

Sammendrag

Tittel:	Kommuneergoterapeuters kompetanse i det helsefremmende arbeidet
Forfattere:	Emilie Linnea Pedersen Karine Andrea Hennig
Veileder:	Torbjørn Ståleskog Jacobsen
Stikkord/nøkkelord:	Ergoterapi, kommunehelsetjenesten, kompetanse, helsefremmende arbeid, kvalitativ tilnærming

Antall ord: 9458	Antall vedlegg: 4	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Introduksjon: Med bakgrunn i tidligere forskning indikerer funnene at ergoterapeuter primært utøver helsefremmende arbeid på individnivå, og at de hindres i å utføre helsefremmende arbeid generelt og på samfunnsnivå. Det bekreftes et fåtall publiserte studier om ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten, og et behov for å undersøke kommuneergoterapeuters rolle i det helsefremmende arbeidet.</p> <p>Hensikt: Denne studien ble gjennomført for å undersøke synspunktene til kommuneergoterapeuter om deres kompetanse i det helsefremmende arbeidet.</p> <p>Problemstilling: Hvilken kompetanse mener kommuneergoterapeuter at de kan bidra med i det helsefremmende arbeidet?</p> <p>Metode: Data ble samlet inn med to fokusgruppeintervjuer med seks kommuneergoterapeuter. Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker og transkribert ordrett; data ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse</p> <p>Resultat: Studien belyser fire hovedtemaer: personens behov, ønsker og ressurser, aktivitet og deltakelse, tilrettelegging av omgivelser, samt samarbeid. Resultatene viser at informantene primært utfører helsefremmende arbeid på individnivå ved å legge til rette for brukermedvirkning, empowerment, meningsfulle aktiviteter, deltakelse, autonomi og sosial rettferdighet. På samfunnsnivå utføres det helsefremmende arbeidet ved å påvirke politisk</p>		

handling, og tilrettelegge offentlige omgivelser med hensyn til universell utforming. Samtidig bekrefter informantene at de kunne bidra i større grad på flere av områdene.

Konklusjon: Studien konkluderer med at kommuneergoterapeuter kan bidra i det helsefremmende arbeidet både på individ - og samfunnsnivå, men at de primært benytter seg av en individbasert tilnærming. Kjernekompetansen deres viser likevel en sterk tilknytning til det helsefremmende arbeidet. Samtidig er det nødvendig at kommuneergoterapeuter inkluderes i større grad og at de kan tilbys flere arbeidsstillinger, som videre kan medføre at de får en tydeligere rolle i det helsefremmende arbeidet. Det anbefales ytterligere forskning på temaet, da studien bestod av et fåtall av informanter samtidig som at det er et viktig tema å belyse.

Abstract

Title:	Municipal occupational therapists' competence in health promotion
Authors:	Emilie Linnea Pedersen Karine Andrea Hennig
Supervisor:	Torbjørn Ståleskog Jacobsen
Keywords:	Occupational therapy, municipal, healthcare service, competence, health promotion, qualitative approach

Number of words: 9458	Number of appendix: 4	Availability: Yes
<p>Introduction: Based on previous research, findings indicate that occupational therapists primarily perform health promotion based on individuals, and that barriers prevent them from performing health promoting in general, and at community level. Further research is needed to examine the role of municipal occupational therapists in health promotion, and only a handful of studies examining occupational therapy in municipal health care services has been published.</p> <p>Objective: This study was undertaken to explore the views of municipal occupational therapists concerning their competences in health promotion.</p> <p>Research question: What competence do the municipal occupational therapists believe that they can contribute with in health promotion?</p>		

Method: Data were collected in two group interviews with six municipal occupational therapists. These interviews were tape recorded and transcribed verbatim; data were analysed using qualitative content analysis.

Results: The main findings in this study are divided into four themes: (1) the person's need, resources and desire, (2) activity and participation, (3) adaptive environment, and (4) cooperation. The results indicate that the informants work primarily with individuals by facilitating user involvement, empowerment, meaningful occupations, participation, autonomy, social justice. At community level, health promoting is performed by influencing political action, and facilitating public environments with regard to universal design. At the same time, the informants confirm that they could have contributed more in several areas.

Conclusion: The study concludes that municipal occupational therapists can contribute to health promotion at both individual and community level, but that they primarily are using an individualized approach. Nevertheless, their key-competencies show a strong connection to health promotion. At the same time, it is necessary that municipal occupational therapists are included to a greater extent and that they can be offered more work areas, which may further lead to a clearer role in health promotion. Further research on this topic is recommended, as the study consisted of a small number of informants, while at the same time making it an important topic to shed light on.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	2
Forord	6
1.0 Innledning	7
1.1 Begrepsavklaring	7
1.2 Innledning og bakgrunn	8
1.2.1 Ergoterapeuters relevans i det helsefremmende arbeidet	8
1.2.2 Bakgrunn.....	8
1.3 Teoretisk rammeverk	9
1.3.1 Helsefremmende arbeid	9
1.3.2 Samspeillet mellom person, aktivitet og omgivelser.....	11
1.4 Tidligere forskning	12
1.4.1 Kunnskapshull	14
1.5 Hensikt og problemstilling	14
2.0 Metode	14
2.1 Kvalitativ forskningsmetode.....	14
2.2 Det sosialkonstruktive perspektivet.....	15
2.3 Utvalg av informanter.....	15
2.4 Gjennomføring av intervjuene	18
2.5 Transkripsjon	19
2.6 Analyse av data.....	19
2.7 Artikkelsøk	21
2.8 Forskningsetikk.....	23
2.9 Reliabilitet og validitet	24
2.9.1 Reliabilitet.....	24
2.9.2 Validitet	24
3.0 Resultat	25
3.1 Personens behov, ønsker og ressurser.....	26
Kartlegging av person.....	26
3.2 Aktivitet og deltakelse	26
3.2.1 Kartlegging av aktivitet	26
3.2.2 Tilrettelegging med hjelpemidler og velferdsteknologi	27
3.2.3 Forebyggende helsearbeid	28
3.3 Tilrettelegging av omgivelser	28
3.3.1 Universell utforming.....	28
3.3.2 Tilrettelegging av arbeidsplasser og bolig.....	29
3.3.3 Samarbeid	29
4.0 Diskusjon	30
4.1 Resultatdiskusjon	30
4.1.1 Person	30
4.1.2 Aktivitet	32
4.1.3 Omgivelser.....	33
4.1.4 Samarbeid	35
4.2 Metodediskusjon	36

4.2.1 Valg av metode	36
4.2.2 Informanter	38
4.2.3 Gjennomføring av intervjuene	38
4.2.4 Anvendelse og implikasjoner av resultatene	39
5.0 Konklusjon	39
6.0 Referanseliste	41
7.0 Vedlegg.....	45
7.1 Informasjonsskriv.....	45
7.2 Intervjuguide.....	47
7.3 Søkehistorikk.....	51
7.4 Godkjenning fra NSD.....	56

Forord

Arbeidet med bacheloroppgaven har vært en interessant, lærerik og en krevende prosess. Vi har funnet god støtte i hverandre gjennom samarbeidet med oppgaven.

En spesiell takk rettes mot vår veileder, Torbjørn Ståleskog Jacobsen, som har ledet oss gjennom bachelorarbeidet på en konstruktiv og god måte med kloke ord.

Vi ønsker også å takke emneansvarlig, Linda Stigen, som har bidratt med god støtte og motivasjon underveis i prosessen. Vi vil takke informantene som har tatt seg tid til å bidra med sine erfaringer og kunnskap til prosjektet; uten dere hadde det ikke vært mulig å gjennomføre studien.

Vi vil til slutt takke våre nærmeste for god støtte og tålmodighet i disse månedene.

Gjøvik, 08.05.21

1.0 Innledning

1.1 Begrepsavklaring

Folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens trivsel og helse, forebygge somatisk og psykisk sykdom, lidelse eller skade, samt arbeid for en jevn fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Folkehelseloven, 2011).

Forebyggende helsearbeid: retter seg mot enkeltpersoner og utsatte grupper for å fremme menneskers livskvalitet og helse, samt redusere risiko for skade og sykdom (Mæland, 2016).

Universell utforming: utforming av omgivelser, produkter, tjenester og programmer på en slik måte at alle mennesker skal kunne ta det i bruk, i så stor grad som mulig uten behov for en spesiell utforming eller tilpasning (Lid og Søbstad, 2013)

Velferdsteknologi: teknologisk assistanse som bidrar til økt sikkerhet, trygghet, mobilitet, sosial deltakelse, fysisk og kulturell aktivitet samt styrker den enkelte til å kunne klare seg i hverdagen til tross for sykdom og sosial, fysisk eller psykisk nedsatt funksjonsevne (NOU 2011:11, 2011).

Rehabilitering: er en målrettet samarbeidsprosess på ulike arenaer mellom bruker, pasient, pårørende og tjenesteytere. Prosessen inneholder sammenhengende, koordinerte og kunnskapsbaserte tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Energiøkonomisering: omhandler å bruke minst mulig energi i utførelse av aktiviteter (Helsedirektoratet, 2015).

Aktivitetsavpasning: omhandler å tilpasse aktivitetsnivået etter opplevd mengde energi ved at aktiviteten avsluttes før vedkommende blir utmattet (Helsedirektoratet, 2015).

Lobbyvirksomhet: er en oppsøkende kontaktvirksomhet for å påvirke en beslutning til fordel for spesifikke interesser (NOU 2012: 12).

Patogenese: omhandler et fokus på årsaker og risikofaktorer til å minimere sykdomsfremkallende forhold (Mæland, 2016).

1.2 Innledning og bakgrunn

Temaet for bacheloroppgaven er kommuneergoterapeuters kompetanse i det helsefremmende arbeidet, hvor det ble gjennomført kvalitative forskningsintervjuer til å belyse kommuneergoterapeuters egne erfaringer og synspunkter. Tidligere forskning ble benyttet til å avklare eventuelle kunnskapshull, hvor forskere har antydnet et behov for flere studier om kommuneergoterapeuters rolle i det helsefremmende arbeidet.

1.2.1 Ergoterapeuters relevans i det helsefremmende arbeidet

Scriven, Atwal (2004) og Muir (2012) belyser at ergoterapeuters kompetanse i det helsefremmende arbeidet kan være til fordel for mennesker som får tilgang til kommunehelsetjenesten. Ergoterapeuters kjernekompetanse inneholder flere elementer fra strategiene og handlingspunktene i det helsefremmende arbeidet (Thibeault og Hébert, 1997; Tucker *et al.*, 2014; Scriven og Atwal, 2004; Maass, 2019). De arbeider for at menneskers rettigheter skal ivaretas ved å bidra til utvikling av et inkluderende, helsefremmende og universelt utformet samfunn (Ergoterapeutene, 2018). Ergoterapeutene muliggjør aktivitet og deltakelse i hverdagslivet, da helsen påvirkes og skapes i omgivelsene (Ergoterapeutene, 2017). I løpet av de siste to tiårene har det vært en økende internasjonal interesse blant ergoterapiforbund og deres respektive medlemmer når det kommer til deres bidrag i det helsefremmende arbeidet (Scriven og Atwal, 2004; Thyness, 2018).

1.2.2 Bakgrunn

Ottawa Charteret (1986) var den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid, hvor målet var å oppnå helse for alle innen år 2000 og i årene fremover (WHO, u.å.a). Kommunehelsetjenesten er en helhetlig tilnærming til helse som tar sikte på å sikre så tidlig som mulig et høyest mulig nivå av helse og velvære, og rettferdig fordeling ved å fokusere på menneskets behov med helsefremmende arbeid (WHO, u.å.b). Det er en viktig tjeneste basert på praktiske, vitenskapelige og sosialt aksepterte metoder, samt teknologi som gjøres universelt tilgjengelig for enkeltpersoner og grupper i samfunnet gjennom full deltakelse

(WHO, u.å.c). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og Lov om folkehelsearbeid tilsier at kommunen skal bidra i det helsefremmende arbeidet ved å fremme befolkningens helse, trivsel, sosiale og miljømessige forhold, samt utjevne sosiale helseforskjeller (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Folkehelseloven, 2011).

1.3 Teoretisk rammeverk

Det teoretiske rammeverket danner grunnlaget for oppgavens helhet. Først presenteres det helsefremmende arbeidet og nøkkelstrategiene som benyttes for å muliggjøre handlingsområdene. Til slutt presenteres ergoterapeuters kjernekompetanse med ergoterapimodellen “Person-Environment-Occupation” (PEO). Teorien blir videre benyttet i diskusjonsdelen til å drøfte problemstillingen opp mot studiens resultater.

1.3.1 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid er prosessen som muliggjør at mennesker kan øke kontrollen over og forbedre egen helse (WHO, u.å.a). Helse er en ressurs som skapes og utvikles i dagliglivet, og det er et positivt begrep som vektlegger sosiale og personlige ressurser, samt fysisk kapasitet. For å oppnå en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosial velvære, må en person eller gruppe identifisere og realisere ambisjoner, tilfredsstille behov og endre eller takle miljøet (WHO, u.å.a).

Det helsefremmende arbeidet utføres ved bruk av en salutogen tilnærming (Mæland, 2016). Teorien om salutogenese er utviklet av Antonovsky (1978) og tar utgangspunkt i faktorer som kan styrke ressursene for god helse (Antonovsky og Sjøbu, 2012). Målet er å arbeide for å fremme og muliggjøre mestringsfølelse (Antonovsky og Sjøbu, 2012). Salutogenese betyr “helsens opprinnelse” og stammer fra ordene salus (av latin “helse”) og genesis (av gresk “opprinnelse”) (Lindström, Eriksson og Sjøbu, 2015).

Handlingsområdene i det helsefremmende arbeidet er: (1) å bygge en helsefremmende politikk, (2) å utvikle personlige ferdigheter, (3) å skape støttende omgivelser, (4) å legge til rette for mulighet til å ta kontroll over handlinger i lokalsamfunnet og, (5) å re-orientere helsetjenestene (WHO, 1998). De helsefremmende nøkkelstrategiene advocate, enable og mediate benyttes til å muliggjøre handlingsområdene (WHO, u.å.a).

Advocate

Advocacy innebærer en kombinasjon av individuelle- og sosiale handlinger for å oppnå politisk engasjement, politisk støtte, sosial aksept og systemstøtte for et bestemt helsemål eller program (WHO, 1998). Politiske, økonomiske, sosiale, kulturelle, miljømessige, atferdsmessige og biologiske faktorer kan muliggjøre helse eller være skadelige for den (WHO, u.å.a). Helsefremmende tiltak har som mål at disse faktorene skal muliggjøre helse gjennom advocacy (WHO, u.å.a). Advocacy er avhengig av samfunnsdeltakelse, som er en grunnleggende verdi i det helsefremmende arbeidet (WHO, 1998). Det bygger på en demokratisk medvirkning fra de det angår, hvor befolknings- og brukermedvirkning er avgjørende (Mæland, 2016).

Enable

Enable betyr å iverksette tiltak i partnerskap med enkeltpersoner eller grupper for å styrke dem, gjennom å sikre like muligheter og materielle ressurser, for å fremme og beskytte deres helse (WHO, 1998). Tiltakene innebærer å sikre støttende miljøer, tilgang til informasjon, ferdigheter, samt muligheter for å ta sunne valg. Enabling muliggjør at mennesker kan oppnå sitt fulle helsepotensial, men helsepotensialet er samtidig avhengig av empowerment (WHO, u.å.a).

Empowerment er prosessen der mennesker, organisasjoner og samfunn mestrer livet ved å få større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres helse (WHO, u.å.a).

Empowerment oppstår mellom en profesjonell og et individ, eller mellom en profesjonell og et samfunn, der ekspertene gir fra seg kontrollen til samfunnets medlemmer (Thibeault og Hébert, 1997). Begrepet empowerment er nært tilknyttet autonomi og sosial rettferdighet, og en aktiv og meningsfull livsstil kan bidra til å oppnå og opprettholde autonomi (Thibeault og Hébert, 1997).

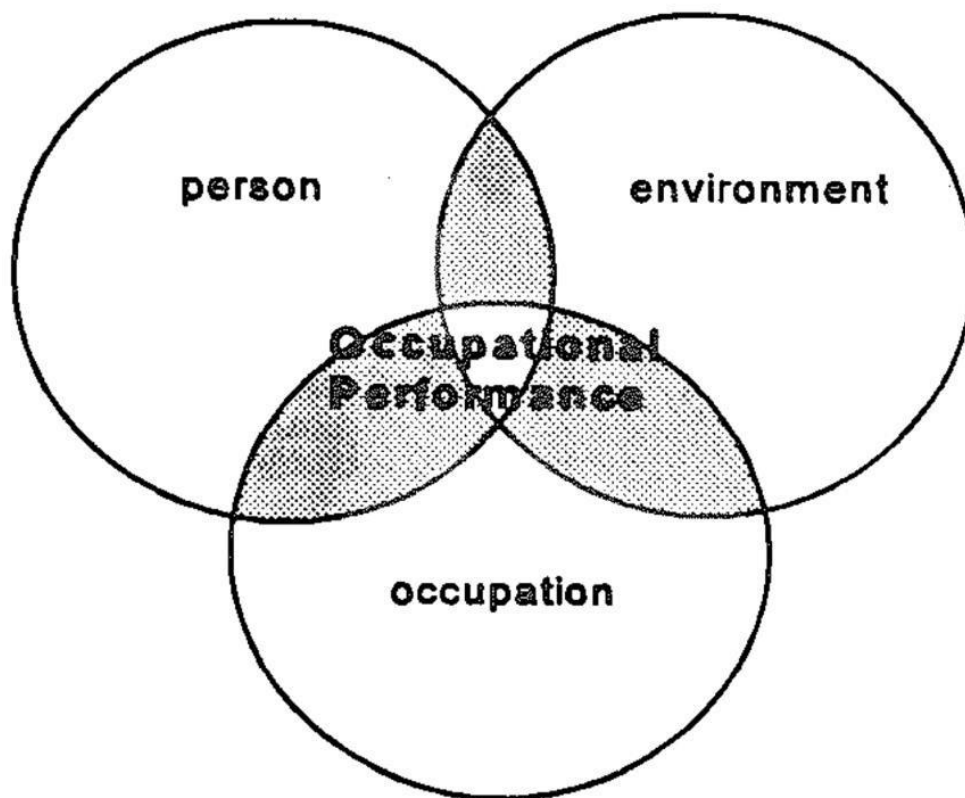
Mediate

Profesjonelle, sosiale grupper og helsepersonell har et stort ansvar for mediating mellom samfunnets ulike interessenter i “jakten” på helse (WHO, u.å.a). Forutsetningene og mulighetene for helse kan ikke sikres av helsesektoren alene. Helsefremmende strategier og

programmer bør tilpasses lokale behov (WHO, u.å.a). I følge Mæland (2016) defineres mediate som “å knytte sammen gode krefter i arbeidet for helse”.

1.3.2 Samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser

Kjernekompetansen til ergoterapeuter omhandler det dynamiske samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser (Law *et al.*, 1996). Ergoterapeuters fokus på det dynamiske samspillet muliggjør aktiv deltakelse og inkludering i samfunnet.



(Law *et al.*, 1996).

Person

Begrepet person defineres som at hvert enkeltindivid er unikt og har forskjellige roller i livet (Law *et al.*, 1996). Rollene er dynamiske og varierer over tid, kontekst og varighet. Hvert enkelt individ har grunnegenskaper som kan omhandle kognitive, motoriske og sansemotoriske ferdigheter. Personens egenskaper vil påvirke utførelse av aktivitet i samspill med miljøet, og ergoterapeuter kan endre egenskapene gjennom ulike intervensjoner. Målet med personsentrert praksis er å oppnå aktivitet og deltakelse ved å myndiggjøre personen det gjelder, hvor ønsker og behov må tas hensyn til (Law *et al.*, 1996).

Aktivitet

Begrepet aktivitet er definert som selvstyrte og funksjonelle aktiviteter som en person engasjerer seg i (Law *et al.*, 1996). Aktiviteter er nødvendig i en persons liv for å tilfredsstille personens indre behov, da utførelse av aktiviteter kan bidra til å opprettholde funksjoner og ferdigheter i deres rolle og miljø. Aktiviteter kan fremme eller hemme mestring i dagliglivet, og de kan tilpasses eller utføres individuelt eller i gruppe (Law *et al.*, 1996).

Omgivelser

Begrepet omgivelser omhandler der aktivitet og deltakelse oppstår (Law *et al.*, 1996).

Omgivelser kan eksempelvis være fysiske, kulturelle eller sosiale. De kan påvirke personens atferd og oppførsel, og de kan ha en muliggjørende eller begrenset effekt på utførelse av aktivitet (Law *et al.*, 1996).

1.4 Tidligere forskning

Det har blitt utført flere litteratursøk etter fagfelleverderte forskningsartikler for å få en større innsikt i kommuneergoterapeuters kompetanse i det helsefremmende arbeidet.

Holmberg og Ringsberg (2014) bekrefter at ergoterapeuter utfører en individualisert salutogen tilnærming i arbeidet sitt, og at de sjeldent engasjerer seg i helsefremmende arbeid på

samfunnsnivå. De muliggjør meningsfull deltakelse ved å samarbeide tett og systematisk med vedkommende under kartlegging, vurdering, tilrettelegging, organisering og igangsetting av handlinger. Arbeid med en helsefremmende tilnærming er avhengig av konteksten, og må være basert på samspillet mellom individet, vedkommendes situasjon, kultur og miljø. Ergoterapeutene belyste samtidig at brukere, samarbeidspartnere og offentlige tjenestemenn har liten kjennskap til kompetansen deres innen helsefremmende arbeid. De mente at nøkkelbegrepene “aktivitet og deltakelse” i ergoterapi og det helsefremmende arbeidet bør defineres tydeligere blant ergoterapeuter, både generelt i samfunnet og i tverrfaglig samarbeid. Deres helsefremmende rolle kan også utvides ved å søke på nye arbeidsfelt (Holmberg og Ringsberg, 2014).

Wood, Fortune og McKinstry (2013) belyser at ergoterapeuter som fremmer helse på samfunnsnivå har en verdifull rolle ved å ta tak i begrensninger og muliggjøre deltakelse i meningsfulle aktiviteter. Ergoterapeuter muliggjør deltakelse ved bruk av muliggjørende strategier som eksempelvis kapasitetsbygging, samfunnsutvikling og beslutningspåvirkning med samfunnsgrupper og organisasjoner. De mente også at mangel på finansiering, forberedelse og en begrenset forståelse av deres rolle innen helsefremmende arbeid avskrekker dem i å engasjere seg på dette arbeidsområdet. Et større engasjement kan muliggjøres ved videreutdanning, klinisk erfaring og etablering av en profesjonell identitet (Wood, Fortune og McKinstry, 2013).

Johansson et al. (2010) belyser at ergoterapeutene anser å ha tilstrekkelig helsefremmende kompetanse basert på deres kjernekompetanse. Til tross for dette og deres vilje til å arbeide innenfor feltet, forbindes de ikke med helsefremmende arbeid. Over halvparten av ergoterapeutene mente at helsefremmende arbeid er hovedansvaret til primærhelsetjenesten, men at deres helsefremmende rolle hindres i å utvikles grunnet manglende retningslinjer, store arbeidsbelastninger og uklare mål (Johansson *et al.*, 2010).

Quick *et al.* (2010) bekrefter at over halvparten av studiens informanter praktiserer helsefremmende arbeid, hvor de kartlegger på individnivå. Informantene belyste nitti helsefremmende arbeidsområder som eksempelvis: opplæring, helseinformasjon, markedsføring av fysisk aktivitet, selvlæring, energiøkonomisering, smertehåndtering og mobilitetshjelpemidler. Informantene nevnte samtidig at de ikke involveres i det

helsefremmende arbeidet grunnet mangel på kunnskap og prioritering av det kliniske arbeidet. De har heller ikke tilstrekkelig tid og ressurser til å involvere seg eller å diskutere helsefremmende strategier med enkeltpersoner, da tiden blir brukt på administrative oppgaver (Quick *et al.*, 2010).

Donnelly *et al.* (2016) bekrefter at ergoterapeutene oftest arbeider på individnivå, etterfulgt av små og store gruppeintervensjoner. De identifiserte det helsefremmende arbeidet som det nest hyppigste tilbudet, hvor tjenestene hovedsakelig blir tilbudt voksne og eldre (Donnelly *et al.*, 2016).

1.4.1 Kunnskapshull

Holmberg og Ringsberg (2014) bekrefter at det er behov for flere studier om ergoterapeuter i det helsefremmende arbeidet. Gramstad og Nilsen (2017) belyser at det er behov for forskning på kommuneergoterapeuters rolle i det helsefremmende arbeidet, og at det ikke er funnet studier med spesifikt fokus på ergoterapi i kommunehelsetjenesten (Gramstad og Nilsen, 2017). Donnelly *et al.* (2016) mener samtidig at det er et fåtall publiserte internasjonale studier om ergoterapi i kommunehelsetjenesten.

1.5 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å undersøke kommuneergoterapeuters kompetanse i det helsefremmende arbeidet. Studiens problemstilling er: Hvilken kompetanse mener kommuneergoterapeuter at de kan bidra med i det helsefremmende arbeidet?.

2.0 Metode

2.1 Kvalitativ forskningsmetode

Betydningen av metode er “veien til målet” (Brinkmann og Kvale, 2015). Studiens mål var å få svar på problemstillingen, hvor kvalitativ forskningsintervju ble benyttet som metode. Formålet var å søke og forstå kommuneergoterapeuters kompetanse i det helsefremmende arbeidet sett fra informantenes perspektiv. På grunn av at forskningsintervjuet innebærer en maktrelasjon mellom forsker og informant som påvirker hva de snakker om og hvorfor, ble det videre bestemt å benytte seg av fokusgruppeintervju i håp om å oppnå en likeverdig

samtale. Dette med tanke på at fokusgruppeintervjuer innebærer at moderatoren skal skape en velvillig og åpen atmosfære (Brinkmann og Kvale, 2015). Fokusgruppeintervju ble samtidig valgt for å få frem informantenes ulike synspunkter på temaet, da den innebærer en ikkestyrende intervjustil. Fokusgruppeintervju bidrar til å få frem informantenes kunnskap, forståelse og fortolkninger av et bestemt tema (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010).

2.2 Det sosialkonstruktive perspektivet

Det sosialkonstruktive perspektivet ble brukt som en tilnærming til den kvalitative forskningen. Teorien tilsier at menneskets subjektive meninger utvikles gjennom erfaringer gjennom interaksjon med andre, og historiske og kulturelle normer i deres liv (Creswell, 2009). Det ble derfor hensiktsmessig å innhente kunnskap til studien i en kontekst som innebærer samhandling med andre. Tilnærmingen innebærer å stille åpne spørsmål og samtidig lytte nøyaktig til hva som blir sagt, for at informantene kan dele sine synspunkter (Creswell, 2009). Det kan medføre utdypende svar på det som undersøkes. Samtidig medfører det sosialkonstruktive perspektivet at forskerne utvikler subjektive meninger fra dataene som er samlet inn, da de er formet av deres egne erfaringer og bakgrunn i likhet med informantene (Creswell, 2009). Målet med å bruke denne tilnærmingen i studien er dermed å stole på informantenes syn på det som undersøkes.

2.3 Utvalg av informanter

Et strategisk utvalg av informanter tar hensyn til bredde og mangfold (NTNU, 2018). På bakgrunn av tidligere forskning og problemstillingen ble det bestemt å intervju kommuneterapeuter. Deretter ble det bestemt å velge kommuneterapeuter fra én stor og én liten kommune med ulik alder, arbeidsstilling og arbeidsplass. Etter anbefaling fra emneansvarlig ble det avgjort å intervju seks informanter; tre informanter fra hver kommune, fordelt på to fokusgruppeintervjuer.

Videre startet rekrutteringsprosessen av informantene med å opprette et innlegg i Facebook-gruppen "Folkehelse og ergoterapi", i håp om at noen kommuneterapeuter ønsket å delta i studien. Snøballmetoden ble deretter benyttet til å rekruttere informanter, da ingen

responderte. Metoden innebærer å komme i kontakt med personer som har kunnskap om det temaet som skal forskes på (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010).

Kommuneergoterapeuter ble kontaktet via mail, hvor de fikk spørsmål om å delta i studien og/eller om de hadde kjennskap til andre i målgruppen. Det ble unngått nære relasjoner til informantene, da det kan påvirke prosessen. Informantene kan fokusere på informasjonen de tror forskerne har behov for, i stedet for å formidle egne meninger og tanker da dette kan påvirke svarene (Brinkmann og Kvale, 2015).

Tabell 1: Informanttabell

Utdanning	Utdanningsår	Fagbakgrunn	Arbeidsstilling
Bachelor i ergoterapi. Videreutdanning i ergoterapi og allmennhelse.	2010	Miljøterapeut	Kommuneergoterapeut i innsatsteam med velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering som ansvarsområder
Bachelor i ergoterapi. Videreutdanning i universell utforming.	1985	Psykiatri og kommuneergoterapeut på sykehjem	Kommuneergoterapeut og avdelingsleder
Bachelor i ergoterapi.	2013	Kommuneergoterapeut i rehabiliteringsteam, hjemmesykepleien, psykiatri og rådgiver på hjelpemiddelsentralen	Kommuneergoterapeut
Bachelor i ergoterapi.	2016	Kommuneergoterapeut i rehabiliteringsteam	Kommuneergoterapeut i vurderingsteam
Bachelor i ergoterapi.	2018	Kommuneergoterapeut i rehabiliteringsteam	Kommuneergoterapeut i hjemmetjenesten
Bachelor i ergoterapi.	2005	Kommuneergoterapeut (barn, unge, voksne, eldre) Hverdagsrehabiliteringsteam	Kommuneergoterapeut i hjemmetjenesten

2.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført digitalt med Microsoft Teams grunnet retningslinjer i forhold til covid-19. Under intervjuene hadde forskerne ulike roller, hvor den ene var moderat og den andre var observatør. Observatøren kom med oppfølgingsspørsmål og innspill ved behov. Moderatoren ga informasjon om studien før intervjuene, for å legge til rette for en åpen atmosfære. I følge Kvale og Brinkmann (2019) kan en åpen atmosfære medføre at informantene uttrykker personlige og motstridende synspunkter på emnene som er i fokus. Før intervjuet ble informantene informert om at intervjuene skulle tas opp med én diktafon. Den ble benyttet for å fokusere på temaene som ble belyst uten å måtte skrive ned samtidig, og for å få så nøyaktige data som mulig.

Før intervjuet ble det også utarbeidet en intervjuguide. Den inneholdt spørsmål som ble godkjent av veileder, samt en tilbakemelding om at vi måtte inkludere stikkord i marginen for å muliggjøre oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene skal utarbeides tematisk og dynamisk for å legge til rette for informantenes opplevelser og innspill, og for å muliggjøre at samtalen kan opprettholdes (Brinkmann og Kvale, 2015; Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). Et spørsmål som ble stilt informantene er: *“Hvilke helsefremmende arbeidsoppgaver mener dere er spesielt viktige og hvorfor?”*. Stikkordene i forhold til dette spørsmålet var blant annet *tilrettelegging og kartlegging*.

Flere av spørsmålene i intervjuguiden ga relevante og utdypende svar på problemstillingen, men den inneholdt også villedende spørsmål som eksempelvis: *“Hvordan opplever dere at andre yrkesgrupper ser på deres kompetanse i det helsefremmende arbeidet?”*. Spørsmålet medførte å villedte informantene bort fra problemstillingen, hvor det ble belyst temaer som eksempelvis: andre yrkesgrupper sitt inntrykk på ergoterapeuters kompetanse. Videre resulterte flertallet av spørsmålene i sentrale temaer for studien og de samme temaene ble gjengitt i begge intervjuene, hvor flere av informantene var enige i hverandres uttalelser. Etter intervjuet ble det satt av tid til kommentarer og spørsmål, da det i følge Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) anbefales å oppklare eventuelle uklårheter blant informantene.

2.5 Transkripsjon

Transkripsjon er prosessen der intervjuets talespråk blir oversatt på best mulig måte til skriftspråk, da det ikke eksisterer noen sann og objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form (Brinkmann og Kvale, 2015). Etter hvert intervju ble det satt av tid til å høre på lydopptakene. Deretter ble lydopptakene overført fra diktafonen til datamaskin med dikteringsfunksjonen i Microsoft Word. Datamaterialet ble transkribert ordrett og konfidensialiteten til informantene ble samtidig beskyttet, da materialet ble anonymisert. Videre ble datamaterialet lyttet til flere ganger i fellesskap for å sikre kvalitet og en felles forståelse. Etter endt transkripsjon ble lydopptakene slettet, og til slutt ble det tatt utskrift av datamaterialet. Utskrift kan medføre en grundigere gjennomgang (Creswell, 2009). Transkripsjon fra muntlig - til skriftlig form gir en god oversikt i tekstform som medfører begynnelsen på analysen (Brinkmann og Kvale, 2015).

2.6 Analyse av data

I kvalitativ forskning består dataanalysen av å bearbeide tekst og tolke data (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010). Fenomenologisk analyse ble benyttet som mal til å analysere datamaterialet. Fenomenologisk analyse omhandler å analysere meningsinnhold (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). Metoden innebærer å fortolke datamaterialet med et ønske om å forstå den dypere meningen med informantenes tanker gjennom ulike trinn (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). Trinnene som ble benyttet til å analysere datamaterialet var: meningsfortetting, koding, kategorisering og tematisering.

Tabell 2: Eksempel fra analysen

Råtekst	Meningsfortetting	Kode	Kategori	Hovedtema
Ja, ehm.. jeg driver jo mye med en del ADLkartlegging og sånne ting som de andre her også gjør en del av. Ehm.. og der merker jeg jo at det er en stor forskjell på eh.. ergo. I forhold til hjemmesykepleien fordi vi har veldig mye fokus på at brukeren selv skal mestre aktiviteter.	Ergoterapeuter bruker kartleggingsverktøyet «aktiviteter i dagliglivet» (ADL), hvor fokuset omhandler selvstendig utførelse av aktiviteter	Kartlegging, aktivitet	Kartlegging av aktivitet	Aktivitet og deltakelse

Det første trinnet omhandler å få et helhetsinntrykk av datamaterialet (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). Data som ikke var relevant for problemstillingen ble ekskludert for å kunne tolke sentral informasjon ved bruk av meningsfortetting. Prosessen omhandler å forkorte lange setninger til kortere setninger (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010).

I det andre trinnet ble den tolkede informasjonen fordelt i ulike koder. Tabell 2 viser et eksempel, hvor setningen ble kodet med *kartlegging* og *aktivitet*. Koding innebærer å kode utsnitt av teksten i form av setninger og avsnitt, for å klassifisere informasjonen fra intervjuene (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). Etter anbefaling fra emneansvarlig

ble kodene adskilt med ulike farger for å kunne holde oversikt over hva slags informasjon tekstelementene ga. I det tredje trinnet ble de ulike kodene fordelt i kategoriene: kartlegging av person, brukermedvirkning, kartlegging av aktivitet, tilrettelegging med hjelpemidler og velferdsteknologi, forebyggende helsearbeid, universell utforming, tilrettelegging av arbeidsplasser og bolig, samt tverrfaglig samarbeid og lobbyvirksomhet. Kategoriene angir hvilke temaer som belyses under intervjuene (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010).

Det fjerde og siste trinnet omhandler å sammenfatte materialet. Sammenfatning innebærer å skape nye begreper og beskrivelser (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). Her ble kategoriene fordelt i hovedtemaene som er presentert i tabellen nedenfor.

Tabell 3: Oversikt over temaer og kategorier

Hovedtema	Personens behov, ønsker og ressurser	Aktivitet og deltakelse	Tilrettelegging av omgivelser	Samarbeid
Kategorier	Kartlegging av person	Kartlegging av aktivitet	Universell utforming	Tverrfaglig samarbeid
	Brukermedvirkning	Tilrettelegging med hjelpemidler og velferdsteknologi	Tilrettelegging av arbeidsplasser og bolig	Lobbyvirksomhet
		Forebyggende helsearbeid		

2.7 Artikkelsøk

Det ble utført litteratursøk før gjennomføring av intervjuene, hvor hensikten var å undersøke tidligere forskning og ergoterapeuters relevans i det helsefremmende arbeidet. Databasene som ble benyttet er: Medline, Pubmed og Cinahl. Søkeordene ble utarbeidet systematisk etter nøkkelord fra problemstillingen.

I en undervisning om litteratursøk ble det anbefalt å fokusere på forskningsartiklenes abstrakt.

Det var tidsbesparende og medførte ekskludering av artikler som ikke var relevante. NTNU Universitetsbibliotek Oria ble benyttet til å undersøke om forskningsartiklene var fagfellevurderte. I denne prosessen ble flere av artiklene utelukket, da de manglet fagfellevurdering i henhold til NTNU Universitetsbibliotekets anbefalinger til riktig bruk av kilder (NTNU, 2020).

Artikler som har blitt benyttet i tidligere forskning, ergoterapeuters relevans og i diskusjonsdelen. Disse er Wood, Fortune and Mckinstry (2013), Quick et al. (2010), Donnelly et al. (2016), Holmberg og Ringsberg (2014), Johansson et al. (2010), Tucker et al. (2014), Scriven og Atwal (2004), Muir (2012) samt Thibeault og Hébert (1997).

I forbindelse med det sosialkonstruktive perspektivet ble artikkelen til Creswell (2009) benyttet hvor artikkelen ble hentet fra ressurslitteraturen. Artikkelen til Law et al. (1996) har blitt benyttet til PEO- modellen etter tips fra veileder.

Søkeord og kombinasjoner som ble anvendt i Medline var: Health promotion OR health promotion work AND occupational therapy AND primary health care AND municipality. Det resulterte i 13 treff, hvor artiklene fra Wood, Fortune and Mckinstry (2013) samt Quick et al. (2010) ble benyttet.

Videre ble Donnelly et al. (2016) funnet i Medline, hvor søkeord og kombinasjoner var: primary healthcare OR municipal health service AND occupational therapy OR occupational therapists AND health promotion OR public health. Det resulterte i 25 treff.

Holmberg og Ringsberg (2014) ble funnet i databasen Pubmed. Søkeord og kombinasjoner var: health promotion AND health service AND contribute AND health professionals AND occupational therapy. Antall treff var 22. Artikkelen til Johansson et al. (2010) ble også benyttet og funnet i Pubmed. Søkeord og kombinasjoner som ble brukt: health promotion AND health service AND health care professionals AND occupational therapists AND disease prevention. Det resulterte i 4 treff.

Tucker et al. (2014) ble også benyttet etter å ha gjennomført søk i databasen Pubmed med følgende søkeord og kombinasjoner: occupational therapy AND health promotion AND professional role. Antall treff var 59.

Scriven og Atwal (2004) ble funnet etter gjennomført søk i databasen Cinahl med følgende søkeord og kombinasjoner: occupational therapists AND health promotion AND primary health. Antall treff 34.

Artikkelen til Muir (2012) ble også funnet i databasen Cinahl. Søkeord og kombinasjoner som ble benyttet: occupational therapy AND primary health care AND professional role AND healthcare. Det resulterte i 44 treff.

Thibeault og Hébert (1997) ble benyttet fra søk i databasen Cinahl med følgende søkeord og kombinasjoner: occupational therapy or occupational therapists or ot AND health promotion AND health model. Antall treff var 20.

2.8 Forskningsetikk

Informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskernes rolle ble brukt som ramme i utarbeidelse av studien (Brinkmann og Kvale, 2015). Informantene fikk tilstrekkelig og forståelig informasjon på forhånd om prosjektets formål; skriftlig via informasjonsskrivet på email og muntlig via Microsoft Teams før intervjuet. Informantenes rett til autonomi og selvbestemmelse ble tatt hensyn til ved at informasjonsskrivet informerte om at det var frivillig å delta, og at det ikke ville medføre noen negative konsekvenser ved å ikke delta eller trekke samtykke tilbake. Informantene som var villige til å delta sendte samtykkeskjemaet i retur. Den etiske siden ved planlegging omhandler å innhente informert samtykke (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). Informasjonsskrivet informerte informantene også om at forskerne, veileder og emneansvarlig har tilgang på opplysningene, at datamaterialet transkriberes anonymisert, at lydopptaket slettes etter transkripsjon og at alle personopplysninger slettes ved prosjektslutt. Informantenes konfidensialitet ble beskyttet ved å anonymisere navn, alder, arbeidsplass og kommune. Konfidensialitet er private data som gjør at man ikke kan avsløre hvem som har deltatt i studien (Brinkmann og Kvale, 2015).

Under transkripsjon og analysering av data ble konfidensialitet også tatt hensyn til ved å dokumentere funnene så representativt og nøyaktig som mulig. Samtidig har resultatene blitt kontrollert og validert på best mulig måte, ved å fortolke materialet i fellesskap. I forkant av

intervjuene dannet forskerne seg et teoretisk grunnlag for å få en forståelse av temaet. Forskerens moralske rolle øker i forbindelse med et intervju, da intervjueren selv er den som innhenter kunnskapen (Brinkmann og Kvale, 2015). Prosjektet er godkjent i Norsk senter for forskningsdata (NSD) med referansenummer 914763.

2.9 Reliabilitet og validitet

2.9.1 Reliabilitet

Et grunnleggende spørsmål i all forskning er datas reliabilitet (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). Reliabilitet omhandler resultatenes troverdighet til studiens datamaterialet, og studien er reliabel dersom andre forskere kan få de samme resultatene på et annet tidspunkt (Brinkmann og Kvale, 2015).

For å styrke studiens reliabilitet har intervjuene blitt utført med en sosialkonstruktiv tilnærming og en intervjuguide med objektive og åpne spørsmål. Det medfører at informantene kan ytre sine synspunkter uavhengig av hvem som stiller spørsmål (Creswell, 2009). Utskrift av transkripsjonen har også blitt utført for å muliggjøre en grundig gjennomgang i fellesskap. Kontrollering av at det ikke inneholder åpenbare feil kan medføre økt reliabilitet (Creswell, 2009). Den fenomenologiske analysen har også blitt utført og gjennomgått i fellesskap. Her ble det transkriberte tekstmaterialet med de ulike kodene sammenlignet, for så å kunne plassere dem i ulike kategorier. Forskerne kan sikre reliabilitet ved å forsikre seg om at de har tolket riktig betydning av kodene (Creswell, 2009). Kategorisering kan i en viss grad også styrke intervjuerens reliabilitet (Brinkmann og Kvale, 2015). Samtidig har forskerne gitt leseren en inngående og detaljert beskrivelse av fremgangsmåten for hele forskningsprosessen (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010).

2.9.2 Validitet

Validitet betyr gyldighet og kontrolleres ved å undersøke feilkilder (Brinkmann og Kvale, 2015). Studiens validitet avhenger av tidligere forskning på området, og i hvilken grad metoden er egnet til å undersøke det den faktisk skal undersøke. Informantenes troverdighet, intervjuenes kvalitet, intervjuguiden, transkripsjonen og dataanalysen kan også påvirke studiens validitet (Brinkmann og Kvale, 2015).

Studien har definert problemstillingen på bakgrunn av kunnskapshull som belyses i tidligere forskning, som bekreftet et behov for å flere studier om kommuneergoterapeuter i det helsefremmende arbeidet. En undersøkelses gyldighet avhenger av hvor logisk utledningen fra teori til forskningsspørsmålet er (Brinkmann og Kvale, 2015). Samtidig har det kvalitative forskningsintervjuet vært hensiktsmessig til å undersøke kommuneergoterapeutenes kompetanse i det helsefremmende arbeidet, da studien var ute etter deres synspunkter på temaet. På bakgrunn av dette kan den kvalitative forskningsmetoden gi gyldig, vitenskapelig kunnskap (Brinkmann og Kvale, 2015). Videre kan godkjenning av intervjuguiden fra veileder ha styrket studien, da det sikret flere relevante spørsmål for å besvare problemstillingen. I følge Kvale og Brinkmann (2015) kan validiteten sikres dersom spørsmålene som stilles i intervjuguiden er gyldige.

Under begge intervjuene ble de samme temaene belyst, hvor flere av informantene uttrykte de samme synspunktene, som i følge Creswell (2009) kan styrke studiens validitet. Den kan også styrkes ved å transkribere datamaterialet i fellesskap, da det kan medføre logiske fortolkninger av datamaterialet (Brinkmann og Kvale, 2015). En detaljert beskrivelse av funnene kan også styrke validiteten (Creswell, 2009). Funnene ble presentert i form av eksempler på informantenes uttalelser, samt ulike perspektiver på et tema. Et eksempel på sistnevnte er: *“Flere av informantene belyste at de også har kompetanse på tilrettelegging av arbeidsplasser og sykefraværsproblematikk. Samtidig mente flere at de kunne ha vært en viktigere bidragsyter her dersom de også hadde gitt ut informasjon og holdt kurs”*.

3.0 Resultat

Resultatdelen presenterer funnene fra fokusgruppeintervjuene som belyser kommuneergoterapeuters kompetanse i det helsefremmende arbeidet. Resultatene er delt inn i fire hovedtemaer med subkategorier. Det første temaet er *personens behov, ønsker og ressurser* med subkategorien *kartlegging av person*. Det andre temaet er *aktivitet og deltakelse* med subkategoriene *tilrettelegging med hjelpemidler og velferdsteknologi*, samt *forebyggende helsearbeid*. Det tredje temaet er *tilrettelegging av omgivelser* med subkategorien *universell utforming og tilrettelegging av arbeidsplasser og bolig*. Til slutt presenteres temaet *samarbeid*.

3.1 Personens behov, ønsker og ressurser

Kartlegging av person

Informantene bekreftet at de har et stort fokus på brukermedvirkning på individnivå. Det ble samtidig nevnt at brukermedvirkning er en grunnleggende faktor for å oppnå empowerment. Informantene belyste videre at de kartlegger hva som kan fremme helse og livskvalitet ved å fokusere på personens ressurser, potensialet og mestringsfølelse. Flere av informantene bekreftet viktigheten av en grundig kartlegging for å bidra til å kunne styrke menneskers ressurser. Kartleggingen gir svar på om personen har behov for veiledning, trening eller tilrettelegging.

Det ble også fortalt at de kartlegger personens mål for eget liv, da det er viktig å ha mål å strekke seg etter. En informant sa: *“Vi bruker COPM når vi skal kartlegge brukeres mål, så målene er jo valgt av brukeren og ikke noe vi finner på”*. Ergoterapeuter setter alltid bruker i fokus, hvor de stiller spørsmål som eksempelvis *“hva er viktig for deg?”*. Under temaet om kartleggingsverktøy ble det også nevnt at ergoterapeuter benytter seg av EuroQol Questionnaire (EQ-5D), hvor bruker kategoriserer nåværende helsestatus. Dersom vedkommende har behov, kan ergoterapeuter muliggjøre forbedring ved bruk av ulike intervensjoner.

3.2 Aktivitet og deltakelse

3.2.1 Kartlegging av aktivitet

Flere av informantene var enige om at aktivitetsanalyse er deres særegne, hvor de vurderer kvalitet i aktivitetsutførelse ved å fokusere på flere deler av aktiviteten. En informant ga et eksempel: *“Vi fokuserer ikke kun på brukerens utførelse av å vaske ansiktet under morgenstell, men også på å finne frem vaskeklut og klær”*. Ergoterapeuter ser aktivitetens helhet med “ergoterapibriller” i forhold til hva som hemmer eller fremmer aktivitet og deltakelse. De muliggjør deltakelse ved å observere, veilede og trene via aktiviteter. Samtidig ble det nevnt at aktiviteten må være meningsfull for at brukeren skal ha et ønske om å utføre den.

Informantene belyste at daglige gjøremål blir brukt som treningsarena, hvor det ble påpekt at ergoterapeuter benytter kartleggingsverktøyet Aktiviteter i dagliglivet (ADL), hvor fokuset omhandler selvstendig utførelse av aktivitet. Informantene var enige i at selvstendig utførelse gir god effekt ved å opprettholde eller forbedre ressurser, som igjen kan muliggjøre mestringsfølelse. Aktivitetsperspektivet deres øker menneskets mulighet til å være i aktivitet, treffe andre og delta i samfunnet.

3.2.2 Tilrettelegging med hjelpemidler og velferdsteknologi

Informantene belyste at de tilrettelegger aktiviteter med hjelpemidler og velferdsteknologi for at mennesker kan utnytte ressursene sine og delta i meningsfulle aktiviteter. Tilretteleggingen inkluderer veiledning, trening og opplæring av hjelpemidler for å fremme selvstendig utførelse av aktiviteter.

Flere av informantene bekreftet at velferdsteknologi og hverdagsmestring kan medføre at mennesker kan bo hjemme lenger. Samtidig ble det nevnt at ergoterapeuter bør ha et større fokus på å gi ut informasjon til mennesker om velferdsteknologiske løsninger før de eventuelt blir dårligere, og får et større hjelpebehov. Informasjonen kan omhandle hvem de kan henvende seg til eller hvordan de kan bruke ulike løsninger. Det ble også fortalt at tilrettelegging med hjelpemidler fremmer brukernes helse ved at de kan ha noe å støtte seg til for å kunne utføre aktiviteter. Det betrygger mennesker i forhold til fall. Tilrettelegging i forhold til barn var også et tema ble belyst, hvor det ble nevnt at det er viktig med blant annet hjelpemidler for å muliggjøre barns deltakelse i lek eller annen aktivitet på lik linje med andre.

Det ble også påpekt at ergoterapeuter har kompetanse på aktivitetsavpasning som medfører at mennesker unngår å slite seg ut på unødvendige aktiviteter. De kan dermed utføre aktiviteter som er meningsfulle. Tilretteleggingen omhandler blant annet pauser og hjelpemidler. Samtidig ble det nevnt at ergoterapeuter sørger for energiøkonomisering ved å tilrettelegge med eksempelvis en sykehusseng, hvor det i enkelte tilfeller er helsefremmende for både

bruker og helsepersonell: bruker sparer krefter og helsepersonellet unngår å slite seg ut på arbeidsplassen sin.

3.2.3 Forebyggende helsearbeid

Flere av informantene bekreftet deres kompetanse i det forebyggende helsearbeidet. Temaet belyste at ergoterapeuter bør fokusere mer på den friske gruppen som ikke har noen nåværende utfordringer, da det er hensiktsmessig å gjøre dem i stand til å ta eventuelle valg senere. Her ble det påpekt at de kan bidra med å gi informasjon om hva som finnes i kommunen. Flere påpekte også at kompetansen deres er viktig i det forebyggende helsearbeidet. I forhold til dette ble det nevnt at ergoterapeuter bidrar med ulike løsninger på problemstillinger som kan dukke opp for eldre, med tanke på syn, hørsel og balansetrening. Kognitiv trening ble også nevnt, hvor treningen omhandler hjerneslagpasienter og andre med hodeskader med behov for å trene oppmerksomhet, konsentrasjon, synsfeltutfall og andre utfordringer. Videre ble det fortalt at ergoterapeuter også kan bidra til trening i forhold til sanser, og at de kan være syn - og hørselskontakt.

Det ble også belyst at samfunnet kan spare én million kroner dersom ergoterapeuter forebygger to hoftebrudd, i tillegg til at det fremmer vedkommende sin helse ved å blant annet unngå utvikling av andre type skader. Samtidig ble det fortalt: *“vi har kompetansen til å tilrettelegge for at folk skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Det er viktig for både brukerne og samfunnsøkonomien å forebygge langtidsplasser”*. I denne sammenheng ble det nevnt at langtidsplasser kan unngås i større grad ved eksempelvis hverdagsrehabilitering og trening, slik at mennesker får et mindre behov for hjelp.

3.3 Tilrettelegging av omgivelser

3.3.1 Universell utforming

Informantene fortalte at kompetansen deres inkluderer å tilrettelegge omgivelser med hensyn til universell utforming, og at det er nødvendig for deltakelse. Informantene bekreftet at de kan videreformidle kunnskap om universell utforming til arkitekter og byggingeniører, hvor en informant sa: *“Vi kan brukes som en fagkunnskap hvis det skal gjøres om på et bygg eller bygges ny barnehage, tursti, skole, forsamlingslokalet eller utearena”*.

En informant fortalte: *“Vi prøver å tilrettelegge for alle fordi det nettopp skal være likhet for alle”*. Samtidig ble det nevnt at kommuneergoterapeuter hovedsakelig tilrettelegger for bevegelseshemmede, hvor de kan utnytte kompetansen sin ved å tilrettelegge for alle med funksjonsnedsettelse. Det ble likevel påpekt at ergoterapeuters kompetanse på syn - og hørselshemmede muliggjør tilretteleggelse av lokaler med hensyn til syn, hørsel og akustikk, for at flere kan ta dem i bruk. Temaet belyste samtidig et eksempel på at små kommuner ikke lager ledelinjer for synshemmede, men fokuserer på terskler og rullestoltilpasning.

Et annet tema som kom tydelig frem i forhold til universell utforming var ergoterapeuters bidrag på individ - og samfunnsnivå. Informantene var enige om at de har kompetanse på begge områder, men flere nevnte at arbeidsstillingen deres ikke inkluderer utforming av offentlige omgivelser. En informant sa: *“Vi jobber mer på individnivå og det er det som er så synd!”*.

3.3.2 Tilrettelegging av arbeidsplasser og bolig

Flere av informantene belyste at de har kompetanse på tilrettelegging av arbeidsplasser og sykefraværspromatikk. Samtidig mente flere at de kunne ha vært en viktigere bidragsyter dersom de også hadde gitt ut informasjon og holdt kurs. Flere nevnte samtidig boligtilpasning som et kompetanseområde, hvor målet er at mennesker skal klare seg selvstendig med minst mulig hjelp og at de skal kunne bo hjemme lengst mulig. Riktig tilrettelegging kan hindre eller utsette at mennesker kommer på institusjon.

3.3.3 Samarbeid

Informantene belyste at det tverrfaglige samarbeidet hovedsakelig omhandlet fysioterapeuter, hjelpemiddelteknikere, hjemmetjenesten og miljøterapeuter. Det ble påpekt at ergoterapeuter deltar i møter, hvor de formidler budskap til hjemmetjenesten som jobber fysisk med brukerne hver dag. Samarbeidet bidrar i større grad til at brukere kan utføre aktiviteter selvstendig, ved at ergoterapeuter lager prosedyrer til eksempelvis hjemmetjenesten på hvordan de skal utføre blant annet dusj eller morgenstell. Det ble også nevnt at noen ergoterapeuter inkluderes i politiske møter én gang i året, hvor det ble påpekt at de kan støtte rehabilitering og ergoterapifaget. Det ble samtidig nevnt at de kunne bidratt i større grad.

Informantene bekreftet at samarbeidet er nødvendig for å fremme helse, da det medfører å få løst henvendelser helhetlig i forhold til personens liv og hverdag. Flere av informantene påpekte også at det vil være mange flere mennesker på institusjon i årene fremover uten kommuneergoterapeuters bidrag. Samtidig ble det påpekt at ergoterapeuters kompetanse er til stor fordel i samarbeidet ved at de er løsningsorienterte og tenker kreativt, blant annet i forhold til velferdsteknologi og hjelpemidler.

Det ble også påpekt at ergoterapeuters fokus på menneskets ressurser og ferdigheter er til stor fordel i samarbeidet, da det fremmer brukernes helse. Her ble det fortalt at det vil komme et generasjonsskifte i samfunnet med flere kulturer og nasjonaliteter, som kan medføre andre skikker og mønstre å jobbe etter. Det ble belyst at ergoterapeuter kan bidra til å skape kulturendring, hovedsakelig på arbeidsplassen, ved å vise kompetansen sin. Målet er å muliggjøre at andre yrkesgrupper får en større forståelse for ergoterapi, hvor de lar brukere utføre aktiviteter selvstendig.

4.0 Diskusjon

Diskusjonsdelen presenteres i to deler med en resultatdiskusjon først, og deretter en metodediskusjon.

4.1 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen drøftes resultatene fra gruppeintervjuene og ergoterapeutenes kjernekompetanse opp mot det helsefremmende arbeidet.

4.1.1 Person

Sosioøkologisk tilnærming

Resultatene viser tydelig ergoterapeuters kjernekompetanse om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser, som kan sees på som en sosioøkologisk tilnærming til helse. En sosioøkologisk tilnærming medfører en grundig kartlegging av hva som påvirker helsen ved å fokusere på koblingen mellom mennesker og deres miljø (WHO, u.å.e; Tucker *et al.*, 2014). Den helhetlige tilnærmingen er viktig for å kartlegge miljøets innflytelse på helsen samtidig som at den hjelper mennesker til å oppnå helse (Tucker *et al.*, 2014).

Aktivitetsanalyse

Intervjuene belyser at kommuneergoterapeuter benytter den helsefremmende strategien enable til å utvikle brukernes ferdigheter, da de utfører en grundig kartlegging som gir svar på om personen har behov for veiledning, trening eller tilrettelegging. Sett fra et helsefremmende perspektiv, er det viktig å avklare og utvikle faktorer som styrker helse (Green *et al.*, 2019). Kommuneergoterapeuter benytter aktivitetsanalyse til å observere faktorer som fremmer og/eller hemmer deltakelse for bruker, hvor de fokuserer på brukernes ressurser samtidig som at de veileder. Helsefremmende arbeid støtter personlig og sosial utvikling gjennom å gi informasjon, helseopplæring og styrke livsferdigheter (WHO, u.å.e). Det øker muligheten for at mennesker skal kunne utøve mer kontroll over egen helse og sine omgivelser, og å ta valg som bidrar til helse (WHO, u.å.e). Resultatene viser at kommuneergoterapeuter muliggjør at brukere kan oppnå empowerment ved å gi fra seg kontrollen til bruker. Det sikrer at nøkkelstrategien blir brukt tilstrekkelig for å sikre at bruker kan oppnå sitt fulle helsepotensial.

Brukermedvirkning

I kartleggingsfasen benytter kommuneergoterapeuter også den helsefremmende nøkkelstrategien advocate ved å legge til rette for brukermedvirkning på individnivå, som muliggjør deltakelse. Intervjuet belyser at kommuneergoterapeuter fokuserer på brukeres behov, ønsker og mål for eget liv som medfører at vedkommende kan påvirke beslutninger. Brukermedvirkning muliggjør at mennesker kan oppnå nødvendig atferdsendring for å gjenopprette meningsfulle aktiviteter (Tucker *et al.*, 2014). Brukermedvirkning bidrar samtidig til empowerment, da det motvirker en maktskjevhet mellom kommuneergoterapeut og bruker. Det bidrar også til at forventninger og holdninger kan komme til uttrykk.

Befolkningsmedvirkning

Det helsefremmende arbeidet bygger samtidig på en demokratisk medvirkning fra befolkningen (Mæland, 2016). Resultatene viser at kommuneergoterapeuter bidrar til at brukere kan påvirke beslutninger og ta kontroll over eget liv, men at de ikke bidrar til det helsefremmende handlingsområdet som omhandler samfunnsaksjon. Samfunnsaksjon krever at samfunnet skal oppnå empowerment og at alle medlemmer i samfunnet skal inkluderes for å styrke offentlig deltakelse (WHO, u.å.e). Alle skal kunne bidra med prioriteringer, beslutninger, strategier og implementering for å oppnå bedre helse (WHO, u.å.e).

Kommuneergoterapeuter involverer likevel enkeltindivider i beslutninger, planlegging og implementering av tiltak, da de påpeker at bruker velger mål, er i fokus og at de stiller spørsmålet: “hva er viktig for deg?”. Menneskets vilje til å delta er kanskje den viktigste måten å involvere dem det gjelder, og det krever et aktivt samarbeid med forventninger og holdninger (Mæland, 2016). Rootman et al. (2001) foreslår at hovedkriteriet for å bestemme om en intervensjon kan vurderes som helsefremmende, innebærer i hvilken grad samfunnet eller individet styrkes eller blir involvert i prosessen (Rootman *et al.*, 2001).

4.1.2 Aktivitet

Tilrettelegging med hjelpemidler og velferdsteknologi

Resultatene bekrefter at kommuneergoterapeuter benytter strategien enable til at brukere kan utvikle personlige ferdigheter, ved å tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter med hjelpemidler og velferdsteknologi. Selv om ikke alle helsefremmende programmer legger vekt på at aktiviteter bidrar til sosial rettferdighet, er det fremdeles en underliggende antagelse (Thibeault og Hébert, 1997). Thibeault og Hébert (1997) skriver at det å fremme helse ikke kan skilles fra å fremme sosial rettferdighet. Kommuneergoterapeuters bidrag til rettferdighet belyses ved at de tilrettelegger med hjelpemidler som blant annet kan muliggjøre barns deltakelse i lek, eller annen aktivitet på lik linje med andre. Samtidig som at de bidrar til at mennesker kan oppnå og opprettholde autonomi, ved å muliggjøre en aktiv og meningsfull livsstil. Det helsefremmende arbeidet ønsker å fremme maksimal uavhengighet og verdighet for alle samfunnsmedlemmer i sine egne omgivelser (Thibeault og Hébert, 1997).

På en annen side viser resultatene at kommuneergoterapeuter hovedsakelig arbeider med mennesker som allerede har utviklet sykdom. I det helsefremmende arbeidet er det viktig å muliggjøre at mennesker lærer å forberede seg på livets stadier i løpet av livet, for å senere kunne takle kronisk sykdom og skade (WHO, u.å.e). Resultatene viser ikke til at kommuneergoterapeutene arbeider på dette området. Det blir derimot påpekt at de bør ha et større fokus på å gi ut informasjon og opplæring, om velferdsteknologiske løsninger før

brukere eventuelt får et større hjelpebehov. Det helsefremmende arbeidet innebærer tiltak som sikrer likeverd ved å ha lik tilgang på informasjon (WHO, u.å.a).

Forebyggende helsearbeid

Studien viser at kommuneergoterapeuter mener at det forebyggende helsearbeidet er helsefremmende. Forebygging innebærer både å fremme folks helse og livskvalitet, samt å redusere risiko for sykdom og skade (Mæland, 2016). Hovedforskjellene mellom forebygging og helsefremmende arbeid er at forebygging tar hensyn til patogenesis, mens helsefremmende arbeid kun fokuserer på salutogenesis. Samtidig innebærer det forebyggende arbeidet en mer individbasert tilnærming (Mæland, 2016). Det helsefremmende arbeidet derimot, retter fokuset mer på samfunnet (Scriven og Atwal, 2004). I følge Mæland (2016) gir forebyggende tiltak som gir stor befolkningsgevinst, liten eller ingen uttelling for de fleste. Samtidig medfører en innsats for enkeltindivider, liten betydning for folkehelsen (Mæland, 2016). På bakgrunn av dette kan det tyde på at kommuneergoterapeuter ikke er klar over definisjonen av helsefremmende arbeid, og hva det konkret omhandler.

På den andre siden kan ikke faktorer som styrker helse alene muliggjøre menneskets fulle helsepotensial, da livskvaliteten synker ved sykdom, og økes ved forebygging (Green *et al.*, 2019). Forebygging resulterer i at mennesker oppnår velvære og rettferdig (Green *et al.*, 2019). Arbeidsmåten inkluderes i det helsefremmende arbeidet, og det er en betydelig overlapping mellom dem, da forebyggende - og helsefremmende arbeid deler mange mål (WHO, u.å.f).

4.1.3 Omgivelser

Tilrettelegging av omgivelser

Kommuneergoterapeuter benytter strategien *enabling* til å skape støttende miljøer både på individ - og samfunnsnivå. De tilrettelegger arbeidsplasser, boliger og omgivelser med hensyn til universell utforming. På samfunnsnivå omhandler tilretteleggingen fysiske omgivelser med hensyn til universell utforming. En avgjørende faktor for at mennesker skal få oppfylt retten til aktivitet og deltakelse, er ergoterapeuters kompetanse om prinsippene for Universell utforming (Ergoterapeutene, u.å).

Samtidig viser resultatene at kommuneergoterapeuter arbeider mer på individnivå.

Det kan ha sammenheng med at de ergoterapeutiske klientsentrerte modellene ikke samsvarer fullstendig med det helsefremmende arbeidet, da de hovedsakelig benyttes på enkeltindivider, samtidig som at de har mulighet til å brukes på samfunnsnivå (Thibeault og Hébert, 1997). På en annen side er det helsefremmende å utføre klientsentrert praksis på individnivå, da modellene er integrert for å bygge terapeutiske relasjoner som støtter brukere i å identifisere hvilke aktiviteter som har betydning for dem, samt å etablere deres personlige definisjon av livskvalitet (Tucker *et al.*, 2014). Samtidig viser resultatene at kommuneergoterapeuter bør utnytte kompetansen sin bedre. De som er villige til å utvide kompetansen sin fra individ – til samfunnsnivå kan bidra til å utvikle seg i det helsefremmende arbeidet (Thibeault og Hébert, 1997).

Resultatene viser også at strategien enable ikke blir benyttet tilstrekkelig, da tilretteleggingen hovedsakelig omhandler bevegelseshemmede. På den andre siden har ergoterapeuter kompetanse på syn - og hørselshemmede, hvor de tilrettelegger lokaler med hensyn til syn, hørsel og akustikk for at flere kan ta dem i bruk. Det helsefremmende arbeidet vektlegger å skape miljøer som lar alle mennesker fungere fritt i samfunnet (Thibeault og Hébert, 1997). Ergoterapeuter muliggjør samtidig ikke at befolkningen kan oppnå sitt fulle helsepotensial, da resultatene ikke belyser at de involveres i beslutninger før utforming av eksempelvis bygg. I det helsefremmende arbeidet er nøkkelen for å mestre eget liv alltid menneskets oppnåelse av empowerment (WHO, u.å.e).

På den andre siden muliggjør kommuneergoterapeuter at mennesker kan oppnå empowerment på individnivå, ved å tilrettelegge arbeidsplasser og boliger. Her er det bruker som setter mål og gir føringer for hva vedkommende har behov for. Trygge, stimulerende og tilfredsstillende arbeids - og leveforhold, er vesentlig i det helsefremmende arbeidet (WHO, u.å.e). Samtidig viser resultatene at de kunne bidratt mer på tilrettelegging ved å gi ut informasjon og å holde kurs. Tilgang på informasjon er nødvendig i det helsefremmende arbeidet for personlig og sosial utvikling, for at mennesker skal kunne utøve mer kontroll over egen helse og sine omgivelser, og å ta valg som bidrar til helse (WHO, u.å.e).

4.1.4 Samarbeid

Tverrfaglig samarbeid

Resultatene viser at kommuneergoterapeuter bidrar til mediating i det tverrfaglige samarbeidet med helsepersonell, arkitekter og byggingeniører. Helsefremmende arbeid involverer samarbeid som krever mange sektorer som støtter helse sammen, da forutsetningene og mulighetene for helse ikke kan sikres av helsesektoren alene (WHO, u.å.a). Ergoterapeuter kan tjene som sentrale fagpersoner i denne prosessen (Tucker *et al.*, 2014). Resultatene viser at kommuneergoterapeuters tverrfaglige samarbeid innebærer møter for at brukere kan oppnå helse. Det tverrfaglige samarbeidet omhandler også å lage prosedyrer på hvordan hjemmesykepleien skal utføre eksempelvis morgenstell eller dusj hos brukere, hvor målet er å fremme selvstendig utførelse av dagligdagse aktiviteter. En aktiv og meningsfull livsstil kan videre medføre at vedkommende oppnår og opprettholder uavhengighet i personlig pleie (Thibeault og Hébert, 1997).

Samtidig belyser resultatene at mediating kan benyttes i større grad for at brukere kan utføre aktiviteter selvstendig og oppnå helse. Resultatene tilsier at kommuneergoterapeuter kan fremme kompetansen sin i samarbeidet for å oppnå kulturendring på arbeidsplassen, hvor målet er å muliggjøre at andre yrkesgrupper ikke utfører aktiviteter for bruker. I følge Law et al. (1996) kan ikke den kulturelle bakgrunnen endres, men de kulturelle synspunktene og praksisen kan endres dersom de ønsker. Samtidig er den første oppgaven til helsepersonell som handler innenfor en annen kultur, å bli grundig kjent med verdiene, tradisjonene og å overholde reglene (Thibeault og Hébert, 1997). Kulturendring er dermed ikke helsefremmende, da strategier bør tilpasses ulike kulturer (WHO, u.å.a). Det helsefremmende arbeidet innebærer å respektere og støtte kulturelle behov for et sunnere liv (WHO, u.å.e).

Lobbyvirksomhet

Resultatene viser også at kommuneergoterapeuter muliggjør advocacy ved å delta i politiske møter. Helsefremmende arbeid går utover helsevesenet, da det setter helse på agendaen til beslutningstakere i alle sektorer og på alle nivåer (WHO, u.å.e). Kommuneergoterapeuter bidrar til å bygge helsefremmende politikk ved å fremme ergoterapifaget, da tidligere forskning og denne diskusjonsdelen viser at ergoterapeuters kjernekompetanse inneholder flere av strategiene i det helsefremmende arbeidet. Formidling av budskap kan sikre helsefremmende offentlige tjenester (WHO, u.å.e). Helsefremmende politikk krever

identifisering av hindringer i helse og måter å fjerne dem på, for å innføre sunn offentlig politikk utenfor helsesektoren (WHO, u.å.e). Målet er at ulike beslutningstakere skal ha muligheten til å ta de beste helsemessige beslutningene for samfunnet (WHO, u.å.e). Samtidig viser resultatene at kommuneergoterapeuters politiske bidrag kunne vært av større betydning dersom de hadde bidratt mer. Helsepersonell som talsmenn kan være et kraftig verktøy for å gjenopprette kontroll på et lokalt nivå, da programmer som er iverksatt av regjeringen ikke alltid passer samfunnsmedlemmenes behov (Thibeault og Hébert, 1997).

Resultatene viser også at kommuneergoterapeuter fremmer rehabilitering i politiske møter. Rehabilitering legger sterk vekt på forebygging og tidlige tiltak (Helsedirektoratet, 2020; Green *et al.*, 2019). Tiltakene muliggjør at mennesker kan optimalisere funksjon og redusere funksjonsnedsettelse, i samspill med omgivelsene (WHO, 2020). Rehabilitering inngår på denne måten i det helsefremmende arbeidet, da målet er å utnytte enkeltpersoners potensialet for å muliggjøre en sunn livsstil (Scriven og Atwal, 2004). Samtidig er målet i rehabilitering å mestre livet, samt deltakelse sosialt og i samfunnet, hvor helsetjenesten bidrar til å realisere personens mål (Tuntland, 2011).

4.2 Metodediskusjon

Metodedelen omhandler en refleksjon over egne valg og konsekvenser av disse. Først presenteres valget av den kvalitative metoden og metodens begrensninger. Videre presenteres studiens prosess, og til slutt presenteres anvendelse og praktiske implikasjoner av resultatene.

4.2.1 Valg av metode

Kvalitativ forskningsmetode

Den kvalitative forskningsmetoden ble valgt, da den gir svar på menneskelig erfaring som var hensiktsmessig i forhold til studiens problemstilling. Metoden kan dermed gi gyldig, vitenskapelig kunnskap (Brinkmann og Kvale, 2015). På bakgrunn av at tilnærmingen innebærer å stille spørsmål og deretter lytte etter hva som blir sagt, kan det medføre at informantene er mer delaktig gjennom å skape mening og forståelse om temaet. I følge Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) gir metoden en større frihet for informantene til å uttrykke seg. Metoden var også hensiktsmessig på bakgrunn av at det var behov for å få en større forståelse for temaet (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010).

På den andre siden innebærer metoden begrensninger ved at kommuneergoterapeuters kompetanse i det helsefremmende arbeidet endres over tid, noe som kan medføre utfordringer for andre forskere å komme frem til samme resultatet på et annet tidspunkt. På bakgrunn av at studien ikke har benyttet en strukturert datainnsamlingsteknikk, er det lite hensiktsmessig å måle reliabiliteten i kvalitativ forskning (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010).

Det sosialkonstruktive perspektivet kan også ha påvirket studiens reliabilitet, da forskerne kan ha tolket dataene grunnet egne erfaringer og bakgrunn. Det er ingen andre som har den samme erfaringsbakgrunnen som forskerne, og dermed ingen andre som kan tolke intervjuene på samme måte (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). Maktrelasjonen som oppstår i de kvalitative forskningsintervjuene kan også ha påvirket informantenes utsagn, da omgivelser påvirker informantenes tankesett, diskusjon og oppfatninger (Brinkmann og Kvale, 2015).

Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervjuer ble valgt, da det i følge Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) kan være enklere å komme med innspill i en mindre gruppe og dele erfaringer. På den andre siden kan en større gruppe belyse flere erfaringer, noe som ikke er tilfelle i denne studien grunnet gruppenes antall på tre informanter i hver. Et fokusgruppeintervju består som regel av seks til ti personer (Brinkmann og Kvale, 2015). Samtidig er det hensiktsmessig med en mindre gruppe, da det kan medføre at enkelte informanter får mer tid til å snakke og uttrykke seg (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). På den andre siden medførte gruppesamspillet en ulempe i forhold til det å ha kontroll på forløpet under intervjuene, da informantene belyste ulike temaer om hverandre. Det var utfordrende for både moderator og observatør å forholde seg til alt som ble sagt, og stille relevante oppfølgingsspørsmål. Det kunne derfor vært hensiktsmessig å benytte seg av individuelle intervjuer på bakgrunn av at det kan gi en mer oversiktlig samtale, samt mer utfyllende og detaljerte svar.

Fokusgruppeintervjuer ble likevel valgt på bakgrunn av at det bidrar til flere perspektiver på ett tema, og på grunn av at flere individuelle intervjuer medfører en tidkrevende prosess av transkripsjon av datamaterialet i etterkant. På den andre siden kan det livlige samspillet i fokusgruppeintervjuene medføre at transkripsjonen blir utfordrende (Brinkmann og Kvale, 2015).

4.2.2 Informanter

Sammenlignet med et høyere antall informanter, kan studiens omfang ha medført en grundigere tolkning av funnene på bakgrunn av studiens begrensning av tid. Det ble dermed valgt å begrense seg til færre enn ti, samtidig som at det ble anbefalt av emneansvarlig. På den andre siden tilsier litteraturen at et forskningsstudie skal inneholde 10-15 intervjuer, da det bidrar til å generalisere studien og utføre en grundig analyse av intervjuene (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010; Brinkmann og Kvale, 2015). Generalisering betyr at studien er overførbart, som innebærer å konkludere med at utvalgets resultat også gjelder for populasjonen (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010; Brinkmann og Kvale, 2015). Denne studien er ikke overførbart, da antall informanter er for få.

På bakgrunn av kommuneergoterapeuters varierende erfaringer fra eksempelvis utdanning, arbeidsplass og arbeidsstilling, har den sosialkonstruktive tilnærmingen medført nyanserte svar på problemstillingen. På den andre siden kunne utvalget i større grad ha medført nyanserte svar ved å inkludere informanter som arbeider med folkehelse, og dersom studien ikke inneholdt to informanter som arbeidet innenfor samme arbeidsområde. Selv om rekrutteringsprosessen som ble benyttet i studien gjør det mulig å velge ut informanter, lot det seg dessverre ikke gjennomføre på bakgrunn av manglende respons og begrenset tid.

Samtidig kan informanter som ikke er "eksperter" på feltet likevel bidra med mye informasjon om temaet (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010). "Eksperter" kunne samtidig hevdet seg, hvor andre ikke hadde turt å komme med innspill (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010).

4.2.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuguiden ble godkjent av veileder før gjennomføring av intervjuene, som sikret relevante spørsmål for å besvare temaet som skulle undersøkes. Samtidig burde intervjuguiden blitt gjennomgått grundigere flere ganger i etterkant. Det kunne videre hindret informantene i å villedes inn på temaer som ikke var relevante for problemstillingen.

Intervjuguiden burde ha blitt testet på hverandre eller noen andre før gjennomføring av intervjuene. Det medfører å få øvd på intervjusituasjonen og på håndtering av ulike svar, samt å få avklart om den valgte teknikken egner seg for å få svar på spørsmålene (Brinkmann og Kvale, 2015).

Retningslinjer i forhold til covid-19 medførte digital gjennomførelse av intervjuene. Det kan medføre tap av synlige kroppsspråk, gester eller kroppsholdning (Brinkmann og Kvale, 2015). Samtidig var det tidsbesparende for både informantene og forskerne. Under intervjuene kunne det vært hensiktsmessig å benyttet seg av to separate diktafoner i stedet for én, da det kan oppstå teknologisk svikt eller menneskelig feil. Det kan medføre dårlig lyd kvalitet eller mangel på dokumentasjon (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2010).

4.2.4 Anvendelse og implikasjoner av resultatene

Ettersom forskningsstudien inkluderer et fåtall av informanter som nevnt tidligere, er det ikke mulig å konkludere med at resultatene gjelder for resten av populasjonen. Samtidig stilles det krav om at kunnskapen ikke endres over tid, dersom studien skal omtales som overførbar (Brinkmann og Kvale, 2015). I denne studien er ikke dette tilfelle, da kommuneergoterapeutenes erfaringer og kunnskap stadig kan endres. På den andre siden kan studien være av interesse på bakgrunn av at den gjenspeiler tidligere forskning som belyser at det er behov for flere studier om temaet. Studien kan også bidra til at flere får en forståelse for kommuneergoterapeuters viktige bidrag i det helsefremmende arbeidet, at de bør få en tydeligere rolle og at det er nødvendig å inkludere dem mer på samfunnsnivå.

5.0 Konklusjon

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer for å belyse problemstillingen: Hvilken kompetanse mener kommuneergoterapeuter at de kan bidra med i det helsefremmende arbeidet?

Hensikten med studien var å undersøke synspunktene til kommuneergoterapeutene om deres kompetanse i det helsefremmende arbeidet.

Resultatene viser at kommuneergoterapeutene benytter strategien *enabling* på individnivå til å utvikle brukernes ferdigheter, ved å utføre en grundig kartlegging. Kartleggingen gir svar på om vedkommende har behov for veiledning, trening eller tilrettelegging. Det muliggjør videre utførelse av meningsfulle aktiviteter. Kommuneergoterapeutene bidrar også til deltakelse for befolkningen, ved å benytte seg av strategien *enabling* på individ - og

samfunnsnivå. De skaper støttende miljøer ved å tilrettelegge arbeidsplasser, boliger og omgivelser med hensyn til universell utforming. *Enabling* blir videre benyttet på individnivå slik at brukere kan utvikle personlige ferdigheter, ved å tilrettelegge med hjelpemidler og velferdsteknologi.

Kommuneergoterapeutene kan videre muliggjøre strategien *advocacy* på samfunnsnivå ved å delta i politiske møter for å fremme ergoterapifaget, som igjen kan sikre offentlige tjenester. De benytter også *advocacy* ved å legge til rette for brukermedvirkning på individnivå. Brukermedvirkning bidrar videre til empowerment, da det motvirker en maktskjevhet mellom kommuneergoterapeut og bruker. De anvender også strategien *advocacy* ved å delta i politiske møter for å fremme ergoterapifaget.

Resultatene viser også at strategien *mediating* blir benyttet på individnivå i det tverrfaglige samarbeidet. Kommuneergoterapeutene formidler helsefremmende budskap til andre yrkesgrupper, for at brukere kan oppnå helse i større grad.

Studien konkluderer med at kommuneergoterapeuter kan bidra i det helsefremmende arbeidet både på individ - og samfunnsnivå, men at de primært benytter seg av en individbasert tilnærming. Kjernekompetansen deres viser likevel en sterk tilknytning til det helsefremmende arbeidet. Samtidig er det nødvendig at kommuneergoterapeuter inkluderes i større grad og at de kan tilbys flere arbeidsstillinger, som videre kan medføre at de får en tydeligere rolle i det helsefremmende arbeidet. Det anbefales ytterligere forskning på temaet, da studien bestod av et fåtall av informanter samtidig som at det er et viktig tema å belyse.

6.0 Referanseliste

- Antonovsky, A. og Sjøbu, A. (2012) *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinkmann, S. og Kvale, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Creswell, J. W. (2009) *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3rd ed. utg. Los Angeles: SAGE.
- Donnelly, C. A. *et al.* (2016) Occupational therapy in primary care: Results from a national survey: L'ergothérapie dans les soins primaires : Résultats d'un sondage national, *Can J Occup Ther*, 83(3), s. 135-142. doi: 10.1177/0008417416637186.
- Ergoterapeutene (2017) *Ergoterapeuters kjernekompetanse*. Tilgjengelig fra: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/> (Hentet: 19 april 2021).
- Ergoterapeutene (2018) *Ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://ergoterapeutene.sharepoint.com/:w:/g/EZmYMwTeZVFHlj4s8xDDYwABRyvI0XWFQobjqHGmGyk8xQ?e=0pZTIIs> (Hentet: 19 april 2021).
- Ergoterapeutene (u.å) *Folkehelse og samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser*. Tilgjengelig fra: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/fagomrader-iergoterapi/ergoterapi-fagomradet-folkehelse/folkehelse-samspillet-person-aktivitetomgivelser/> (Hentet: 15 april 2021).
- Folkehelseloven (2011) *Lov om folkehelsearbeid*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29#KAPITTEL_2 (Hentet: 5 mai 2021).
- Gramstad, A. og Nilsen, R. (2017) Prioriterte områder for forskning blantkommuneergoterapeuter i Norge, *Ergoterapeuten*, Nr. 3, 2017. Tilgjengelig fra: [https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiles%2FVitenskapelige%2Fartikler%2FKommuneergoterapeuter i Norge nr 3 2017-2.pdf](https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiles%2FVitenskapelige%2Fartikler%2FKommuneergoterapeuter%2Fi%2FNorge%2Fnr%2F3%2F2017-2.pdf) (Hentet: 25 februar).
- 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.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Forskrift om habilitering og rehabilitering*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-161256#KAPITTEL_3 (Hentet: 8 mai 2021).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3

(Hentet: 12 april 2021).

Helsedirektoratet (2015) *Nasjonale veiledere*. Tilgjengelig fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/pasienter-med-cfsme-utredningdiagnostikk-behandling-rehabilitering-pleie-og-omsorg/CFS-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/pasienter-med-cfsme-utredningdiagnostikk-behandling-rehabilitering-pleie-og-omsorg/CFS-ME%20%E2%80%93%20Nasjonale%20veileder%20for%20utredning,%20diagnostikk,%20behandling,%20pleie%20og%20omsorg.pdf/_attachment/inline/63b695db-59b0-48e9-9da5-f49a4de282ba:35fd11d1509dd099b5bf142021e5813d10070553/CFS-ME%20%E2%80%93%20Nasjonale%20veileder%20for%20utredning,%20diagnostikk,%20behandling,%20pleie%20og%20omsorg.pdf)

[ME% 20% E2% 80% 93% 20Nasjonale% 20veileder% 20for% 20utredning,% 20diagnostikk,% 20behandling,% 20pleie% 20og% 20omsorg.pdf/ _attachment/inline/63b695db-59b0-48e9-9da5-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/pasienter-med-cfsme-utredningdiagnostikk-behandling-rehabilitering-pleie-og-omsorg/CFS-ME%20%E2%80%93%20Nasjonale%20veileder%20for%20utredning,%20diagnostikk,%20behandling,%20pleie%20og%20omsorg.pdf/_attachment/inline/63b695db-59b0-48e9-9da5-f49a4de282ba:35fd11d1509dd099b5bf142021e5813d10070553/CFS-ME%20%E2%80%93%20Nasjonale%20veileder%20for%20utredning,%20diagnostikk,%20behandling,%20pleie%20og%20omsorg.pdf)

[f49a4de282ba:35fd11d1509dd099b5bf142021e5813d10070553/CFS-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/pasienter-med-cfsme-utredningdiagnostikk-behandling-rehabilitering-pleie-og-omsorg/CFS-ME%20%E2%80%93%20Nasjonale%20veileder%20for%20utredning,%20diagnostikk,%20behandling,%20pleie%20og%20omsorg.pdf)

[ME% 20% E2% 80% 93% 20Nasjonale% 20veileder% 20for% 20utredning,% 20diagnostikk,% 20behandling,% 20pleie% 20og% 20omsorg.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/pasienter-med-cfsme-utredningdiagnostikk-behandling-rehabilitering-pleie-og-omsorg/CFS-ME%20%E2%80%93%20Nasjonale%20veileder%20for%20utredning,%20diagnostikk,%20behandling,%20pleie%20og%20omsorg.pdf) (Hentet: 8 mai 2021).

Helsedirektoratet (2020) *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*.

Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habiliteringindivuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habiliteringog-rehabilitering-indivuell-plan-og-koordinator/gjennomgang-av-definisjonen-avhabilitering-og-rehabilitering> (Hentet: 3 mai 2021).

Holmberg, V. og Ringsberg, K. C. (2014) Occupational therapists as contributors to health promotion, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21. Tilgjengelig fra:

<https://oda.oslomet.no/handle/10642/2028> (Hentet: 1 april).

Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P. A. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. utg. Oslo: Abstrakt.

Johansson, H. *et al.* (2010) Reorientation to more health promotion in health services - a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals, *J Multidiscip Healthc*, 3, s. 213-224. doi: 10.2147/JMDH.S14900.

Law, M. *et al.* (1996) The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance, *Canadian journal of occupational therapy (1939)*, 63(1), s. 9-23. doi: 10.1177/000841749606300103.

Lid, I. M. og Søbstad, R. (2013) *Universell utforming : verdigrunnlag, kunnskap og praksis*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Lindström, B., Eriksson, M. og Sjøbu, A. (2015) *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Mæland, J. G. (2016) *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis*. 4. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.

- Maass, R. (2019) *Salutogenese og hverdagsopplevelser*. Tilgjengelig fra:
<https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2FFiles%2FFagartikler%2FSalutogenese.pdf> (Hentet: 2 mai 2021).
- NOU 2011:11 (2011) *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter, informasjonsforvaltning.
- NOU 2012: 12 *Ventetid - et spørsmål om tillit*. Departementenes servicesenter informasjonsforvaltning: Norges offentlige utredninger. NTNU (2018)
- Intervju som forskningsmetode*. Tilgjengelig fra:
<https://www.youtube.com/watch?v=odN7GD78jLc> (Hentet: 1 mars 2021). NTNU
- (2020) *Finne kilder*. Tilgjengelig fra: https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Finne+kilder?fbclid=IwAR2mUsNkrqIFDfEk_OqIdWTKhy7j1mCkTIDe (Hentet: 26 april 2021).
- Quick, L. *et al.* (2010) Scope of practice of occupational therapists working in Victorian community health settings, *Aust Occup Ther J*, 57(2), s. 95-101. doi: 10.1111/j.14401630.2009.00827.x.
- Rootman, I. *et al.* (2001) *Evaluation in health promotion: Principles and Perspectives*. WHO. Tilgjengelig fra:
https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED460081.pdf?fbclid=IwAR2_yDo6J0RB6_MX85ngWvh5M_pTutJzG_qA_Y1VsGKrHF9qYJCIVo_sVv8.
- Scriven, A. og Atwal, A. (2004) Occupational Therapists as Primary Health Promoters: Opportunities and Barriers, *The British journal of occupational therapy*, 67(10), s. 424-429. doi: 10.1177/030802260406701002.
- Thibeault, R. og Hébert, M. (1997) A congruent model for health promotion in occupational therapy, *Occupational therapy international*, 4(4), s. 271-293. doi: 10.1002/oti.60.
- Thyness, E., M (2018) Verdenskongress i ergoterapi, *Ergoterapeuten*, 4, s. 5. Tilgjengelig fra:
https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2FFiles%2FErgoterapeuten%2FERGO_04_2018.pdf.
- Tucker, P. *et al.* (2014) Exploring the nexus between health promotion and occupational therapy: Synergies and similarities: Explorer le lien entre la promotion de la santé et l'ergothérapie : Synergies et similarités, *Canadian journal of occupational therapy (1939)*, 81(3), s. 183-193. doi: 10.1177/0008417414533300.
- Tuntland, H. (2011) *En innføring i ADL : teori og intervensjon*. 2. utg. utg. Kristiansand: Høyskoleforl.
- WHO (1998) *Health Promotion Glossary*. Tilgjengelig fra:

- <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> (Hentet: 20 april 2021).
- WHO (2020) *Rehabilitation*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/rehabilitation> (Hentet: 8 mai 2021).
- WHO (u.å.a) *Health Promotion*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/teams/healthpromotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> (Hentet: 19 april 2021).
- WHO (u.å.b) *Primary health care*. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/healthtopics/primary-health-care#tab=tab_1 (Hentet: 1 mai 2021).
- WHO (u.å.c) *International conference on primary health*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata> (Hentet: 19 april 2021).
- WHO (u.å.e) *Health promotion action means*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-globalconference/actions> (Hentet: 27 april 2021).
- WHO (u.å.f) *Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity*. Tilgjengelig fra: <http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/healthpromotion-disease-prevention.html> (Hentet: 2 mai 2021).
- Wood, R., Fortune, T. og McKinstry, C. (2013) Perspectives of occupational therapists working in primary health promotion, *Aust Occup Ther J*, 60(3), s. 161-170. doi: 10.1111/1440-1630.12031.

7.0 Vedlegg

7.1 Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Kommuneergoterapeuters kompetanse i helsefremmende arbeid”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å samle informasjon om kommuneergoterapeuters kompetanse i helsefremmende arbeid årene fremover. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er to ergoterapistudenter ved NTNU Gjøvik som skal skrive vår Bacheloroppgave våren 2021. Vi vil med dette invitere deg til å delta som informant i vår studie. Formålet med studien er å samle erfaringer rundt ergoterapeuters praksis knyttet til kommuneergoterapeuters kompetanse i det helsefremmende arbeidet. Vår problemstilling er «Hvilken kompetanse mener kommuneergoterapeuter at de kan bidra med i det helsefremmende arbeidet i årene fremover?». Informasjonen vi får fra deg gjennom intervjuet vil brukes i vår Bacheloroppgave og muligens til en publikasjon i tidsskriftet Ergoterapeuten i etterkant av innlevert Bacheloroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ergoterapeututdanningen ved NTNU Gjøvik er ansvarlig for studien og Førsteamanuensis Linda Stigen er prosjektansvarlig for studien.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får invitasjon om å delta i denne studien ettersom du jobber som ergoterapeut/ansatt i kommunehelsetjenesten. Vi tenker derfor at du har erfaringer og kunnskap som vi kan lære av og håper at du kunne tenke deg å delta som informant i vår studie.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i studien vil innebære at vi utfører et digitalt fokusgruppeintervju på ca. 1 time hvor fokuset er på dine erfaringer med kommuneergoterapeuters kompetanse i helsefremmende arbeid. Det vil bli gjort lydopptak under intervjuet og dette vil bli transkribert ordrett i etterkant, men ditt bidrag vil bli anonymisert, slik at hverken du eller din arbeidsplass vil kunne bli gjenkjent i det ferdige materialet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det vil kun være studentene Karine Andrea Hennig og Emilie Linnea Pedersen, samt veileder Torbjørn Skåleskog Jacobsen og prosjektansvarlig Linda Stigen ved NTNU Gjøvik som vil ha tilgang til dine opplysninger.

Ditt navn og dine kontaktopplysninger vil erstattes med fiktive navn i transkripsjonen og dine personopplysninger vil oppbevares i en liste som er adskilt fra de øvrige dataene. Alt materiale, bortsett fra ditt navn og kontaktopplysninger, vil oppbevares på en ekstern, passord beskyttet enhet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.07.21. Opptak fra intervjuet vil slettes når intervjuet er transkribert og ved prosjektslutt vil alle personopplysninger om deg slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
å få rettet personopplysninger om deg, få slettet
personopplysninger om deg,
få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og å sende
klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine
personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg? Vi
behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU Gjøvik, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at
behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med
personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Studenter: Karine Andrea Hennig, epost: karineah@stud.ntnu.no og Emilie Linnea Pedersen, epost: elpeders@stud.ntnu.no Telefon: 92693188
- NTNU Gjøvik ved Linda Stigen, epost: linda.stigen@ntnu.no , telefon: 93223019
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, epost: thomas.helgesen@ntnu.no , telefon: 93079038
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Linda Stigen
Prosjektansvarlig
Torbjørn S. Jacobsen

Karine Andrea Hennig og Emilie Linnea Pedersen
Ergoterapistudenter

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet kommuneergoterapeuters yrkesidentitet og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju
- delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.07.21

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

7.2 Intervjuguide

Innledning

Informasjon	<ul style="list-style-type: none"> · Takk for at dere vil stille opp · Introdusere oss selv · Innhente samtykke · Taushetsplikt, poengtere viktighet av dette · Anonymitet · Sletting av opptak etter endt datainnsamling · Spør om noe er uklart
-------------	--

Hoveddel- spørsmål knyttet opp mot deres tema

Nr	Tema	Intervju - spørsmål	Stikkord
1	Innledende spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> · Hvordan forstår dere <i>helsefremmende arbeid</i>? · Hvordan utfører dere helsefremmende arbeid i deres daglige praksis? 	<ul style="list-style-type: none"> - Begrepet - Individ – eller systemnivå? - Kartlegging? - Tiltak? - Aktivitet?
2	Tematiske spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> · Hvilken kompetanse mener dere som kommuneergoterapeuter at dere bidrar med i det helsefremmende arbeidet? · Hva tenker dere om rollen deres i det helsefremmende arbeidet? 	<ul style="list-style-type: none"> - Ferdigheter og kunnskap - Brukermedvirkning - Tilrettelegging - Deltakelse - Mestringsfølelse - Tilrettelegging og kartlegging

		<ul style="list-style-type: none"> · Hvilke helsefremmende arbeidsoppgaver mener dere er spesielt viktig og hvorfor? · Hvordan opplever dere å få brukt kompetansen deres i det daglige arbeidet? · Hvordan mener dere at kommuneergoterapeuter sin kompetanse i det helsefremmende arbeidet kan utvikle seg? <p style="color: red;">«Nå er det bare to spørsmål igjen»</p> <p>Hvordan opplever dere at andre yrkesgrupper ser på deres kompetanse i det helsefremmende arbeidet?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Søke på hjelpemidler - Muliggjøre deltakelse - Varierende arbeidsoppgaver? - Kurs? - Utdanning - Fremme eget yrke? - Større fokus på systemnivå?
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> · Hvilke begreper tenker dere på når dere hører helsefremmende arbeid? 	<ul style="list-style-type: none"> - Helse -Andre sektorer og yrkesgrupper - Empowerment - Salutogenese -Brukermedvirkning - Deltakelse - Likhet og rettferdighet
--	--	--	--

Avslutning

<p>Før vi avslutter intervjuet så har vi satt av litt tid til å oppklare eventuelle uklarheter.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Er det noe dere føler at dere ikke har fått sagt eller som dere ønsker å utdype nærmere? · Er det noe vi har glemt å informere om eller ta opp? <p>Da vil vi avslutte med å si: tusen takk igjen for at dere har deltatt og bidratt til å kunne gjennomføre vår bacheloroppgave. God påske.</p> <p>Skru av diktafon</p>

7.3 Søkeshistorikk

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel
1. Primary health care 2. Municipal health service 3. occupational therapy 4. occupational therapists 5. health promotion 6. public health	Medline	1 AND 2 AND (3 OR 4) AND (5 OR 6)	25	«Occupational therapy in primary care: Results from a national survey» Donnelly <i>et al.</i> , (2016)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel
1. Health promotion 2. healthpromoting work 3. occupational therapy 4. primary health care 5. municipality	Medline	1 OR 2 AND (4 OR 5) AND (7 OR 8)	13	«Perspectives of occupational therapists working in primary health care» Wood, Fortune and Mckinstry (2013) «Scope of practice of occupational therapists working in Victorian community health settings» Quick et al., (2010)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel
1. Health promotion 2. Health service 3. Contribute 4. Health professionals 5. Occupational therapy	Pubmed	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	22	«Occupational therapists as contributors to health promotion» Holmberg og Ringsberg (2014)
Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel
1. Health promotion 2. health service 3. health care professionals 4. occupational therapists 5. disease prevention	Pubmed	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	4	«Reorientation to more health promotion in health services» Johansson <i>et al.</i> , (2010)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel
1. occupational therapists 2. Health promotion 3. primary health	Cinahl	1 AND 2 AND 3	34	«Occupational therapists as primary health promoters: opportunities and barriers» Scriven and Atwal (2004)
Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel
1. occupational therapy 2. primary health care 3. professional role 4. healthcare	Cinahl	1 AND 2 AND 3 AND 4	44	«Occupational therapy in primary health care: we should be there» Muir (2012)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel
1. Occupational therapy 2. Health promotion 3. professional role	Pubmed	1 AND 2 AND 3	59	«Exploring the nexus between health promotion and occupational therapy; synergies and similarities Tucker <i>et al.</i> , (2014)
Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel
1. Occupational therapy or occupational therapists or ot 2. Health promotion 3. health model	Pubmed		20	«A congruent model for health promotion in occupational therapy» Thibeault og Hébert (2006)

7.4 Godkjenning fra NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Bacheloroppgaver i ergoterapi

Referansenummer

914763

Registrert

17.02.2021 av Linda Stigen - linda.stigen@ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH)
/ Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Linda Stigen, linda.stigen@ntnu.no, tlf: 93223019

Type prosjekt

Studentprosjekt, bachelorstudium

Prosjektperiode

01.03.2021 - 01.08.2021

Status

17.03.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

17.03.2021 - Vurdert

BAKGRUNN

Denne tilbakemeldingen gjelder en samlet vurdering av bacheloroppgaver i ergoterapi ved NTNU Gjøvik våren 2021. Dette gjelder ca. 15 studenter. Denne vurderingen gjelder for studentoppgaver som følger retningslinjene som gis i denne tilbakemeldingen fra NSD. Prosjekter som ikke følger de gitte retningslinjene må meldes inn på eget meldeskjema.

NSD SIN VURDERING

Prosjektansvarlig har ansvar for hvert enkelt prosjekt som omfattes av denne innmeldingen. Prosjektene skal gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 17.03.2021.

Så fremt prosjektene gjennomføres på denne måten er det vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen.

Behandlingene kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektene vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.08.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektene vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektene legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om ogsamtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom det brukes en databehandler i prosjektene må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Prosjektansvarlig må forsikre seg om at studentene sletter rådata i forbindelse med innlevering/sensur av oppgavene. Det bør legges opp til at studentene bekrefter dette skriftlig til prosjektansvarlig når det er gjort, før prosjektansvarlig rapporterer om status for behandlingen av personopplysninger til NSD.

Lykke til med prosjektene!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)