn på sin situasjon. Dette støtter informantenes formål med bruken av MI.

Informantene anerkjenner pasientenes opplevelser, samt gir pasientene rom til å danne egne erfaringer. Samtidig stilles det krav til pasientene om å delta i aktiviteter, men informantene tilrettelegger for gradering av deltakelse. Ut fra perspektivet om at ergoterapeutiske verdier og

antakelser understøtter aktivitetsutøvelse og klientsentrert praksis, er ergoterapiens rolle først og fremst å fremme aktivitet (Law *et al.*, 2002). Dette handler om å samarbeide med mennesker om å finne og utføre aktiviteter som vedkommende synes er meningsfulle i relasjon til sine omgivelser (Law *et al.*, 2002). Samtidig kan ergoterapeut og pasient ha ulike perspektiv på samarbeidsprosessen, med tanke på hva som anses som viktig (Townsend *et al.*, 2008).

#### Tverrfaglig samarbeid

Alle informantene jobber tverrfaglig og samarbeider med andre instanser, noe som støttes opp under ergoterapeuters yrkesetiske retningslinjer som sier at det skal fremmes samarbeid mellom kollegaer og samarbeidspartnere (Ergoterapeutene, 2020).

#### *Tverrfaglig team og ergoterapeutens rolle*

En informant forteller at kartlegging av struktur og rutiner anses som verdifullt og blir etterspurt av andre yrkesgrupper i det tverrfaglige teamet. Informantene forteller også at de bidrar inn i det tverrfaglige teamet ved å være personsentrerte, ha fokus på helhet og på hverdagsmestring. Flere informanter forteller at de ser tilfeller hvor behandlingsløpet er definert på forhånd, uten at pasienten har fått mulighet til å medvirke. Informantene spør pasientene «Hva er viktig for deg?» og tilrettelegger behandlingen etter hvor pasienten er akkurat nå, og hva som er viktig for dem. Ergoterapeuter arbeider personsentrert og legger til rette for at pasienten selv definerer hva som er betydningsfylt (Ergoterapeutene, 2020). På denne måten fremmes brukermedvirkning i stor grad, og det er større sannsynlighet for at pasienten får behandlingen rettet mot sine ønsker og mål om meningsfulle aktiviteter (Law *et al.*, 2002). «Hverdagsmestring handler om å kunne utføre meningsfulle og nødvendige aktiviteter både i lek, læring, arbeid og omsorg» (Ergoterapeutene, 2020, s. 16). Tidligere forskning viser at ergoterapeuter ikke føler seg sett, misforstått og stereotypert av andre yrkesgrupper (Kinn og Aas, 2009), noe som motstrider det informantene forteller.

#### *Overføring til kommune*

Informantene forteller at de prøver å tilrettelegge overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommune så langt det er mulig. En slik tilrettelegging er eksempelvis oppfølging og regelmessige samtaler til kommunen tar over, eller ved møter med behandlere i kommunen før pasientene skrives ut. Dette samsvarer med Bredland, Linge og

Vik (2011) som skriver at det kan være hensiktsmessig med overlapping i overgangsfaser. En epikrise eller sluttrapport er ofte utilstrekkelig, og det beste er å snakke direkte med vedkommende som skal overta behandlingen, da dette gir anledning til å gi veiledning eller stille spørsmål (Bredland, Linge og Vik, 2011).

En informant trekker inn at det ikke nødvendigvis fulgte ressurser med Samhandlingsreformen. Dette bekreftes indirekte av flere informanter, som nevner manglende ressurser til oppfølging i kommunene, og at overføringsverdien er usikker da tiltakene ikke nødvendigvis følges opp. Samhandlingsreformen spesifiserer hva som er oppgavene til henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og at kommunene i større grad skal ta over behandling og oppfølging (St. meld nr. 47 (2008-2009)). Dersom dette ikke lar seg gjøre, men at kravet til spesialisthelsetjenesten fortsatt er kortere forløp, kan det stilles spørsmålstegn ved overføringsverdien av tiltak som igangsettes før utskrivelse. Intervjuene viser ulikheter med tanke på oppfølging, både fra kommunen, samt i hvilken grad informantene har mulighet til å følge opp sine pasienter etter utskrivelse. Dette står i kontrast til prinsippet om lik behandling av pasienter (Ruyter, Førde og Solbakk, 2016), da hvilken oppfølging pasientene får er avhengig av hvor de bor i landet. Dersom dette kobles opp mot CMOP-E, ses det at pasientens aktivitetsengasjement kan bli redusert dersom de meningsfulle aktivitetene de har begynt med på avdeling ikke blir videreført når de kommer hjem (Polatajko *et al.*, 2008c).

### Metodediskusjon

Sett i retrospekt er det tydelig at fokuset på samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen fremdeles er tydelig, selv etter at intervjuguiden ble endret. Dette sier noe om at gruppa ikke mestret helt å endre fokus, da nytt tema ble valgt. Dette kan ses på som negativt fordi kategorien som omhandler overføring til kommune, blir noe tynn. Det er også diskutert innad i gruppa om overføring til kommune er relevant nok til å ha med i resultatene. På den annen side kan det argumenteres for at det er et relevant tema, fordi betydningen av arbeid med meningsfulle aktiviteter på en behandlingsinstitusjon ikke har noen verdi dersom det ikke kan overføres til hjemmesituasjonen, i henhold til sammenhengen mellom omgivelser, person og meningsfulle aktiviteter (Polatajko *et al.*, 2008c).

I innledningen av oppgaven kunne det blitt forklart flere begreper, men gruppa anså dette uhensiktsmessig da anvendte begreper anses som kjente for målgruppa for denne oppgaven. I tillegg får enkelte begreper sin naturlige forklaring i løpende tekst.

#### Valg av metode

Det kunne blitt valgt observasjon som metode, da det å faktisk se hvordan ergoterapeutene jobber kunne gitt unik kunnskap, fremfor å basere kunnskapen på muntlig informasjon, hvor informantenes svar er basert på hukommelse (Kvale og Brinkmann, 2015). Samtidig er svarene avhengig av hvilke spørsmål som blir stilt. En bacheloroppgave gjennomføres i et kort tidsintervall, noe som medfører begrensning på hvor lang tid som er til rådighet for datainnsamling. Derfor anser gruppa intervju som den mest hensiktsmessige metoden for studien.

Det kunne vært hensiktsmessig å gjennomføre gruppeintervjuer dersom gruppa eksempelvis skulle snakket med flere ergoterapeuter som jobber samme sted, og samhandlingen og erfaringsutvekslingen mellom disse informantene kunne vært interessant å følge med på (Johannessen, Tuft og Christoffersen, 2016). Det hadde også vært interessant å gjennomføre litteraturstudie for å undersøke hvordan ergoterapeuter verden over jobber med fremming av meningsfulle aktiviteter. Dette var uaktuelt i denne sammenheng, da fokuset var på norske ergoterapeuter, og det ikke ble funnet artikler om hvordan norske ergoterapeuter jobber med meningsfulle aktiviteter. Derfor konkluderes det med at en-til-en-intervju var riktig valg, med tanke på å få frem hvordan praksisen fungerer i Norge.

Det ble gjennomført flere litteratursøk i startfasen av prosjektet, og det siste søket ble gjort etter veiledning med bibliotekar. Planen var at det skulle gjennomføres ytterligere søk i senere faser av arbeidet, men dette ble nedprioritert på grunn av tid. Dersom gruppa hadde brukt mer tid på søkeord og gjennomføring av artikkelsøk er det tenkelig at det kunne blitt gjort flere relevante funn.

#### Valg av informanter

Da gruppa skulle finne informanter, var det viktig at disse jobbet i spesialisthelsetjenesten, på forskjellige plasser i landet, og med pasienter under 65 år. Det kunne vært hensiktsmessig å begrense kriteriene enda mer. Eksempelvis pasientgruppas alder, hvilken avdeling

ergoterapeutene jobber på eller en spesifikk diagnose. Det kunne med fordel blitt brukt flere informanter, da studiens generaliserbarhet begrenses med få informanter (Kvale og Brinkmann, 2015)

Det var viktig for gruppa at informantene kom fra hele Norge, for å få et perspektiv på geografiske likheter eller forskjeller, og datastøttede intervju er en fin metode for å få til dette (Kvale og Brinkmann, 2015). I ettertid kan Covid-19 situasjonen både sees på som en begrensning for intervjuene, men også en mulighet for å intervjuere ergoterapeuter over større områder.

#### Gjennomføring av intervju

Det sosialkonstruksjonistiske verdenssynet sier at forskere tar med sin kultur og historie inn i situasjonen (Creswell, 2009). Test-intervjuet viste at intervjuer hadde en tendens til å stille ledende spørsmål, og gruppa ble oppmerksom på at det eksisterte en forventning om hvilke svar det var ønskelig å få. Det ble derfor viktig at personlig oppfattelse, av eksempelvis viktigheten av meningsfulle aktiviteter, ikke påvirket intervjusituasjonen.

Det sosialkonstruksjonistiske verdenssynet innebærer at menneskers meninger har innflytelse fra kulturelle og historiske normer hvor det blir fokusert på individets arbeid og bosted (Creswell, 2009). Planen var derfor i utgangspunktet å gjennomføre intervjuene på informantenes arbeidsplasser, men på grunn av retningslinjer for smittebegrensning vedrørende Covid-19 måtte alle intervjuene foregå digitalt (NTNU, 2020; Regjeringen, 2020). På bakgrunn av dette falt muligheten til å notere non-verbalt språk delvis bort (Kvale og Brinkmann, 2015). Delvis, fordi tonefall og latter fremdeles ble notert ned. Det kan tenkes at med intervju ansikt til ansikt ville det blitt knyttet bedre relasjon med informantene og resultatet blitt noe anderledes. Gruppa observerte også at diktafonen ikke fikk med seg all lyd, noe som kan skyldes hvordan intervjuene ble gjennomført. Det ses i ettertid at det kunne blitt stilt oppfølgingsspørsmål om det settes i gang tiltak som erstatter stengte gruppetilbud, da det hadde vært interessant å vite hvordan informantene tilrettelegger for deltakelse under en slik situasjon.

#### Verifisering

Det burde bli satt klarere retningslinjer for hvordan transkriberingen skulle gjennomføres, da det ble identifisert avvik på dette under gjennomlesing. Dette medførte mye ekstra arbeid. Det



samme var gjeldende ved koding, kategorisering og tematisering, da gruppemedlemmene hadde ulike tolkninger. På den annen side kan dette anses som bra, siden det førte til dialogisk intersubjektivitet (Kvale og Brinkmann, 2015). Grunnen til at gruppemedlemmene satt hver for seg og jobbet, var av hensyn til smitteforebygging vedrørende Covid-19. Dersom gruppa hadde sittet samlet 09-16, som planen var i utgangspunktet, kunne nok prosessen vært enklere med tanke på eksempelvis analyseprosessen.

## Konklusjon

I denne studien er det sett på hvordan ergoterapeuter i psykisk helsevern jobber for å muliggjøre deltakelse i meningsfull aktivitet for sine pasienter og forskningsspørsmålet var som følger:

*Hvordan jobber ergoterapeuter i psykisk helsevern i Norge for å fremme deltakelse i meningsfulle aktiviteter?*

Studien viser at ergoterapeuter fremmer deltakelse i meningsfulle aktiviteter gjennom hele behandlingsprosessen. Informantene kartlegger interesser og ferdigheter, og kartleggingen anvendes til å identifisere mål som er meningsfulle for pasientene. Målsetting er viktig for motivasjonsarbeidet, og det kommer frem at det er viktig at ergoterapeut og pasient sammen finner en veg begge tror på. Informantene tilrettelegger for at pasientene skal ha bedre mulighet til å delta i meningsfulle aktiviteter, samt oppnå hverdagsmestring.

Brukermedvirkning anvendes i stor grad, da både motivasjon, interesser og ønsker må komme fra pasienten selv for best mulig behandlingseffekt. Det fremkommer som viktig å undre seg sammen med pasienten, slik at pasienten selv kommer frem til svar. Gruppeaktiviteter er viktig for at pasientene skal oppleve tilhørighet med andre pasienter, og det kommer frem at gruppetilhørighet er optimalt for behandlingen. Tilhørighet og deltakelse i samfunnet er viktig, og det tilrettelegges for at pasientene skal komme seg ut i arbeid. For å oppnå en god behandlingsallianse, er informantene opptatt av hvem pasientene er, ikke hvilke sykdommer de har.

Videre forskning anbefales, da denne studien er begrenset til fire ergoterapeuters erfaringer, og resultatene er usikre med tanke på generaliserbarhet. Det kunne vært interessant å sammenligne data fra denne studien med en eventuell observasjonsstudie. Det kunne også vært interessant å forske videre på samhandlingen mellom kommune- og

spesialisthelsetjenesten, samt konsekvenser av Covid-19 for deltakelse i meningsfulle aktiviteter.

## Referanseliste

- AOTA (2016) *Occupational Therapy's Role in Mental Health Recovery*. Tilgjengelig fra: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/MH/mental-health-recovery.aspx> (Hentet: 20.02.2020).
- Bredland, E., L., Linge, O., A. og Vik, K. (2011) *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bryant, W., Craik, C. og McKay, E. A. (2004) Living in a Glasshouse: Exploring Occupational Alienation, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), s. 282-289. doi: 10.1177/000841740407100507.
- Bukhave, E. B. og Mærsk, J. L. (2016) Grundlag for ergoterapeutisk intervention, i Nyboe, L., Johannsen, S. og Jørgensen, P. (red.) *Psykiatri*. København: Munksgaard, s. 173-207.
- Christiansen, C. H. og Heartl, C. (2014) A contextual History of Occupational Therapy, i Schell, B. A. B., Gillen, G. og Scaffa, M. E. (red.) *Williard and Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, a Wolters Kluwer business, s. 9-35.
- Creswell, J. W. (2009) *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3rd ed. utg. Los Angeles: SAGE.
- Davis, J., Craik, J. og Polatajko, H. J. (2008) Anvendelse af den Canadiske Ramme for Praksisprocessen: Præcisering af processen, i Townsend, E., A. og Polatajko, H. J. (red.) *Menneskelig Aktivitet II – En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard, s. 348-352.
- Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ergoterapeutene (2020) *Alle skal kunne delta*. Tilgjengelig fra: [https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters\\_kjernekompetanse\\_Web\\_en\\_keltsider.pdf?&originalPath=aHR0cHM6Ly9lcmduvGVyYXBldXRlbnUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOmI6L2cvRVhTbnZwaVdPcmxBdTIHWIB6V0V4a3dCVWpubXd2ZjJjNFJUdEdxLTFwc0VLZz9ydGltZT1ScXFJZINPMTEwZw](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_en_keltsider.pdf?&originalPath=aHR0cHM6Ly9lcmduvGVyYXBldXRlbnUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOmI6L2cvRVhTbnZwaVdPcmxBdTIHWIB6V0V4a3dCVWpubXd2ZjJjNFJUdEdxLTFwc0VLZz9ydGltZT1ScXFJZINPMTEwZw) (Hentet: 13.03 2020).

- Folkehelseinstituttet (2018) *Psykisk helse i Norge*. Tilgjengelig fra: [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge\\_e2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge_e2018.pdf) (Hentet: 30.04. 2020).
- Folkehelseinstituttet (2020) *Arrangementer og samlinger*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/rad-og-informasjon-til-andre-sektorer-og-yrkesgrupper/anbefalinger-ved--store-arrangementer-knyttet-til-koronasmitte-i-norge/> (Hentet: 26.04. 2020).
- Green, J. *et al.* (2019) *Health promotion : planning and strategies*. 4th edition Jackie Green, Ruth Cross, James Woodall, Keith Tones. utg. Los Angeles, Calif: Sage.
- Helgesen, L. A. (2017) *Menneskets dimensjoner : lærebok i psykologi*. 3. utg. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Oslo: Regjeringen. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk\\_helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk_helse_250817.pdf) (Hentet: 20.04.2020).
- Helsebiblioteket (2016) *PICO*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico> (Hentet: 06.02.2020).
- Helsedirektoratet (2020) *Koronavirus - beslutninger og anbefalinger*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus> (Hentet: 26.04. 2020).
- Helsenorger (2018) *Psykisk helsehjelp for voksne*. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helsehjelp-for-voksne> (Hentet: 30.04. 2020).
- Ivarsson, B. H. (2017) *MI: Motiverende samtaler. En praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- James, A. B. (2014) Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living, i Schell, B., Gillen, G. og Scaffa, M. (red.) *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, s. 610-652.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kinn, L. G. og Aas, R. W. (2009) Occupational therapists' perception of their practice: A phenomenological study, *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(2), s. 112-121. doi: 10.1111/j.1440-1630.2007.00714.x.

- Kirsh, B. *et al.* (2019) *Occupational Therapy Interventions in Mental Health: A Literature Review in Search of Evidence, Occupational Therapy in Mental Health*, 35(2), s. 109-156. doi: 10.1080/0164212X.2019.1588832.
- Kristensen, H. K., Schou, A. S. B. og Mærsk, J. L. (2017) *Nordisk Aktivitetsvidenskab*. København: Munksgaard.
- KS (2019) *Planleggingsverktøy*. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/alle-verktoy/planleggingsverktoy/> (Hentet: 19.02.2020).
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Law, M. *et al.* (2002) Nøglebegreber i ergoterapi, i Townsend, E. A., Canadian Association of Occupational therapists og Ergoterapeutforeningen (red.) *Fremme af menneskelig aktivitet : ergoterapi i et canadisk perspektiv*. København: FADL's Forlag Ergoterapeutforeningen, s. 31-59.
- Lindahl-Jacobsen, L. og Jessen-Winge, C. (2017) Meningsfulde aktiviteters betydning for sundhet og velvære, i Kristensen, H. K., Schou, A. S. B. og Mærsk, J. L. (red.) *Nordisk Aktivitetsvidenskab*. København: Munksgaard, s. 62.
- NAV (2020) *Mer en 400 000 registrerte som arbeidssøkere hos NAV*. . Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/arbeidssokere-og-stillinger-statistikk/nyheter/mer-enn-400-000-registrert-som-arbeidssokere-hos-nav> (Hentet: 25.04. 2020).
- NOU 2005:1 (2005) *God forskning - Bedre helse - Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, som innvolverer mennesker humant biologisk materiale og helseopplysninger (helseforskningsloven)*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
- NTNU (2018) *Retningslinjer for behandling av personopplysninger*. Tilgjengelig fra: <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Retningslinje+for+behandling+av+personopplysninger> (Hentet: 12.03 2020).
- NTNU (2020) *Koronavirus: Retningslinjer og råd*. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/korona> (Hentet: 13.03 2020).
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 27.04. 2020).

- Polatajko, H. J. *et al.* (2008a) Mennerskers betydningsfulde aktiviteter i omgivelserne, i Townsend, E., A. og Polatajko, H. J. (red.) *Menneskelig Aktivitet II – En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard, s. 79-111.
- Polatajko, H. J. *et al.* (2008b) Muliggørelse af betydningsfulde aktiviteter: En praksismosaik, i Townsend, E., A. og Polatajko, H. J. (red.) *Menneskelig Aktivitet II – En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard, s. 264-265.
- Polatajko, H. J. *et al.* (2008c) Spesifikation af sagsområdet: Betydningsfulde aktiviteter som kernen, i Townsend, E., A. og Polatajko, H. J. (red.) *Menneskelig Aktivitet II – En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard, s. 51-52.
- Regjeringen (2020) *Tiltakene mot koronavirus videreføres*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/tiltakene-mot-koronavirus-videreføres/id2694682/> (Hentet: 22.04 2020).
- Ruyter, K. W., Førde, R. og Solbakk, J. H. (2016) *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schindler, V. P. (2010) A client-centred, occupation-based occupational therapy programme for adults with psychiatric diagnoses, *Occupational Therapy International*, 17(3), s. 105-112. doi: 10.1002/oti.291.
- St. meld nr. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Townsend, E. A. *et al.* (2008) At muliggøre individuell forandring, i Townsend, E., A. og Polatajko, H. J. (red.) *Menneskelig Aktivitet II – En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard, s. 201-222.
- Tuntland, H. (2011) *En innføring i ADL: teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Wilcock, A., A., og Townsend, E., A. (2014) Occupational Justice, i Schell, B. A. B., et al. (red.) *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, s. 542-543.
- Wimpenny, K., Savin-Baden, M. og Cook, C. (2014) *A Qualitative Research Synthesis Examining the Effectiveness of Interventions Used by Occupational Therapists in*

*Mental Health, The British Journal of Occupational Therapy*, 77(6), s. 276-288. doi:  
10.4276/030802214X14018723137959.

