

Hvilken kompetanse gjør ergoterapeuter i kommunalt psykisk helsearbeid bruk av i behandling av brukere med sosial angst?

En kvalitativ intervjustudie

—
Mats Berntsen

Master i helsefag, studieretning psykisk helse. Mai 2018

FORORD

Alt kan bli en realitet – mitt mål er nådd og masteroppgaven er ferdig! Jeg har ønsket mer kunnskap. Valget falt derfor på master i helsefag, studieretning psykisk helse ved UIT Norges arktiske universitet. Den aller første ideen til denne masteroppgaven kom til like etter avsluttet bachelor i ergoterapi. Høsten 2014 kom jeg i gang med master i helsefag, studieretning psykisk helse, takket være at jeg da fikk permisjon fra enheten for rus- og psykisk helse i Tromsø kommune til å studere. Høsten 2017 kunne jeg sette i gang med selve masteroppgaven. Takk til ledelsen i enheten for rus- og psykisk helse og takk for at dere har hatt trua på meg. Jeg har vært avhengig av gode hjelpere, og dem har det vært mange av.

Aller først må jeg takke de tre ergoterapeutene som har gitt meg grunnlaget for å skrive denne masteroppgaven. Jeg møtte så stor velvilje og interesse hos disse ergoterapeutene at jeg ble helt sikker på at dette var et viktig arbeid. Det er takket være dem at denne studien har blitt til. En stor takk til ergoterapeutene. Det er en person som skiller seg ut og som skal ha den aller største takken. Det er ergoterapeut og førsteamanuensis/forsker Astrid Gramstad. Du har vært en medarbeider, veileder og motivator for meg i arbeidet med denne studien. Jeg kjenner ingen som er så kunnskapsrik som deg. Du har enorm innsikt, engasjement og du gir gode råd. Takk for at du har vært min veileder.

Jeg vil også takke alle mine medstudenter gjennom hele studiet. Dere har også vært viktig. Takk for alle snappene i slutfasen. Det har betydd mye. En stor takk til Marianne Fjellingsdal og Vera Reiertsen for gjennomlesning, tips og retting av skrivefeil i studien.

Til slutt vil jeg takke kollegaer, venner og familie for støtten og gode ord. Spesielt en takk til mamma og pappa. Uten dere hadde det ikke vært mulig. Aller sist vil jeg selvsagt takke min samboer. Du har stått ved min side, hørt min frustrasjon og tatt meg med på luftetur i de perioden hvor prosesser har vært vanskelig. Du har gitt meg oppmuntrende ord, laget mat, vasket og stått på. Takk kjære!

Takk for tålmodigheten!

Tromsø, mai 2018

Mats Berntsen

Sammendrag

Bakgrunn: Tilgangen til å få hjelp med sosial angst og angst generelt er begrenset. Kommunalt psykisk helsearbeid er lite systematisert, dokumentert og publisert. Behandling av sosial angst er viktig innenfor ergoterapi, for samfunnet og for brukerne. Å behandle brukere med sosial angst i kommunalt psykisk helsearbeid kan være faglig utfordrende og stiller store krav til kompetanse. For å kunne forbedre praksis, er det viktig å kritisk studere hvilken kompetanse som er i bruk.

Hensikt: Hensikten med studie er å frembringe ny innsikt i hvilken kompetanse ergoterapeuten benytter i behandling av brukere med sosial angst, samt utvikle beskrivelser av ergoterapeuters praksis som kan gi nye innsikter til det daglige arbeidet med denne brukergruppen.

Metode: Tre semistrukturerte intervjuer av ergoterapeuter som har erfaring med behandling av sosial angst i kommunehelsetjenesten er gjennomført. Intervjuene og det transkriberte materialet er analysert ved bruk av Malteruds fenomenologisk inspirert systematisk tekstkondensering.

Resultater: Ergoterapeuters erfaringer fra praksis og behandling av brukere med sosial angst kan beskrives som mangfoldig. Ergoterapeutene bygger relasjoner gjennom hverdagslige aktiviteter. Relasjonsbyggingen foregår gjennom at ergoterapeutene trer ut av komfortsonen, anerkjenner, bidrar til bedringsprosesser, samt at man gjør aktiviteter sammen.

Konklusjon: Resultatene i denne studien viser at ergoterapeutene betrakter relasjonen som viktig kompetanse i behandling av sosial angst. Relasjonen er en forutsetning for at ergoterapeutene kan trer ut av komfortsonen, oppnå anerkjennelse, å gjøre aktivitet (sammen), samt erkjenne at bedring ikke er en selvfølge. Kompetansen som ergoterapeutene anser som viktig i behandling av sosial angst, kan synes å være litt på siden av den tradisjonelle profesjonaliteten. Ergoterapeutene i min studie viser tydelig at det finnes ulike måter å arbeide profesjonelt på. Det innebærer at ergoterapeuter bør kunne yte både flere former for profesjonell hjelp og utøve en profesjonalitet som bygger på personlig kompetanse. Ergoterapeutene viser også at det er mulig å være profesjonell på mange ulike måter.

Abstract

Background: The access to help for social anxiety and anxiety in general is limited. Community care in mental health work is little systematized, documented and published. Treatment of social anxiety is important in occupational therapy, for the community and for the people. Treating people with social anxiety in community care can be professionally challenging and place high demands on competence. This challenges occupational therapists to raise and develop their skills to meet the needs of the population

Aim: The purpose of the study is to provide new insights into the competencies of the occupational therapist in treating people with social anxiety, as well as developing descriptions of occupational therapists' practices that can provide new insights into the daily work of this group.

Method: Three semi-structured interviews of occupational therapists in community health care services have been completed. The interviews and the transcribed material were analyzed using Malterud's phenomenologically inspired systematic text condensation.

Results: Occupational therapists' experiences from practice and treatment of people with social anxiety can be described as diverse. The Occupational therapists describe experiences related to relationship building through everyday activities. Relation building takes place through the fact that the occupational therapists step out of the comfort zone, recognize, contribute to recovery processes, and make activities together.

Conclusion: The results of this study show that the occupational therapists consider the relationship as important competence in the treatment of social anxiety. The relationship is a prerequisite for the occupational therapists to get out of the comfort zone, to gain recognition, to do activity (together), and to recognize that recovery is not a matter of course. The skill that occupational therapists consider important in the treatment of social anxiety may seem to be a bit on the side of traditional professionalism. The occupational therapists in my study clearly show that there are different ways to work professionally. This means that occupational therapists should be able to provide both additional forms of professional help and exercise

professionalism based on personal expertise. Occupational therapists also show that it is possible to be professional in many different ways.

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	8
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV FORSKNINGSOMRÅDE	8
1.2	HELSEPOLITISKE DOKUMENTER	10
1.3	HENSIKT	11
1.4	PROBLEMSTILLING	11
1.5	BEGREPSAVKLARING	11
1.5.1	<i>Kommunalt psykisk helsearbeid</i>	11
1.5.2	<i>Bruker</i>	12
1.5.3	<i>Behandling</i>	12
1.5.4	<i>Angst som fenomen</i>	13
1.5.5	<i>Litteratur om ergoterapi og behandlingsrelasjoner</i>	14
1.6	STUDIENS VIDERE OPPBYGNING	15
2.0	TIDLIGERE FORSKNING	16
2.1	FORSKNING PÅ BEHANDLING AV SOSIAL ANGST	16
2.1.1	<i>Forskning omkring ergoterapi og sosial angst</i>	17
2.1.2	<i>Forskning omkring ergoterapi og egen kompetanse</i>	18
2.1.3	<i>Oppsummering av tidligere forskning</i>	20
3.0	TEORETISK PERSPEKTIV	21
3.1	PROFESJONELL KOMPETANSE	21
3.1.2	<i>Profesjonell kompetanse krever teoretisk kunnskap</i>	21
3.1.3	<i>Profesjonell kompetanse krever yrkesspesifikke ferdigheter</i>	22
3.1.4	<i>Profesjonell kompetanse krever personlig kompetanse</i>	22
3.2	KUNNSKAP I HANDLING	23
3.3	BEDRING/ RECOVERY	25
3.0	METODE	27
3.1	VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV	27
3.2	VALG AV METODE	28
3.3	UTVALG	28
3.4	FORFORSTÅELSE	30
3.5	INTERVJU (GUIDE)	31
3.6	PRØVEINTERVJU	32
3.7	GJENNOMFØRING AV INTERVJU	33
3.8	TOLKNING AV DATA	34
3.8.1	<i>Transkripsjon</i>	34
3.8.2	<i>Analyse av materialet</i>	34
3.9	ROLLEN SOM FORSKER I EGET FAG	36
3.10	ETISKE BETRAKTNINGER	37
4.0	PRESENTASJON AV RESULTATER	38
4.1	<i>"Ergoterapeutene trer ut av komfortsonen og bruker humor"</i>	38
4.2	<i>"Å anerkjenne – det tar tid"</i>	41
4.3	<i>Bedring er ingen selvfølge</i>	44
4.4	<i>Å gjøre aktivitet (sammen)</i>	47
5.0	DISKUSJON AV RESULTATER I STUDIEN	50
5.1	"Å VÆRE PERSONLIG"	50
5.1.1	<i>Humor</i>	54
5.1.2	<i>Relasjon</i>	54
5.2	Å GJØRE AKTIVITET (SAMMEN)	55

5. 3 DIALOG, EN FORUTSETNING FOR ANERKJENNELSE OG BEDRING (INGEN SELVFØLGE).....	57
5 . 4 AVSLUTTENDE KOMMENTARER TIL DISKUSJONEN	62
5. 5 STYRKER OG SVAKHETER.....	63
5. 5. 1 <i>Troverdighet</i>	63
5. 5. 2 <i>Bekreftbarhet</i>	64
5. 5. 3 <i>Overførbarhet</i>	65
6.0 AVSLUTNING	67
6. 1 VIDERE FORSKNING.....	68
6. 2 EGEN LÆRING	68
LITTERATURLISTE	70
VEDLEGG 1	79
VEDLEGG 2	81
VEDLEGG 3	82
VEDLEGG 4	84
VEDLEGG 5	86

1.0 Innledning

”Du ønsker å hjelpe andre, det er svært bra. Men du kan ikke hjelpe andre hvis du ikke forstår dem. Og du kan ikke forstå dem hvis du ikke forstår deg selv. Derfor bør du arbeidet med det først”.

Grete Marie Skau (2011), s. 17

1.1 Bakgrunn for valg av forskningsområde

Jeg har blitt kjent med Trond¹ gjennom jobben min som spesialergoterapeut i kommunalt psykisk helsearbeid. Trond er psykolog og får behandling for sin sosial angst. Han er en voksen mann i 50 årene.. Han betrodde seg til meg og fortalte at han de siste tretti årene ikke hadde snakket med sine kollegaer. Han lever i konstant frykt for at noen skal spørre ham om hva han mener eller hvilke brukere han har. Jeg spurte Trond om hvorfor dette var skremmende. Han beskriver at han ikke er intelligent og har ikke noe faglig å si. Jeg lurte på hvordan dette gikk ut over aktiviteter i hverdagen. Han beskriver seg som fagperson og at det er forventet at han har noe viktig å si. Han er redd for å miste jobben. Han er redd for sin økonomiske situasjon. Han er redd for å ikke ha nok penger til mat. Han beskriver at det går ut over aktiviteter i hverdagen. Han beskriver at han ikke er i stand til å få det han ønsker seg. Han har det forferdelig.

Som ergoterapeut og senere spesialergoterapeut har jeg erfart at behandling av sosial angst er en stor arbeidsoppgave. Behandling av sosial angst er viktig innenfor ergoterapi, for samfunnet og for brukerne. I min arbeidshverdag har mange av arbeidsoppgavene vært knyttet opp mot behandling av sosial angst. Å behandle brukere med sosial angst i kommunalt psykisk helsearbeid kan være faglig utfordrende og stiller store krav til kompetanse. Dette utfordrer ergoterapeuter til å heve og utvikle sin kompetanse for å imøtekomme behovet i befolkningen. Samhandlingsreformen berører alle deler av helsetjenesten og gjør at alle helsepersonell må forholde seg til endringene i roller og arbeidssituasjoner. Trond i fortellingen over viser de selvdestruktive holdningene som ligger til grunn for sosial angst: han føler at han alltid må gi inntrykk av å være dyktig og han tror at han aldri må gjøre feil. Han tror at kollegaene hans er ekstremt fordømmende og ikke vil akseptere ham med mindre han er perfekt. Det er lett å se at

¹ Trond er en anonymisert bruker fra min egen praksiserfaring.

disse holdningen gjør Trond svært engstelig, men de har også skjulte fordeler. Så lenge Trond tror at han må være perfekt vil han arbeide svært hardt. Han kan ikke ta sjanser, og han vil alltid kjøre et trygt løp. I tillegg kan han i hemmelighet tenke på seg selv som en svært spesiell person. For bare svært spesielle personer blir forventet å være perfekte. Samtidig betaler Trond en høy pris for å tenke og handle på denne måten. Han føler seg alltid stresset, han våger knapt å uttrykke sine egne følelser. For meg som ergoterapeut er det viktig å fremme selvstendighet og tilhørighet i tillegg til mestring av eget liv. Trond erfarte at ergoterapeuten anvendte aktivitet som behandling av sosial angst og at kunnskapen var god, tilrettelagt og kunnskapsbasert. Dette er i tråd med «The intentional relationship model» (Bonsaksen, Vøllestad og Taylor, 2013) som beskriver at uten et tillitsfullt forhold til ergoterapeuten, vil ikke brukeren bli engasjert i behandlingen og prosessen. Bedring kan finne sted når brukeren føler seg trygg nok til å utforske, øve og opprettholde nye aktiviteter (Bonsaksen, Vøllesta og Taylor, 2013). Å anvende aktivitet som behandling var en krevende prosess for Trond. Men det resulterte i at han fikk kontroll over de selvdestruktive holdningene og deltok mer og mer på sosiale aktiviteter hvor han presenterte seg selv, sine kunnskaper og tanker. Denne fortellingen er bakgrunnen for at jeg synes sosial angst er spennende. Slike fortellinger kan mange ergoterapeuter møte. Selv om behandling av sosial angst er viktig innenfor ergoterapi, for samfunnet og for brukerne, er det gjort lite forskning på dette område innenfor ergoterapien.

Fortellingen om Trond viser at han har vanskeligheter med å ordne sine tanker, å formulere seg med ord og å samtale med sine kollegaer. Brukere med sosial angst kan ha vanskeligheter med å opprettholde sosiale relasjoner med andre og å gjennomføre hverdagslige aktiviteter. Dette kan lede til at nødvendige hverdagslige aktiviteter ikke blir gjennomført. Ergoterapi er en profesjon som anvender aktiviteter som terapi for å oppnå personenes egne mål om bedre helse. Ergoterapeutene bygger sitt aktivitetsfokus på at aktivitet er viktig for menneskers utvikling (Kielhofner, 2006). Ergoterapeuter arbeider med å fremme helse og velvære gjennom aktivitet og deltakelse i meningsfulle aktiviteter for individ og grupper (Law, 2002). Ergoterapeuters overordnede mål er å fremme helse og mestring ved å muliggjøre og tilrettelegge for menneskers funksjon, aktivitet og deltakelse i arbeid, fritid og hverdagslige aktiviteter (Kielhofner, 2006). Dette har Norsk Ergoterapeutforbund beskrevet godt med oppsummeringen: ”Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig!” (Ergoterapeuten, 2013).

Gjennom egen praksis i kommunehelsetjenesten har jeg opplevd at sosial angst er underkommunisert og underbehandlet i kommunehelsetjenesten. Jeg har også opplevd at

mennesker med sosial angst bare i noen grad oppsøker hjelp for sin psykiske lidelse. Generelt har behandlingstilbudet for psykiske lidelser vært et lite utbygd i kommunehelsetjenesten, men med opptrappingsplanen for psykisk helse (1997 – 1998) fikk tjenestetilbudet et løft. Evalueringen av opptrappingsplanen viser at vi vet lite om innhold og kvalitet i tjenesten (Brofoss, Larsen, Friis og Norges forskningsråd, 2009). Brofoss, et al. (2009) anbefaler at tjenestetilbudet til mennesker med lettere psykiske lidelser må bedres. En undersøkelse fra Verdens helseorganisasjon dokumentere dette godt gjennom intervjuer med over 70 000 personer fra 15 land om somatiske og psykiske lidelser (Ormel, Petukhova, Chatterji, Aguilar-Gaxiola, Alonso, Angermeyer og Haro, 2008). Her ble deltakere med for eksempel sosiale angst bedt om å oppgi i hvor stor grad lidelsene gikk ut over husarbeid, det sosiale livet, arbeidsevne og forholdet til andre mennesker. Undersøkelsen konkluderte med at 65 % av brukerne fikk behandling for sine somatiske sykdommer, mens bare 24 % fikk behandling for sin psykiske lidelse. Undersøkelsen viser også at konsekvensene ved å ha en psykisk lidelse var større enn ved somatiske lidelsene. Når opptrappingsplanen og undersøkelsen fra Verdens helseorganisasjon beskriver at behandling av psykiske lidelser må bedres og ergoterapeuter har en viktig rolle på dette området, blir det viktig å vite mer om hvilken kompetanse ergoterapeuter i kommunalt psykisk helsearbeid benytter i behandling av brukere med sosial angst.

I denne studien ønsker jeg å intervjuere ergoterapeuter. Jeg vil rette fokus mot ergoterapeuten og hvilken kompetanse som kommer til uttrykk i behandling av sosial angst. Angst er den vanligste psykiske lidelsen blant voksne og rundt en fjerdedel av den norske befolkningen rammes av en angst i løpet av livet (Mykletun et al., 2009). Sosial angst fører ofte til mangel på deltakelse i meningsfulle aktiviteter og kan vare livet ut hvis man ikke får behandling for lidelsen (Borge og Hoffart, 2008). Sosial angst kan resultere i isolering, inaktivitet og passivitet og til slutt føre til arbeidsuførhet (Mykletun et al., 2009).

1.2 Helsepolitiske dokumenter

De siste 15 årene har det kommet en rekke reformer innen feltet psykisk helse i Norge. Det startet med opptrappingsplanen for psykisk helse (sosial- og helsedepartementet, 1998) som tydeliggjorde målet om at personer som hadde psykiske lidelser skulle kunne levet et trygt og verdig liv i lokalmiljøet. Det politiske og faglige grunnlaget er videreført i blant annet samhandlingsreformen og ”sammen om mestring” (helsedirektoratet, 2014). Samhandlingsreformen (2008- 2009) beskriver at det er for lite fokus på tilbud rettet mot å

reducere utviklingen av kronisk sykdom. Samhandlingsreformen legger opp til at behandling og rehabilitering av brukere skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Dette medfører at kommunen gis større ansvar en før, og er helt sentralt når mellom 20 og 25 % av den norske befolkningen vil få en diagnostiserbar angstlidelse i løpet av livet og 15 % i løpet av ett år. Tilgangen til å få hjelp med angst er begrenset i de fleste OECD- land, inkludert Norge. I 2010 var proposisjonen til stortinget tydelig på at styrking av behandlingstilbud til personer med angst og lett til moderat depresjon er svært lite utviklet (st.prp.nr1, 2009 – 2010). Omsorgstilbudet i Norge ble også beskrevet som svakt i OECD rapporten fra 2014 (OECD, 2014). I følge Ose og Kaspersen (2015) er det bare 10 % av årsverkene i kommunale psykiske helsetjenester som arbeider med å hjelpe milde til moderate psykiske lidelser. Ose og Kaspersen (2015) påpeker også at kommunalt psykisk helsearbeid er lite systematisert, dokumentert og publisert. Det er derfor behov for at kommunalt psykisk helsearbeid blir mer forskningsbasert.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne studien er å frembringe ny innsikt i hvilken kompetanse ergoterapeuten gjør bruk av i behandling av brukere med sosial angst. Jeg er ute etter å belyse hva ergoterapeuter opplever som viktig i sitt arbeid med disse brukerne, hva som har fungert godt og hva som eventuelt har vært utfordrende. Gjennom å få frem disse opplysningene vil jeg prøve å systematisere ergoterapeutenes kompetanse når det kommer til behandling av brukere med sosial angst. Å belyse dette feltet kan frembringe ny og viktig kunnskap for ergoterapeuter i møte med og behandling av brukere med sosiale angst. Det kan bidra til utvikling av faget ergoterapi og til mer likeverdige tjenester for brukere med sosial angst. For å få fram dette har jeg valgt å arbeide ut fra følgende problemstilling:

1.4 Problemstilling

Hvilken kompetanse gjør ergoterapeuter i kommunalt psykisk helsearbeid bruk av i behandling av brukere med sosial angst?

1.5 Begrepsavklaring

1. 5. 1 Kommunalt psykisk helsearbeid

Alle bor i en kommune. Det har vært en oppfatning opp gjennom tiden om at milde og moderate psykiske lidelser får tjenester i kommunen, mens de med kompliserte og sammensatte psykiske lidelser får hjelp i spesialisthelsetjenesten. Gjennom lovendringer og reformer er kommunens ansvar for psykisk helsearbeid blitt endret. Psykisk helsearbeid er et forholdsvis nytt fagfelt for kommunene og ble en lovpålagt tjeneste med innføringen av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i 1984. Opptrappingsplanen for psykisk helse pågikk fra 1998 og fram til 2008, og et av hovedmålene var å styrke kommunens psykiske helsearbeid i omfang og innhold.

Ansatte i kommunen møter hele spekteret av hjelpebehov – fra det allmenne og enkleste til de aller mest kompliserte og sammensatte. Det dreier seg som om tilgjengelig fagkompetanse for kommunens innbyggere og tilbud om psykisk helsehjelp der folk bor og oppholder seg. Psykisk helsearbeid i kommunen innebærer planarbeid, systemarbeid, gruppe- og individrettet forebyggende tiltak, funksjonskartlegging, behandling og rehabiliteringer (Folkehelseinstituttet, 2011). Min erfaring er at mange kommunale tjenester sender brukeren med sosial angst til spesialisthelsetjenesten, uten selv å tilby behandling. Henvisning til spesialisthelsetjenesten skal i følge helse- og omsorgstjenesteloven først skje når lidelsen er av en viss alvorlighetsgrad. Derfor er det viktig å løfte kompetanse på behandling av sosial angst i kommunene.

1.5.2 Bruker

Jeg har valgt å benytte begrepet ”bruker” i denne oppgaven, selv om det ikke er full enighet i fagmiljøene hvorvidt det skal betegnes ”pasient” eller ”bruker”. Dette valget basere seg på at «bruker» - begrepet i større grad får en til å tenke og føle at den som strenger behandling er en person som samarbeider med hjelpeapparatet, slik at de er likeverdige partnere. Slik settes brukeren i sentrum og at mål, verdier og ønsker blir utslagsgivende for behandlingen. Brukeren er aktiv, har medansvar og er ”herre i eget hus”. I denne studien er pasient det motsatte av en bruker. Pasienter betraktes i denne studien som brukere som er innlagt på institusjon.

1. 5. 3 Behandling

Behandling blir i denne studien sett ut i fra ergoterapi. Ergoterapi er en profesjon som anvender aktiviteter som terapeutisk middel for å understøtte brukernes egne mål om en bedre helse. Hva brukere definerer som mål med behandlingen vil variere med graden av sosial angst, motivasjon og ressurser. I den terapeutiske prosessen anvendes aktiviteter som et redskap for forandring.

Borg og Topor (2011) beskriver at grensen mellom behandling, rehabilitering og støtte og veiledning ikke er tydelig, hvis den i det hele tatt finnes. Begrepet «behandling» blir derfor i denne oppgaven brukt om de aktivitetene som har bidratt til og som er viktig for bedring. Det pågår hele tiden innenfor kommunehelsetjenesten.

1. 5. 4 Angst som fenomen

I følge Berge og Repål (2004) stammer angst fra begrepet ”angh”. Ordet betyr å ”gjøre trang” eller ”snøre sammen” og har blitt benyttet for å beskrive tilsnøring i halsen. Filosofen Søren Kierkegaard skrev en bok om angst allerede i 1844. Han beskriver angstens gjenstand som ”intet”, det vil si ikke konkret. Berge og Repål (2004) stiller spørsmål om frykt og angst er det samme, men beskriver at forskjellen har med avstanden til faren å gjøre. De beskriver at frykt er noe konkret og håndgripelig, mens angst er en uforutsigbar eller ukontrollerbar fare.

Berge og Repål (2004) beskriver at angst er en tilstand som det er vanlig å dele inn i tre like viktige komponenter: Kroppsreaksjoner (det som skjer i kroppen), Handling (de handlinger vi foretar oss) og Opplevelse (vår opplevelse). Kroppsreaksjoner er forbundet med raske hjerteslag, blekhet, skjelving, utvidelse av pupillene, tørrhet i munnen, svetting, hete- eller kuldetokter. Handlingsmessig preges angst av unngåelse og flukt. Angsten kan også preges av paralysse, det vil si at alle kroppsbevegelser fryses eller låses fast. Opplevelsen av angst kjennetegnes av en følelse av overhengende fare eller katastrofe. Det kan oppleves som svært dramatisk. Hvordan vi opplever situasjonen kan ha stor betydning for tankene omkring det som skjer (Berge og Repål, 2004, s. 20- 21).

Berge og Repål (2004) skriver at «å ha angst er en del av det å være menneske» (s. 11), men at angst også kan være ekstremt smertefullt og gjøre hverdagen utholdelig. Mange mennesker med angst er i stand til å bevare en relativt rolig fasade utad på tross av indre kaos og psykiske smerter. Angst er noe vi alle opplever, men graden av angst vil variere. Graden av angst kan være fra litt engstelse og uro til full panikk.

Berge og Repål (2004) beskriver at mennesker har evner til å tilpasse seg og planlegge for fremtiden, men at det avhenger av evnen til å føle angst. Filosofen Søren Kierkegaard skrev «vår evne til å tenke gjør oss også engstelig» og mener at angst er selve adelsmerket på det menneskelige (Berge og Repål, 2004, s. 24). Videre beskriver de at angst bidrar til å skjerpe oss, gjør oss rede til å prestere vårt ytterste og finne best mulige løsninger. Angst kan være nyttig.

Når jeg i denne studien snakker om sosial angst, mener jeg angst som hindrer mennesker i å utføre hverdagslige aktiviteter. Angsten er intens og vedvarende. Berge og Repål (2004) beskriver at sosial angst er en frykt for mennesker kritiske blikk og som resulterer i tilbaketrekking fra sosiale situasjoner. Sosial angst resultere i lav selvtillit og frykt for kritikk. I motsetning til Berge og Repål (2004) som beskriver grader av angst, konkludere Lépine og Pélissolo (2000) i en review at sosial angst er en kronisk lidelse. Jeg forholder meg i denne studien til at det er først når angsten blir så omfattende at den hindrer oss i å løse problemer eller fungere i hverdagen at vi snakker om angst som lidelse.

1. 5. 5 Litteratur om ergoterapi og behandlingsrelasjoner

Innenfor ergoterapi understrekes så behandlingsrelasjonens betydning, samt hvordan ergoterapeuter tenker og handler i møter med brukerne (Kielhofner og Forsyth, 2008, Mattingly, 1991, Taylor, 2008). I Modellen for menneskelig aktivitet (Kielhofner og Forsyth, 2008) beskrives forskjellige behandlingsstrategier for å øke brukernes aktivitetsforpliktelse. En behandlingsstrategi er definert som hvordan ergoterapeuter påvirke hvordan brukerne føler, tenker og handler i aktivitet (Kielhofner og Forsyth, 2008). Ni behandlingsstrategier er beskrevet: Bekreftelse av brukernes erfaring og perspektiver, identifisere faktorer som kan bidra til endring, gi tilbakemeldinger, forhandling med brukerne, rådgivning, engasjement, coaching, oppmuntre og gi fysisk støtte (Kielhofner og Forsyth, 2008). I modellen «the intentional relationship» (Taylor, 2008) forklares forholdet mellom ergoterapeuten og brukeren som en forutsetning for engasjement i den ergoterapeutiske behandlingsprosessen. Målene med modellen er i følge Bonsaksen, Vøllestad og Taylor (2013) å bruke modellen til selvrefleksjon for å kunne forme og utvikle relasjonen til brukeren. Å øke ergoterapeutens bevissthet om sine egne bidrag i relasjonen med brukeren. Å bruke sine kunnskaper om terapeutiske metoder og bruke dem i henhold til brukerens behov (Bonsaksen, Vøllestad og Taylor, 2013).

The intentional relationship model (IRM) er introdusert av Taylor i 2008. Den er den første teoretiske oversikten over den terapeutiske relasjonen i ergoterapi. Modellen er ikke opptatt av profesjonens fokus på å støtte brukeren i aktivitet, men forklarer forholdet mellom ergoterapeuten og brukeren som en forutsetning for engasjement i den ergoterapeutiske behandlingsprosessen. I følge Taylor (2008, s. 45) må den terapeutiske relasjonen i ergoterapi svare på følgende spørsmål: «how can one's therapeutic use of self be utilized specifically to promote occupational engagement and promote positive therapy outcomes?».

I følge IRM er «The client is the focal point. It is the therapist's responsibility to work to develop a positive relationship with the client and to respond appropriately» (Taylor, 2008 s. 48). IRM fokuserer på fire hovedkomponenter i bruker- terapeutrelasjonen. Disse er brukeren, det mellommenneskelige som oppstår i behandlingen, terapeuten og aktivitet. IRM ber terapeuten observere og forstå sine brukere fra et mellommenneskelig perspektiv, å være forberedt på mellommenneskelige hendelser som kan oppstå under behandlingen og kommunisere på en måte som samsvarer med brukerens behov (Taylor, 2008). Taylor, Lee og Kielhofner (2011) beskriver at IRM bidrar til å hjelpe ergoterapeuter til å håndtere vanskeligheter i mellommenneskelig praksis og forbedre opplevelsen for både bruker og ergoterapeut.

1. 6 Studiens videre oppbygning

Oppgave er bygget opp med forsknings-, teori-, metode-, resultat- og diskusjonsdel. I kapittel 2 beskrives tidligere forskning, og i kapittel 3 presenterer teorien som er valgt for å belyse studien problemstilling. I kapittel 4 presenteres og beskrives metode og datainnsamling til denne studien. I kapittel 5 diskuteres studiens resultater opp mot studiens problemstilling og i lys av tidligere forskning og teori. Studiens styrker og svakheter diskuteres også her. I kapittel 6 presenteres studiens konklusjon og videre forskning.

2.0 Tidligere forskning

Studiens hensikt er å frembringe nye innsikt i hvilken kompetanse ergoterapeutene benytter i behandling av brukere med sosial angst. For å få oversikt over eksisterende forskning som er relevant i forhold til studiens problemstilling har jeg søkt i flere databaser² med nasjonal og internasjonal forskning. Følgende søkerord ble benyttet: angst, anxiety, anxiety disorders, ergoterapi, occupational therapy, intervensjon, intervention, kommunehelsetjenesten, community health service, kognitiv terapi, cognitiv therapy, psykoterapi og psychological treatments. Alle søk ble kombinert med AND. Det ble funnet en god del forskning, men lite som omhandler kompetanse blant ergoterapeuter i kommunalt psykisk helsearbeid. Jeg har lest gjennom abstraktene og gjort en vurdering om hvorvidt artiklene omhandlet behandling, sosial angst og en kontekst i kommunehelsetjenesten. Inklusjonskriteriene for hvorvidt artiklene var å anse som relevante for dette studiet, var at de skulle være empiriske studier, skrevet på engelsk eller norsk, beskriver ergoterapeutiske intervensjoner for voksne med angst, fagfelleurdert, samt være tilgjengelig i fulltekst. Eksklusjonskriteriene var at artiklene var publisert før 1990, kvantitative studier og at angst var et symptom på en annen sykdom. Begrunnelsen for eksklusjonskriteriene var at forskningen skulle beskrive ergoterapeuter tanker og erfaringer fra praksis og ikke årsak og effekt. Videre var det viktig at forskningen var nyere og at angst var hovedlidelsen og ikke et symptom på for eksempel kreft, psykoser eller andre lidelser. Jeg anser mine søk etter forskning som begrenset. Jeg kan derfor ikke utelukke at det foreligger forskning som ikke inngår i denne studien. Jeg har alene gjennomført litteratursøkene, så det er lett å overse aktuelle treff, selv om jeg har gjennomført mange søk. Forskning som er funnet og er relevant i forhold til denne studien presenteres i dette kapittelet.

2. 1 Forskning på behandling av sosial angst

Studier viser at psykoterapi (Acarturk, Cuijpers, Van Straten, De Graaf, 2009) og behandling med legemidler (Jørstad- Stein og Heimberg, 2009) er effektive behandlinger for sosial angst. Behandlingen gjøres også i en kombinasjon av disse to behandlingsformene (Jørstad- Stein og Heimberg, 2009). Blant psykoterapi har kognitiv terapi mest empirisk støtte (Rodebaugh, Holaway og Heimberg, 2004). Metaanalysen til Rodebaugh, Holaway og Heimberg (2004) viser at kognitiv terapi har en reliabel og robust effekt på brukere med sosial angst. I kognitiv

² Jeg søkte i internasjonale databaser som CINAHL, PubMed, SweMed+ og PsycINFO

terapi rettes fokus på hvordan brukerne tenker og hva de gjør, deres tanker og atferd. Sosial angst vedlikeholdes av negative tanker og uhensiktsmessig atferd. Mennesket har ikke mulighet til å forandre følelsene direkte. I kognitiv terapi legges det stor vekt på at brukerne deltar aktivt i behandlingen. De må gjøre arbeidsoppgaver mellom møtene. Kognitiv terapi skal bidra til å hjelpe mennesker til å tro bedre om seg selv og verden, slik at de kan se verden på mer nøyaktige og realistiske måter.

I følge NICE retningslinjene (NICE, 2013) er individuell kognitiv terapi basert på modellen av Clark og Wells svært anvendelig og effektiv behandlingsmetode for sosial angst. Dette understøttes av en metaanalyse (Mayo-Wilson et al., 2014).

Behandlings- og forståelsesmodellen til Clark og Wells (1995) bygger på begreper fra kognitiv og metakognitiv teori. Modellen vektlegger opprettholdelsen av prosessene ved sosial angst. Forenklet går modellen ut på å få personer til å korrigere negative tanker om en selv, bli oppmerksom på og slutte med tryggingatferd (unngåelse) og kjenne igjen og forholde seg til negative automatiske tanker. Eksponeringstrening i kognitiv terapi er en viktig behandlingstilnærming til sosial angst.

Kognitiv gruppeterapi er en vanlig og ofte valgt terapiform (Heimberg og Becker, 2002) som har god empirisk støtte (Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach og Clark, 2003), er anerkjent for å være effektiv og har en utbredt anvendelse. Kognitiv gruppeterapi blir ofte benyttet som et tillegg til individuell behandling (Stangier et al., 2003). I kognitiv gruppeterapi er fordelene at man får eksponering av å være i en gruppe, gjensidig støtte fra gruppemedlemmer, psykoedukasjon, øvelser/rollespill og hjemmelekser (Linnerud og Karlsson, 2009). Ulempene er mindre fokus på individuelle utfordringer og opprettholdelse av unngåelsesatferd (Stangier et al., 2003 og Linnerud og Karlsson, 2009). Studien til Linnerud og Karlsson (2009) viser at brukere opplever kognitiv gruppeterapi som nyttig og meningsfullt. De opplever også endringer av symptomer og bedring i livssituasjon (Linnerud og Karlsson, 2009).

2.1.1 Forskning omkring ergoterapi og sosial angst

Forskningen viser at angst begrenser muligheten til å utøve daglig aktiviteter og beholde viktige roller i arbeid og privatliv. Samtidig viser flere studier at aktivitet er viktig for helse og velvære hos brukere med psykiske lidelser (Eklund og Leufstadius, 2007, Goldberg, Brintell og

Goldberg, 2002, Haertl og Minato, 2006). Dette betyr at tiltak som understøtter et økt aktivitetsnivå kan fremme helse og velvære til denne brukergruppen. Ergoterapeuter arbeider med personer med sosial angst i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og innen andre helsetjenester privat. Innenfor ergoterapi er det lite forskning som berører behandling av sosial angst i kommunehelsetjenesten (Bannigan og Spring, 2012). Ergoterapi har et unikt fokus på aktivitet. Målet er ikke å redusere symptomene, men hjelpe brukerne til å takle aktiviteter i hverdagen ut fra egne mål og ønsker (Bannigan og Spring, 2012).

Flere forfattere innen ergoterapi skriver at det finnes få studier om intervensjon der aktivitet anvendes som behandling og rehabilitering (Lawlor, 2012; Sutton, Hocking og Smythe, 2012). En studie av Tokolahi, Em-Chhour, Barkwill og Stanley (2013) understreker at det eksisterer lite systematisk forskning som evaluerer effekten av ergoterapi som behandling for mennesker med angst.

2. 1. 2 Forskning omkring ergoterapi og egen kompetanse

I følge Kinn og Aas (2009) har flere studier de siste 30 årene undersøkt hvordan ergoterapeuter fra ulike fagområder definerer og oppfatter sin profesjonelle rolle, faglige identitet og kompetanse. En rekke studier (Vogel, 1991, Lycett, 1991 og Sachs og Labovitz, 1994) viser at ergoterapeuter innen psykisk helsearbeid har en rolle som er kompleks og allsidig. Flere studier (Duffy og Nolan, 2005, Finlay, 1998 og Sachs og Jarus, 1994) viser også at ergoterapeuter er undervurdert av andre yrkesgrupper. På den andre siden beskrev en studie av Cottrell (1990) hvordan ergoterapeuter innen psykisk helsearbeid oppfatter og beskriver sin rolle som god eller utmerket. Resultatene i studien viser at 97 % opplevde evnen deres som tilpasset psykisk helsearbeid og endringene som skjer innenfor dette feltet.

En studie gjennomført i Sverige (Stenbeck, Eklund og Hallberg, 2001) viser at ergoterapeuter i kommunalt psykisk helsearbeid har ført ergoterapi nærmere den enkelte brukeren. De beskriver en måte å øke kunnskapen om ergoterapeuters kompetanse i kommunalt psykisk helsearbeid på, hvor man undersøker hva de oppfatter som sine kjerneområder (Stenbeck, Eklund og Hallberg, 2001). En studie gjennomført av Lycett (1991) med 46 ergoterapeuter som hadde fått i oppgave å definere ergoterapi viste at de hadde vanskeligheter med å definere eget fag. De brukte et stort utvalg av ord og uttrykk for å definere hva ergoterapi er og hadde i varierende grad vanskeligheter med å definere. I følge Lycett (1991) brukte ergoterapeutene tre forskjellige ord for å beskrive sitt felt. Ordet "uavhengighet" ble mest brukt.

En annen undersøkelse av Chakravort (1993) ble gjennomført på et sykehus med leger for å be de definere hva ergoterapi er. Studien viste at legene beskrev ergoterapi mer nøyaktig enn hva ergoterapeutene gjorde. På samme måte viste Taylor og Rubins (1999) hovedfunn at ergoterapeuter som arbeider i kommunalt psykisk helsearbeid manglet en helhetlig definisjon av ergoterapi. Björklund (1994) og Guidetti og Tham (2002) hevder at en god ergoterapeut virker som en kameleon som kan skifte mellom ulike roller, bruke ulike aspekter av sin faglige kompetanse og er fleksibel i sin rolle, alt for å støtte brukerens behov (Björklund, 1994., Guidetti og Tham, 2002). Rollene inkluderer konsulent, koordinator, helsepersonell, saksbehandler og arbeidstrener (Duffy og Nolan, 2005; Finlay, 1998; Lysack et al. 1990; Stenbeck et al., 2001).

En studie av Jamnadas, Bruns og Paul (2002) undersøkte om hvorvidt sykepleierstudenter og studenter innen bachelor i medisin (physician's assistant) lærer om ergoterapeutens rolle og bidrag i helsetjenester i sine faglige lærerplaner. Det ble konkludert med at de fleste studentene i sykepleier og bachelor i medisin reagerte på ergoterapeutenes rolle innenfor hverdagslivet aktiviteter. Det var ikke tilstrekkelig med pensum omkring det i lærerplanene. Dette støttes av flere studier (Patel og Shriber, 2000 og Pottenbaum og Svinarich, 2005) som konkludere at det er mangel på kunnskap blant helsepersonell og studenter omkring hva ergoterapi er. De manglet kunnskap om ergoterapeutenes bidrag til brukere, arbeidsplasser, ergoterapeutens intervensjoner og arbeidsmetoder (Patel og Shriber, 2001 og Pottenbaum og Svinarich, 2005).

Mattingly og Fleming observerte at ergoterapeuter ofte opererer innenfor to forskjellige diskurser: En som fokuserer på å tilbakeføre personer til et tilfredsstillende liv (sykdoms erfaring) og en annen som konsentrerer seg om å fikse kroppsdelene (sykdom). Hooper og Wood (2002) antyder at disse diskursene gjenspeiler pragmatisme og strukturalisme. Pragmatismen har et helhetlig syn på mennesket: det ser enkeltpersoner som aktivt bygger sine egne omgivelser. I denne oppfatningen anses kunnskap å være konstruert gjennom refleksjoner og gjennom vurdering av konsekvensene av utvalgte handlinger. Til forskjell fra dette fokuserer strukturalismen på mer generelle strukturer og systemer, og minimerer dermed relevansen av konteksten og subjektiviteten. I denne oppfatningen anses kunnskap å være sammensatt av tidløse, universelle og objektivt verifiserbare strukturer og mekanismer (Hooper og Wood, 2002)

2. 1. 3 Oppsummering av tidligere forskning

Tidligere forskning som presenteres ovenfor viser at det er lite forskning omkring effekten av ergoterapi som behandling for mennesker med sosial angst og/eller angst. Forskning viser også at ergoterapeutens rolle innenfor psykisk helse er komplekse og allsidige. Annen forskning viser at det er mangel på kunnskap hos andre profesjoner innenfor helse og at dette skyldes lite pensum omkring hva ergoterapi er i læreplaner.

3. 0 Teoretisk perspektiv

I denne studie ønsker jeg å belyse ergoterapeutenes kompetanse i behandling av brukere med sosial angst. Jeg har gjennom hele prosessen, både før og etter datainnsamlingen lest teori om hvordan jeg kan forstå og møte mennesker med sosial angst. Etter at datainnsamlingen og analysen var gjennomført, ble det tydelig for meg at det var elementer i kunnskapen informantene beskriver og foreller om som ikke bare kunne forstås bare i lys av Skaus (2011) teori om profesjonell kompetanse. Dette skyldes at modellen har fravær av dynamikk. Læring og utvikling er en livslang prosess. For bedre å kunne belyse hvilken kompetanse ergoterapeuter gjør bruk av fikk jeg behov for å utvide mitt teorigrunnlag med Bengt Molanders (1996) teori om kunnskap i handling og teori/forskning om bedring/recovery. Jeg vil i dette kapitlet presentere teorien og hvilke «briller» som er valgt for å belyse studiens problemstilling. Jeg presenterer teorien til Grete Marie Skau (2011) om profesjonell kompetanse, Bengt Molanders (1996) teori om kunnskap i handling og teori og forskning om bedring/recovery.

3. 1. Profesjonell kompetanse

Jeg velger å bruke Skau (2011) sin modell, da den inkluderer personlig kompetanse i teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter. I følge Skau (2011) stammer begrepet kompetanse fra den latinske betegnelsen *competentia*. Det latinske begrepet kan best oversettes med sammentreff eller skikkethet. Det å være kompetent kan bety to ting: 1) å ha rett eller myndighet til å gjøre noe i kraft av sin stilling og 2) inneha de nødvendige kvalifikasjoner til å fylle en stilling, ivareta bestemte oppgaver eller uttale seg om et spørsmål (Skau, 2011 s. 57).

Skau (2011) deler den samlede profesjonelle kompetansen inn i tre aspekter: teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Den samlede profesjonelle kompetansen består derfor av nødvendige og hensiktsmessige kvalifikasjoner i utøvelsen av yrke og henger sammen, påvirker og er avhengig av hverandre. De utgjør en helhet, men med ulik tyngde ut fra hvilken situasjon de fremstår i.

3. 1. 2 Profesjonell kompetanse krever teoretisk kunnskap

I følge Skau (2011) består teoretisk kunnskap av faktakunnskaper og allmenn, forskningsbasert viten. Denne kunnskap kan vi lese oss til og mye av denne kunnskapen foreldes relativt raskt. Kunnskapen kan bestå av faglige begreper, modeller og teorier innenfor de ulike fagområdene og vektlegges ofte mest i eksamener. Teoretisk kunnskap er upersonlig og allmenn og

verdsettes høyt i utdanningsinstitusjoner og akademiske miljøer. Viktig teoretisk kunnskap for dem som arbeider med behandling av sosial angst vil for eksempel være fysiologi og anatomi, sykdomslære, årsaksteori og behandlingsmetoder. I følge Rosenvinge, Larsen, Skårderud og Thune- Larsen (2004) er teoretisk kunnskap viktig for å vite hva man skal se etter og spørre om i klinisk vurdering og behandling av brukere.

Ergoterapeuter har en teoretisk utdanning med overvekt på teoretisk og intellektuelle kompetanseformer. Det er viktig å poengtere at det er mye praksis i ergoterapeututdanningen. En ergoterapeut som har utviklet de ulike sidene av sin kompetanse til en balansert helhet, kan bruke både hode, hjertet og hender i sin yrkesutøvelse. For å kunne utvikle de ulike sidene av vår kompetanse til en balansert helhet trenger vi sosialt samspill. Vi trenger å reflektere over og lære av våre erfaringer i et samspill av teoretisk kunnskap og praktisk utøvelse. Dette er en viktig del av det Skau (2011) definerer som personlig kompetanse.

3. 1. 3 Profesjonell kompetanse krever yrkesspesifikke ferdigheter

De yrkesspesifikke ferdighetene omfatter de praktiske ferdigheter, teknikker og metoder innenfor de ulike profesjonene. Skau (2011) definerer det som det profesjonsspesifikke ”håndverket”. Det vil si de praktiske ferdigheter, teknikker og metoder som kan kobles til de ulike profesjonene og som vi tar i bruk i utøvelsen av dem. Viktig yrkesspesifikke ferdigheter for ergoterapeuter kan for eksempel være å tilrettelegge for aktiviteter. Mennesker med høy manuell ferdighetskompetanse betegnes ofte som dyktige håndverkere. Man kan være en dyktig håndverker uten å kunne redegjøre for hva man gjør teoretisk, men denne kompetanseformen kan ikke stå alene. En håndverker trenger teoretisk kunnskap og personlig kompetanse (Skau, 2011). I behandling av sosial angst vil de yrkesspesifikke ferdighetene for ergoterapeuter kunne være tilrettelegging av aktiviteter, bygge en god terapeutisk relasjon og være en god samtalepartner.

3. 1. 4 Profesjonell kompetanse krever personlig kompetanse

Personlig kompetanse er ikke profesjonsspesifikk, men brukes i utøvelsen av en profesjon. I følge Skau (2011) handler personlig kompetanse om hvem vi er som person, både som individ og i interaksjon med andre. Personlig kompetanse handler også om hvem vi lar andre få være i møte med oss (Skau, 2011). Det er denne kompetanse som er vanskeligst å beskrive og utvikle

og som vi er kommet kortest med å dokumentere. Personlig kompetanse består av menneskelige kvaliteter, egenskaper, holdninger og ferdigheter i unike kombinasjoner og tilpasses de ulike profesjonelle sammenhenger. For ergoterapeuter kan personlig kompetanse være evne til innlevelse, empati, ta selvstendige avgjørelser, evnen til å holde hodet kaldt i kritiske situasjoner og være oppmerksom og mentalt tilstede i møte med bruker og pårørende. Ergoterapeuter skal også kunne samarbeide med andre profesjoner.

Vår personlige kompetanse er nært knyttet til egne erfaringer, er en bearbeidelse av livserfaringer og således ikke atskilt fra vårt private liv. Vi blir aldri utlært fra denne kompetanseformen. I følge Skau (2011) skiller personlig kompetanse seg svært lite fra privat og offentlig, men brukes på forskjellige måter ut fra hvilken kontekst den brukes i. Denne kunnskapsformen kan vi ikke lese oss til, men vi kan nyttiggjøre oss andres tanker og ideer når vi utvikler den.

3. 2 Kunnskap i handling

Gjennom tolkningen av datamaterialet til dette prosjektet var det elementer som ergoterapeutene fortalte som ikke fullt ut kunne tolkes ut fra Skaus (2011) teori om profesjonell kompetanse. Dette skyldes at modellen fremstår å ha lite dynamikk. Jeg hadde derfor behov for å utvide teorigrunnlaget mitt med Bengt Molanders teori om kunnskap i handling. Molanders teori ble anvendt for å få en dypere forståelse av de erfaringene ergoterapeutene fortalte om.

I følge Molander (1996) er kunnskap en form for oppmerksomhet. ”En adekvat kunnskapsteori för kunskap i handling behövs mer än någonsin” skriver Molander (1996, s. 68). Kunnskapsteorien i boken ”kunnskap i handling” er hans svar på dette behovet. I ”Kunnskap i handling” bruker Molander (1996) eksempler fra praksis innenfor musikk, arkitektur og fysioterapi. Molander henter sin forståelse fra blant annet Scön, Polyani, Ryle, James, Wittgenstein, Gadamer, Nordenstam, Göranson og flere. Kunnskapen, slik Molander beskriver det, lever og teksten er i live. Kunnskap er ikke et bilde av verden, men utvikles i ulike menneskelige aktiviteter og føres videre fra spørsmål til svar (Molander, 1996, s. 68). Molander forklarer sin forbindelse til den teoretiske- og den praktiske kunnskapstradisjonen gjennom beskrivelser av motsetningene mellom disse: de praktiske og teoretiske kunnskapstradisjonen

(Molander, 1996, s 68). Molander legger også vekt på den aktive siden ved kunnskap, kunnskap i handling, den levende kunnskap. Denne kunnskapen blir aldri riktig ferdig.

Kunnskap i handling har ingen begynnelse og ingen slutt, men er alltid i bevegelse. ”Den har hela tiden redan börjat” skriver Molander (1996, s. 70). Molander beskriver at den moderne verden er gjennomsyret av teori og at flere og flere forretningsområder styres av regler og teori (Molander, 1996, s. 211). Molander bygger sin forståelse av kunnskap i handling på Gadammers hermeneutikk og den hermeneutiske sirkelen. Den hermeneutiske sirkelen bygger på forståelse som stadig er i utvikling. Tekst og lesning er sammenbundet i fortolkning og lesning (Molander, 1996, s. 95). En tekst tillater fortolkning og gir opphav til nye fortolkninger. Molander beskriver at man skal kunne plassere en ny tekst mellom leseren og teksten (Molander, 1996, s. 95). Dette vil skape mellomrom mellom forforståelse og ny forståelse. Det skaper nye lesninger og nye tekster. For å forstå kunnskap i handling må man forstå de enkelte handlingene i dynamisk forhold til den helheten de inngår i og at denne forståelsen er forbundet med forforståelse. Kunnskap i handling er ikke forskjellige handlinger ved siden av hverandre.

Jeg vil spesielt i forhold til min oppgave referere til Molanders beskrivelse av dialog og refleksjon. Hos Molander beskrives dialog som en struktur for å forstå kunnskap i handling. Han beskriver dialogen som en dialektisk bevegelse mellom deler og helheten (Molander, 1996, s. 208). Dialog er modell for å utvikle kunnskap og holde kunnskap levende (Molander, 1996, s. 209). Dialogens dynamikk utvikles i kunnskap i handling – det vil si at levende kunnskap står i sentrum mellom spørsmålene og svarene. Molander beskriver refleksjon som en måte å få kontroll over en situasjon. Ved refleksjon skal man ta et skritt tilbake for å få overblikk over situasjonen slik at situasjonen man befinner seg i kan speiles. Refleksjon krever tid, ro og ettertanke og er nødvendig for å håndterer ulike situasjoner og prosesser (Molander, 1996, s. 214 og 215). Dette krever en passiv tid, som i følge Molander er hvor man har tid og rom til å reflektere over det man gjør og hva man skal gjøre videre (Molander, 1996, s. 215). Molander (1996) bruker et eksempel på en behandler som i behandlingsrommet setter ting og utstyr til side for at hun skal få en oversikt over når hun kan forlate brukere. Dette gjør behandler for å få tid og mulighet til å reflektere over hva hun holder på med og avgjøre hva som videre skal gjøres.

Kunnskapsteori er helt sentral i kunnskap i handling. I følge Molander (1996) handler det om dynamikk og bevegelse. Han beskriver kunnskapsteori som en orienteringskunnskap med mål

om å gi et overblikk og en forståelse av den åpne kunnskapen i handling (Molander, 1996, s. 267). Han har gjennom sine begreper og ideer forsøkt å danne og gi innspill til kunnskap i handling som kan lede videre til nye spørsmål, undersøkelser og være en støtte i refleksjon. I denne masteroppgaven har jeg gått i dialog med tekstene og den kunnskapsteoretiske rammen for kunnskap i handling og har bearbeidet mitt materiale med en målsetting om å få økt innblikk i ergoterapeuters kompetanse i behandling av mennesker med sosial angst. Molander ligger som en helhet – et bakteppe – i denne studien. Når jeg i denne studien beskriver kunnskap som levende, er det med hensyn til at kunnskap utvikles og læres: det er en læring. Kunnskap er ikke teori eller praksis. Kunnskap er en helhet.

3. 3 Bedring/ recovery

Begrepet recovery³ er sentralt i psykisk helsevern og handler om prosesser knyttet til bedring av psykisk lidelse og hvordan man mestrer det å leve med slike lidelser. Begrepsinnholdet handler om at bedring skjer gjennom personens egeninnsats og eget arbeid, ikke fagpersoners behandlingstiltak eller rehabiliteringsmodell (Borg og Karlsson, 2011). Innenfor psykisk helsearbeid har rehabiliteringstilnærmingen i den senere tid blitt erstattet av recovery-filosofien. En av de første som brukte begrepet «recovery» for å beskrive egen bedring etter alvorlig psykisk lidelse var Patricia Deegan (1998). Hun beskriver at det er viktig å forstå at personer med ulike psykiske lidelser ikke blir rehabilitert i den forstand som for eksempel et fjernsyn «blir» reparert. Personer med ulike psykiske lidelser er ikke passive mottakere av rehabiliteringstjenester. Deegan (1998) referer til at rehabilitering er de tjenestene som er tilgjengelig, slik at brukerne kan lære seg å tilpasse aktiviteter. Recovery referer til den levende eller virkelige opplevelsen. Denne bruker brukerne til å akseptere og overvinne utfordringene med den psykiske lidelsen (Deegan, 1998). Recovery har fremfor alt vokst frem som en beskrivelse av en subjektiv prosess som bygger på individenes erfaring med bedring (Farkas, Gagne, Anthony og Chamberlin, 2005). Recoverybegrepet, som den beskrives av Deegan (1998) er ikke en lineær prosess der bedring følger en bestemt rekkefølge, men handler om små steg for å komme i gang med ulike aktiviteter.

Borg og Karlsson (2011, s. 317) beskriver at «det å komme seg» bygger på ressurser. Det handler om å søke mot støttende og håpefulle omgivelser så vel som å finne frem til måter å

³ Recovery brukes synonymt med bedring. Bedring er et fornorsket ord av recovery (Borg og Karlsson, 2011).

overkomme hindre og barrierer på (Borg og Karlsson, 2011, s. 317 og 318). De erfaringer man har gjort, samt tilgang på fagpersoner som kan bidra som dialogpartnere og støttespillere, tålmodige kartlesere og veivisere og det at noen tror på en, er det som kan holde håpet levende (Borg og Karlsson, 2011, s. 317). Borg og Karlsson (2011) beskriver også at der brukeren trer frem som aktør, synliggjøre både kunnskap og erfaring med hvilken type bistand som hjelper og hvilke rammebetingelser som kan bidra til «å komme seg».

I følge Deegan (1998) har alle mulighet for bedring. Det unike er at kunnskapskilden er egenerfaringen og den personlige reisen, og at brukerne gjennom egne opplevelser erfarer hva som skal til for «å komme seg». I følge Mathisen, Obstfelder, Lorem og Måseide (2015) er dialog og etablering av felles forståelse mellom bruker og fagperson helt sentralt i oppnåelsen av brukermedvirkning og recovery. I en studie av Ness, Borg, Semb og Karlsson (2014) beskrives mye forskning på området. Studiens resultater viser at samarbeid mellom bruker, fagpersoner og pårørende er viktig, og at nøkkelen til suksess ligger i dialog. Samarbeid blir i studien beskrevet som «å vandre sammen med», noe som kan forstås som at man gjennom dialog enes om hva hjelpen skal bestå i, samt setter seg mål for prosessen.

3.0 Metode

I dette kapitlet beskrives den vitenskapsteoretiske posisjonen for studien og fremgangsmåten som jeg har brukt for å fremstille, bearbeide og analysere data. Deretter vil etiske betraktninger i studien løftes frem. Hensikten med studien er å frembringe ny innsikt i ergoterapeuters erfaringer ved behandling av brukere med sosial angst. Studiens problemstilling er: «Hvilken kompetanse gjør ergoterapeuter i kommunalt psykisk helsearbeid bruk av i behandling av brukere med sosial angst?»

3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

For å få innsikt i hva som kjennetegner og hva ergoterapeuter trekker frem som vesentlig i behandling av brukere med sosiale angst og hva som kjennetenger deres arbeid med denne brukergruppen, har jeg benyttet et fenomenologisk perspektiv med hermeneutisk fortolkning. Et fenomenologisk perspektiv handler om å forstå hvordan et fenomen er på bakgrunn av menneskers opplevelse av virkeligheten, der menneskers erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Malterud, 2013 s. 45). Disse erfaringen kan man bare få ved å la mennesker forteller om sine erfaringer eller gjennom observasjon av en handling. I denne typen forskning vil daglige opplevde erfaringer og dagligspråk stå i sentrum. I denne studien ville det ha vært krevende å kun basere seg på en fenomenologisk metode da min tolkning, posisjon og tilstedeværelse i intervjuene, samt valg av tema vil påvirker oppgavens materiale. I analysen og fortolkningen av materialet må hermeneutikk benyttes. Hermeneutikk er fortolkningslære, læren om tolking av tekster, diskurser og handlinger (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 73). Hermeneutikken bygger på prinsipper om hvordan meningsfulle fenomener og menneskelige handlinger kan fortolkes, og at det egentlig ikke finnes en sannhet (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 73). Jeg har en forforståelse og kan via den hermeneutiske forskningen systematisk fortolke fenomener ved å bevege meg mellom delene og helheten. Dette sett i lys av hermeneutisk forskning kalles en hermeneutisk sirkel. Her skal delene forstås i lys av helheten og omvendt. Forforståelsen utvikles og utvides i forbindelse med at forståelsen for materialet øker (Malterud, 2013). Her har jeg gått gjennomgått materialet mitt gang etter gang, frem og tilbake, fra deler til helhet og har med en relativ uklar og intuitiv forståelse av teksten fortolket dens deler og inn i en ny helhet. Med andre ord var det fenomenlogiske perspektivet med hermenutisk fortolkning

et naturlig valg for å studere ergoterapeuters erfaringer ved behandling av brukere med sosial angst.

3.2 Valg av metode

Hensikten med denne studien er å frembringe ny innsikt i ergoterapeuters kompetanse ved behandling av brukere med sosial angst og utvikle beskrivelser av ergoterapeuters praksis som kan gi nye innsikter til det daglige arbeidet mot denne brukergruppen. I følge Kielhofner (2006) er mange fenomener i ergoterapi best studert ved bruk av kvalitative metoder. Valget på metode falt derfor på kvalitativt forskningsintervju. Den har til formål å forstå verden sett fra intervjuobjektens side. Gjennom intervju innhenter jeg informasjon om ergoterapeuters erfaringer og tanker rundt egen praksis. Jeg vil stille spørsmål om og lytte til hva ergoterapeuter selv forteller om livsverdenen sin. Det kvalitative forskningsintervjuet har som mål å få frem betydningen av ergoterapeuters erfaringer og å avdekke deres opplevelser av verden, forut for vitenskapelig forankringer. Jeg ser det som en svakhet i denne studien at jeg ikke gjorde feltarbeid med observasjoner. Observasjoner med lydbånd kunne ha styrket og gitt meg enda bedre sitat. Observasjon ville også gitt meg bedre informasjon og kunnskap om konteksten ergoterapeutene arbeider i. Feltarbeid med observasjon ville ha styrket denne studien, men på grunn av tiden jeg hadde til rådighet i denne studien ble det ikke vurdert feltarbeid med observasjon.

Det kvalitative forskningsintervjuet i denne studien baserer seg på semistrukturert intervju. I følge Malterud (2013) innebærer samtaler mellom mennesker både informasjonsutveksling og sosial samhandling. Semistrukturert intervju anses som relevant for denne studien da metoden gir mulighet for å bruke en intervjuguide som har forslag til spørsmål og temaer. I følge Malterud (2013) er det viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk, om målet er å få vite noe vi ikke visste fra før eller bidra til å åpne for nye spørsmål angående problemstillingen. Det er viktig å gi ergoterapeutene rom for å dele sine egne erfaringer i form av konkrete selvopplevde hendelser som hadde betydning for ham eller henne.

3.3 Utvalg

Et strategisk utvalg gjennomføres for å få data med dybde, detaljer og nyanser knyttet til en sammenheng eller konteksten. Kontekst i denne sammenhengen er intervjueren,

intervjupersonene, kroppen og ikke- menneskers roller (Kval og Brinkmann, 2015 s. 114). Til denne studien er fire kriterier formulert for utvelgelse av deltakere. Det første kriteriet er at ergoterapeutene skulle ha arbeidet med mennesker med sosial angst og nedsatt fungering i hverdagen, som har et behov for støtte, bistand og behandling for å mestre hverdagens aktiviteter. Det andre, tredje og fjerde kriteriet er at ergoterapeutene skulle arbeide i kommunehelsetjenesten, med individuell behandling og over tid.

Problemstillingen og rammene til masterstudiet har betydning for utvalgets størrelse/antall informanter. I denne studien endte utvalget på tre informanter. Et utvalg på tre informanter regnes som et lite utvalg i forskningssammenheng, men anses som et realistisk utvalg innenfor rammene til masterstudiet og som tilstrekkelig til å svare på problemstillingen (Malterud, 2013 s. 60). I følge Malterud (2013) kan et lavt antall informanter (fire til syv) gi et rikt materiale hvis forskeren har gjort godt teoretisk forarbeid, kjenner sitt metodehåndverk og har grundig feltkunnskap. Jeg kjenner til hvordan rus- og psykiatritjenestene er organisert i kommunene, og kan derfor dra fordel av dette i den strategiske utvelgelsen.

I henhold til Malteruds (2013) beskrivelser av utvalg, ble det i denne masterstudien gjort et strategisk utvalg av informanter. Det strategiske utvalget har som målsetning å best mulig belyse den problemstillingen jeg vil ta opp: hvilke informanter kan best danne grunnlag for tolkninger og funn som lærer meg noe nytt om det jeg lurer på. Jeg velger å rekruttere tre ergoterapeuter via strategisk utvalg og et bekvemmelighetsutvalg. Det vil si at jeg inkludere de informantene som det er mulig å få tak i, med snøballteknikken, der jeg brukte nettverket til dem som allerede har sagt ja for å få tak i flere aktuelle deltakere. Med andre ord et nettverksbasert utvalg.

Første steg var å finne ut hvordan jeg skulle rekruttere ergoterapeuter som informanter til dette studiet. Ergoterapeuter med erfaring i behandling av brukere med sosial angst i kommunehelsetjenesten kan befinne seg langt fra hverandre geografisk. Valget ble da, i samarbeid med veileder, på å sende epost til ledere i rus- og psykiatritjenestene i flere kommuner. Forespørselen blir sendt til store, mellomstore og små kommuner. Jeg laget meg en oversikt, i første omgang over alle kommunene i Troms og begynte å kartlegge hvor det arbeidet ergoterapeuter innen rus- og psykisk helse. Jeg valgt å sende ut forespørsel (vedlegg) til alle kommuner i Troms som hadde ergoterapeuter i rus- og psykisk helsefeltet – i alt 11 kommuner. Jeg tok ikke direkte kontakt med ergoterapeutene da jeg ville at deltakelsen skulle være avklart

med lederen. Ved å ikke ta direkte kontakt med ergoterapeutene i de ulike tjenestene ville jeg unngå at informantene føler seg presset til å delta og bedre legge til rette for frivillig deltakelse. Jeg endte opp med en informant fra de 11 kommunen som fikk tilsendt forespørselen. Informanten var fra Troms fylke.

Jeg fikk ikke nok svar i løpet av de to første ukene etter gjentatte eposter med påminnelser. Siden jeg ikke fikk nok informanter med denne strategiske rekrutteringen, ble det aktuelt å rekruttere et bekvemmelighetsutvalg: å ta kontakt med Norsk ergoterapeutforbund og en facebookside for ergoterapeuter som arbeider innenfor psykisk helsearbeid. Norsk ergoterapeutforbund og medlemmer av facebookgruppen kan ha oversikt over ergoterapeuter som jeg ellers ikke ville ha fått rekruttert. Jeg endte opp med to informanter gjennom bekvemmelighetsutvalget. Informantene var fra Finnmark og Hedmark fylke.

Det viste seg å være vanskelig å rekruttere nok informanter, selv om jeg hadde brukt både strategisk rekruttering og bekvemmelighetsutvalg. Totalt mottok 26 ergoterapeuter informasjonsskrivet og 10 svarte på forespørselen. Mange var forhindret å delta på grunn ferie, sykemeldinger og andre viktige arbeidsoppgaver i sin arbeidshverdag. Prosessen har vært tidkrevende og krevd mye energi. Men da jeg fikk tilbakemelding fra informanter som kunne tenke seg å delta, fikk disse tilsendt samtykkeerklæring og en ferdig frankert konvolutt til å svare med. Etter å ha mottatt skriftlig samtykke per post eller underskrevet og sendt pr epost, ble det avtalt tid og sted for gjennomførelse av intervjuet. En informant fikk valget om å komme til intervju ved min arbeidsplass/eller hjemme hos meg eller at intervjuet blir gjennomført ved informantens arbeidsplass/eller hjemme hos informanten. Intervjuet ble gjennomført på arbeidsplassen til informanten. De andre to intervjuene ble gjennomført via skype.

3.4 Forforståelse

Forforståelse handler om det man tar for gitt og innebærer at man alltid forstår noe ut i fra sin forhåndsdefinerte forestilling om et gitt emne. I følge Molander (1996) er ingen forståelse bestemt, all forståelse krever forforståelse. Dette stammer fra den hermeneutiske tradisjonen. At all forståelse krever en forforståelse stammer fra den hermeneutiske sirkelen. Når det gjelder denne masteroppgaven vil det si den vitenskapelige orientering som ligger til grunn for formuleringen av formålet, intervjuguiden og tolkningen av datamaterialet. I dette perspektivet blir alt man forstår preget av ens bakgrunn og erfaring. Min forforståelse kan bidra til å øke

forståelsen om et fenomen, men også motsatt, det vil si å gjøre meg blind for viktige aspekter som andre profesjoner ville ha lettere for å oppdage.

Gjennom grunnutdanningen og praksisperiodene fikk jeg interessen for sosial angst. Det resulterte i en bacheloroppgave om sosial angst og som senere skulle få betydning for min arbeidshverdag og videre studier. For nærmere 10 år siden var jeg ferdigutdannet ergoterapeut. Jeg begynte umiddelbart min yrkeskarriere i kommunalt psykisk helsearbeid og hadde stor interesse for mennesker med sosial angst. Noen av disse menneskene hadde vært innlagt på grunn av sin psykiske helse, mens andre kun hadde fått hjelp av sin fastlege. I arbeidet som ergoterapeut i kommunalt psykisk helsearbeid gikk mine arbeidsoppgaver ut på å behandle, samtale og eksponere for hverdagslige aktiviteter, slik som å ta bussen, handle og gå turer. I tillegg var min arbeidsoppgave å tilrettelegge for matlaging, vasking, følge opp medisiner og bidra til å opprette et sosialt nettverk.

Etter at jeg tok videreutdanning i psykisk helsearbeid, der flere ulike profesjoner deltok, vokste min interesse for å fordype meg på dette området. Utdannelsen har styrket min tillit til det potensialet ergoterapiens tilnærming har til mennesker med sosiale angst. Ikke minst når det gjelder for forståelse for hvilke vanskeligheter som mennesker med sosiale angst opplever, samt hvilke muligheter som finnes for å mestre hverdagslige utfordringer for mennesker som bor og oppholder seg ute i samfunnet.

3.5 Intervju (guide)

Produksjonen av kunnskap skjer gjennom intervju. Det er i dette tilfellet en samtale/dialog mellom to parter om et tema av felles interesse. I denne studien er intervju valgt som datainnsamlingsmetode. Intervju anses som en anvendbar metode for å generere empirisk data om menneskers erfaringer og for å tydeliggjøre og utveksle menneskers egne perspektiver på sin livsverden, i dette tilfelle ergoterapeuters praksis (Kvale og Brinkmann, 2015 s 22). Intervju er en samtale/dialog mellom to parter om et emne av felles interesse (Kvale og Brinkmann, 2015 s 156). Ved datainnsamlingen gjennom intervju stilles kritiske spørsmål for å hjelpe informanten med å fortelle om sine erfaringer.

For å generere data om ergoterapeuters kompetanse har jeg formulert spørsmål ut fra to områder: ergoterapeuters kompetanse med brukere med sosial angst og ergoterapeuters

kompetanse med behandling av sosial angst. Alle intervjuer introduseres med ”jeg er interessert i at du forteller hvilken kompetanse du gjør bruk av og hvilken erfaring du har med behandling av sosial angst”. Slik intervjuguiden er lagt opp er det korte spørsmål for å bedre kunne belyse prosessen.

Jeg har etter gjennomgang av intervjuguiden med veileder, gjennomført et prøveintervju (se også 3.6 Prøveintervju) av en kollega som er ergoterapeut. Ergoterapeuten oppfyller studiens inklusjonskriterier og hadde som formål å se om intervjuguiden er fruktbar og innholdsrik. Jeg gjorde en muntlig henvendelse til denne ergoterapeuten med en forespørsel om å gjøre et prøveintervju. Dette prøveintervjuet vil ikke benyttes i studien fordi det var ment som en læringssituasjon og øvelse for meg. I tillegg gjorde prøveintervjuet meg mer forberedt og trygg i rollen. Jeg diskuterte også intervjuguiden og dens innhold med ergoterapeuten i prøveintervjuet. Jeg tror også at ved å gjennomføre et prøveintervju fikk jeg mer kontroll, ble mer avslappet, var mer tilstede og skjerpet under intervjuene som ble benyttet i denne studien. En annen grunn til at prøveintervjuet ikke ble benyttet i denne studien var at informanten var en nær kollega av meg gjennom mange år. Jeg kjenner denne ergoterapeuten ekstremt godt. Det ville vært etisk ukorrekt å bruke intervjuet i denne studien, samt avviket fra prosessen i forhold til strategisk utvalg. Jeg tok direkte kontakt med denne ergoterapeuten.

3. 6 Prøveintervju

Jeg foretok et prøveintervju i forkant av intervjuene. Det viste seg at ergoterapeuten i prøveintervjuet hadde mye å fortelle i forhold til temaet for denne oppgaven. Prøveintervjuet ble transkribert og kodet i henhold til temaer. Bakgrunnen for at jeg foretok et prøveintervju var at jeg ønsker å gjennomgå intervjuguiden og revidere spørsmålene før jeg møtte informantene. Ved å gjøre prøveintervju sikrer jeg at intervjuguide er forståelig for informantene og at forskningsspørsmålet blir besvart. Intervjuguiden gir meg de data som skal belyses gjennom forskningsspørsmålet, men prøveintervjuet gjorde meg også bevisst på at intervjuguiden er en støtte for å få intervjuene til å flyte. Videre kom det frem at jeg som intervjuer styrer samtalen unødvendig mye. Derfor fikk ergoterapeutene i de kommende intervjuene i mye høyere grad få fortelle og gi eksempler uten for mange oppfølgingsspørsmål fra min side. Intervjurollen innebærer å stille mindre spørsmål og være lydhør for det ergoterapeutene forteller. Etter prøveintervjuet, som visste seg å gi gode beskrivelser av tema

og eksempler fra praksisfeltet, valgte jeg å oppmuntre informanter i de videre intervjuene til å fortelle korte hendelser og situasjoner samt praksiseksempler.

3. 7 Gjennomføring av intervju

Utgangspunktet for alle intervjuene var at de skulle gjennomføres på informantens arbeidsplass. Dette for å skape en trygg intervjusituasjon gjennom at informanten er på et kjent sted og at jeg skulle få en opplevelse av hvor informanten arbeider. På grunn av lange distanser og tiden jeg hadde til rådighet ble det i samråd med veileder vurdert at det er godt nok at intervjuene gjennomføres på ”skype for business”. To av intervjuene ble gjennomført på ”skype for business” med videosamtale og samtalene ble innledet med at informanten ble bedt om å fortelle om sin arbeidsplass og hvilket mandat arbeidsplassen har. Intervjuene på ”skype for business” var på ca 1 time og ble spilt inn på lydbånd. Intervjuet som ble gjennomført på informantens arbeidsplass var på ca 1,5 time og ble spilt inn på lydbånd. Umiddelbart etter hvert intervju ble lydbåndene spilt av. Deretter ble de transkribert. Alle informantene ble intervjuet én gang. Lydbåndene ble i snitt spilt av mellom 4 – 10 ganger slik at jeg skulle få best mulig forståelse av det informantene fortalte.

Under datainnsamlingen opplevde jeg praktiske problemer. I det første skypeintervjuet var det tekniske problemer med lyd og data hos både informant og forsker. Dette førte til at jeg ikke klarte å konsentrere meg så mye i begynnelsen. Informanten i det første intervjuet klarte likevel å holde seg rolig og fokusert og svarte godt og utfyllende på mine spørsmål. Under det andre skype intervjuet og det tredje intervju på informantens arbeidsplass var det ingen tekniske problemer.

Hvert intervju ble avsluttet med en debriefing. Intervjuene ble avsluttet med at jeg oppsummerer de viktigste punktene som kom frem i intervjuet. I følge Kvale og Brinkmann (2015) er det viktig å avslutte et intervju med debriefing slik at informantene får muligheten til å sette ord på hvordan de opplevde intervjusituasjonen. Debriefingen fortsatte etter at lydopptakeren var slått av. I alle intervjuene opplevde jeg å få god kontakt med informantene mine. Jeg opplevde gjennom kroppsspråk og utsagn at de var interesserte og nysgjerrig på prosjektet og at de var trygge i intervjusituasjonen. Alle informantene syntes at temaet masteroppgaven tar opp er viktig og engasjerende.

3. 8 Tolkning av data

Tolkning har vært en kontinuerlig prosess gjennom hele dette arbeidet. Jeg har omformert virkeligheten fra samtaler til tekst, data har blitt bearbeidet og organisert til en form der de ble tilgjengelig for analyse og jeg har drøftet resultatene opp mot eksisterende teori. Forsknings- og analyseprosessen redegjøres for i det følgende. Jeg opplevde at forsknings- og analyseprosessen var mye vanskeligere enn jeg hadde forestilt meg. Jeg kunne ikke bare lese datamaterialet og hente ut resultatet. Molander (1996, s. 220 – 221) beskriver at noen av utfordringene som forskere kan møte i kvalitative analyser, nettopp er å skille mellom resultatet og prosessen som fører frem til dette.

3. 8. 1 Transkripsjon

Å omforme virkeligheten fra samtaler til tekst er i følge Malterud (2013) en tolkningsprosess i seg selv. Malterud (2013) anbefaler at forskeren selv gjør transkriberingen, da det kan spille en stor rolle når den muntlige samtalen skal oversettes til tekst og styrke validiteten av analysematerialet. Jeg gjennomførte transkripsjonen selv og følte jeg ivaretok meningsinnholdet på en pålitelig og gyldig måte. Under transkripsjonen var jeg så nøyaktig som mulig da det gav meg mulighet å bli kjent i materialet fra en ny side. Informantene ble anonymisert. Jeg valgte å omskrive intervjuene til bokmål og utelukket paralingvistiske fenomener i samtalene, eksempelvis nøling, hosting, latter eller pauser. Selv om transkriberingen ble gjennomført så nøyaktig som mulig, er den skrevne teksten ifølge Malterud (2013) bare en tekst, og ikke virkeligheten selv. I denne masteroppgaven er all personidentifiserende informasjon fjernet fra transkripsjonene.

3. 8. 2 Analyse av materialet

De transkriberte intervjuene og notatene underveis og rett etter intervjuene danner grunnlaget for denne analysen. Jeg har valgt å la meg inspirere av Malteruds (2013) fenomenologisk inspirerte systematiske tekstkondensering. Formålet er å sammenfatte informantenes erfaringer og livsverden innenfor feltet jeg studerer. I følge Malterud (2013) gjennomføres analysen i fire trinn. I analysens fire trinn ble hvert intervju analysert individuelt. I denne tverrgående analysen ble informasjon fra alle informanter gjeldende og ga mulighet for å gå i dybden. Analysens fire steg beskrives nedenfor:

1. Helhetsinntrykk

Det første trinnet i analysen innebar at jeg gjorde meg kjent med de transkriberte intervjuene og danne meg et inntrykk av hva det er ergoterapeutene forteller noe om. Her måtte jeg, i henhold til det fenomenologiske perspektivet, sette min forforståelse og teoretiske referanseramme til side slik at informantens stemme kommer tydelig frem i materialet. Dette opplevde jeg som ekstremt vanskelig siden jeg har erfaring med og en interesse for det valgte overordnede temaet. Så her måtte jeg ta alle intervjuene med meg i sofaen med kaffe og litt kaffekos og gjennomlese dem flere ganger for å danne et helhetsinntrykk, bli kjent med materialet og finne foreløpige temaer som kun representere problemstillingen. Denne prosessen måtte gjennomføres flere ganger slik at jeg ikke var påvirket av min forforståelse. I følge Malterud (2011) er det bra om man klarer å ende opp med 3-6 foreløpige temaer for videre analyse. Disse foreløpige temaene var: Erfaring, behandling, bruke aktivitet for å bygge relasjon og å bruke aktivitet for å møte brukerens behov.

2. Å identifisere meningsbærende enheter

Det andre trinnet i analysen innebar at jeg plasserte temaene i marginen på intervjuene og begynte å markere tekst som beskrev de foreløpige temaene. Det jeg erfarte underveis i dette trinnet var at tekst som tilhørte temaene måtte linkes tilbake til intervjuene. Jeg ga derfor hvert intervju en farge og overførte arbeidet til Excel. Dette er hva Malterud (2011) beskriver som koding. Jeg tok for meg et og et tema og gikk gjennom intervjuene. Her måtte jeg skille mellom relevant og irrelevant tekst og sortere teksten opp mot min problemstilling. De meningsbærende enheten/sitatene ble satt inn en tabell i Excel. Jeg erfarte at å både bruke ark og data bidro til at jeg dannet meg en god oversikt og forståelse omkring de meningsbærende enheten/sitatene. Det var mye enklere å gå tilbake til intervjuene om jeg var usikker på noe. Jeg har gått frem og tilbake og gjennomgått materialet mitt gang etter gang. Det har resultert i at jeg har endret kodene min flere ganger. Kodene «komfortsonen» og «humor» ble for eksempel slått sammen til «ergoterapeutene trer ut av komfortsonen og bruker humor». Et annet eksempel er at koden «å sette seg inn i brukerne» ble til «å anerkjenne – det tar tid».

3. Kondensering

Det tredje trinnet i analysen innebar at jeg reduserte mengden empirisk data til et dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter. Jeg gikk gjennom kodene for å se om de kunne danne subgrupper. Jeg slo sammen sitat til mer sammenhengende tekst slik at

teksten representerte kodene og subgruppene mine. I dette trinnet har jeg valgt ut ”gullsitater” som illustrere budskapene og skrevet noen fortellinger som beskriver ergoterapeutens praksis.

4. Sammenfatning

Det fjerde trinnet i analysen innebar at jeg sammenfattet kunnskapen fra subgruppene og kodegruppene. Materialet ble delt inn i to temaer (overordnede temaer) og flere undertemaer (kode- og subgrupper). Jeg underbygger mine funn og fortolkninger med sitater fra ergoterapeutene. Jeg har gjennomgått materialet mitt gang etter gang, frem og tilbake, fra deler til helhet og har med en relativ uklar og intuitiv forståelse av teksten fortolket dens deler og inn i en ny helhet – det som skrives i denne oppgave er den endelige versjonen. Etter hvert som nye innsikter har kommet frem, har jeg knyttet teori opp mot materialet. Basert på funn i materialet leste jeg meg opp på mer teori og har i ettertid inkludert Bengt Molanders teori om kunnskap i handling. I det videre arbeidet med oppgaven velger jeg å bruke i hovedsak betegnelsen ergoterapeuten/e når jeg referer til hva informanten/e har formidlet i dette studiet.

3.9 Rollen som forsker i eget fag

Jeg har hele tiden vært usikker på om min lange erfaring innen behandling av sosial angst i kommunehelsetjenesten kunne bli en fordel eller en ulempe. Kunne erfaringen og kunnskapen min bidra til å lukke for ny kunnskap/perspektiver og begrense spørsmålstillingen? Eller kunne den være en fordel i og med at jeg vet hva man skal spørre om og på hvilke måter? Jeg tror at min erfaring og kunnskap har bidratt til å heve kunnskapen hos meg selv og mine informanter da begreper som ergoterapeuter benyttet var kjente og vår felles forståelse omkring temaet var tydelig. Men spørsmålet er egentlig ikke om jeg påvirket prosessen, men hvordan.

Feltet som jeg har hentet mitt materiale fra er jeg som forsker deltaker i. Jeg har påvirket materialet på flere måter for eksempel når intervjuguiden skulle utarbeides og når materialet konstrueres fra muntlig samtaler til tekst. Siden jeg har et sterkt engasjement for det jeg ønsker å utforske, har det vært nødvendig å søke råd hos veileder slik at materialet ikke skulle bli en bekreftelse på mine egne meninger om ergoterapeuters behandling av sosial angst i kommunehelsetjenesten. Å kunne delta på mastergradsseminarene og få tett og god veiledning har også gitt meg mulighet å etablere metaposisjoner og identifisere svarte ”hull” slik at det underveis ble mulig å gjøre noe med.

3. 10 Etiske betraktninger

Samfunnets krav til forskning er at de som forsker skal komme fram til ny kunnskap, samt arbeide for at forskningsresultatene kommer til nytte. Når det kommer til nytteverdi, er det ikke bare nye produkter eller økt konkurranseevne det handler om, men også å fremme kritisk tenkning og bedre livskvalitet. Det anses som særskilt viktig å forske på faktorer som kan forbedre menneskers helse. Samtidig som at kravet til forskning er viktig og nødvendig for samfunnet, legges det vekt på betydningen av at man ivaretar rettighetene til de som deltar i forskningsundersøkelser, til for eksempel i forhold til integritet. Når det gjelder forskningskravene og kravet om beskyttelse av den enkelte, må dette alltid være gjenstand for etisk diskusjon for å finne en balanse mellom forskjellig og lik interesse. Studien er godkjent av personvernombudet i Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenester (NSD) (VEDLEGG).

Beskyttelsen av informantenes integritet er tatt i betraktning i forhold til informasjon, samtykke, konfidensialitet og nytteverdi. Informasjon om formål og bakgrunn for studien ble gitt tre ganger, i brevet sendt for å beskrive kriteriene for deltakelse, ved den påfølgende telefonsamtalen og under intervjuene. Informasjon ble gitt til informantene selv om betingelsene for deltakelse er frivillig og at de kan når som helst underveis kan trekke sitt samtykke for å delta i studien. Informantene ga sitt samtykke til å delta muntlig i studien under telefonsamtale. Kravet om konfidensialitet er delvis tatt i betraktning ved å beholde materialet låst og delvis uidentifiserbart slik at de enkelte informantene ikke kan kobles til materialet i ettertid.

4. 0 Presentasjon av resultater

Analysen har ført til fire temaer. Sentralt i studien er ergoterapeuters erfaringer fra praksis og behandling av brukere med sosial angst. Denne studien viser at det er faglig enighet mellom ergoterapeutene om hva som er viktig i deres praksis og hvilke arbeidsformer som kan bidra til bedre helse hos brukere med sosial angst. Ergoterapeutene løftet frem betydningen av de relasjonene de har etablert med sine brukere gjennom hverdagslige aktiviteter og at dette var en forutsetning for at ergoterapeuten skal kunne tre ut av komfortsonen (tema 4. 1), at anerkjennelse mellom ergoterapeuten og bruker tar tid (tema 4. 2), at bedring ikke er en selvfølge (tema 4. 3) og å gjøre aktivitet (sammen) (tema 4. 4). Når ergoterapeutene arbeider med relasjoner må interessen rette seg mot brukernes subjektive opplevelser og egne opplevelser, men mest av alt mot det som skjer mellom dem.

4. 1. ”Ergoterapeutene trer ut av komfortsonen og bruker humor”

For å bidra til en god samarbeidsrelasjon, kunne ergoterapeutene gå ut over sin egen komfortsone/ trygghetszone og bruke humor. Det var viktig å bruke seg selv, og den profesjonelle fasaden kunne vike for å skape en nærhet til brukerne. En av ergoterapeutene forteller om en oppfølging hjemme hos en bruker, som i denne studien har fått navn Susanne⁴. Dette var et samarbeid med Susanne slik at hun skulle mestre aktiviteter i hverdagen. Susanne var en kvinne i 50 – årene, som ergoterapeuten beskriver å ha en god relasjon til. Ergoterapeuten husker at det første møtet var preget av undring og respekt for Susanne, og at ergoterapeuten var opptatt av å ikke overkjøre og overta styringen. Derfor brukte ergoterapeuten god tid. Ergoterapeuten understreker viktigheten med å starte første behandling hjemme hos Susanne, siden hun er tryggest der. Det er naturlig for ergoterapeuten å innlede det første møtet med en samtale for å skape trygghet, tillit og etablere en god relasjon, samt innhente informasjon på en naturlig måte. Når de er sammen hjemme hos Susanne gir det rom for ergoterapeuten til å dele sine egne erfaringer, vise at også ergoterapeuten har et sammensatt hverdagsliv og tørr å uttrykke sin identitet sammen med henne. Det beskriver ergoterapeuten som å ”tre ut av komfortsonen”, og betegnes som det overordnede målet for å skape en god relasjon for det videre samarbeidet. Ergoterapeuten beskriver videre litt omkring hjemmet til

⁴ Jeg har tenkt nøye gjennom brukerens anonymitet gjennom presentasjon av resultatet. I resultatpresentasjonen kan ingen gjenkjenne den enkelte bruker.

Susanne, at hun kun hadde en to seter sofa i stuen og at hun ikke hadde vært utenfor bydelen sin på 5 år. De begynte behandlingen med å gå til postkassen, så til naboen, for deretter gå lenger og lenger. Etter en tid med behandling i forskjellige aktiviteter var Susanne selvgående i hele byen. Nå går Susanne ut som andre mennesker. Videre uttrykker ergoterapeuten at hun måtte tørre å være personlig for å være en god hjelper. Ergoterapeuten beskriver at hun selv også har utfordringer med for eksempel å få orden på konkrete, praktiske ting som å gå med søppel, handle inn mat, ta bussen, snakke med naboen, på lik linje med Susanne. Ergoterapeuten gjengir også egne situasjoner, tanker og følelser. Å ha felles menneskelige erfaringer innebærer ikke at ergoterapeutene fornektet Susannes tanker og hennes vanskeligheter med å opprettholde sosiale relasjoner og å gjennomføre hverdagslige aktiviteter. Ergoterapeuten til Susanne ufarliggjør problemene ved å allmenmenneskelige. Ergoterapeuten understreker at det er noen likheter mellom h*n og Susanne når det gjelder sosial angst og mestring av hverdagslige aktiviteter.

En ergoterapeuten sier: "For eksempel det å holde taler. Jeg er ikke glad i holde taler. Men du lærer deg noen knep og teknikker for å mestre det. Det å bruke seg selv for å ufarliggjøre det, er viktig behandling".

Sitatet illustrerer at det er viktig å vise at hverdagslige aktiviteter i ergoterapeutens arbeidshverdag kan være vanskelig for ergoterapeuten, slik at brukeren forstår at det ikke bare er vanskelig for han, men også for andre. Ergoterapeuten blir dermed personlig og framstår ikke som en ekspert. Sitatet viser også at sosial angst er komplekst og vanskelig, derfor er det viktig å vise at dette ikke bare gjelder brukeren, men også ergoterapeuten og andre. Alle ergoterapeutene i denne studien forteller at møter mellom ergoterapeutene og brukere bærer preg av mye humor, som representerer noe morsomt og ofte vekker latter. Humor er viktig for å bygge relasjon og kan ifølge ergoterapeutene gi nye innsikter. Det er viktig å tilpasse humoren til hver enkelt bruker og kultur, ettersom humor kan ha ulik effekt og ikke alle har samme forhold til den. Ergoterapeutene beskriver at humor, når det er felles forståelse omkring situasjonene, kan gi avspenning, refleksjoner og trøst.

En ergoterapeut sier: "Det å ikke ta seg så høytidelig. Bruke litt humor, ufarliggjøre. Vise at jeg også kan drite meg litt ut".

Slik det framstår ut fra det ergoterapeuten sier, er humor et viktig uttrykksmiddel for å vise

hvem ergoterapeuten er med mål om å skape et tettere og mer personlig forhold til hverandre. Å vise hvem man er som ergoterapeut innebærer ikke å utlevere seg helt både som fagperson og privatperson, men å kunne være til hjelp og anerkjenne brukerens opplevelser av situasjoner, tanker og følelser. Bruken av humor i relasjonen mellom ergoterapeuten og brukeren er en måte å bearbeide følelser, tanker og situasjoner. Dette kan, både hos bruker og ergoterapeut bidra til utvikling og læring.

En ergoterapeut sier: *”Tørre å prøve noe nytt og komme seg ut av komfortsonen som ergoterapeut. Det er når du som ergoterapeut går ut av komfortsonen at magien og endringen skjer. Hvordan får du brukerne til å tørre? Jo, da må du også tørre det”.*

Sitatet illustrerer at ergoterapeutens ansvar forutsetter både kunnskap og personlig kompetanse i form av innlevelse, evne til å avpasse egen atferd, innlevelse, autoritet og etisk bevissthet. Å utvikle en relasjon er en prosess hvor ergoterapeutene må være bevisst hvordan det er å være personlig og kunne ”tre ut av komfortsonen”. Det er ikke mulig å være i kontakt med andre uten å være i kontakt med seg selv og sine følelser. For å bruke hverdagslige aktiviteter i relasjonsbyggingen må ergoterapeutene bruke egne erfaringer, være personlig og ”tre ut av komfortsonen”. Dette vil påvirke kontakten i relasjonen til brukerne. Alle ergoterapeutene beskriver at brukerne er de viktigst og at det er de som er i fokus.

Sitatene i denne delen illustrerer at ergoterapeutene gjenkjenner relasjon, ut fra å være faglig og personlig, ved å undersøke problemer og ressurser og hva brukerne mener har vært til hjelp tidligere. Ergoterapeutene har et særlig ansvar for at relasjonen er av kvalitet. Å være personlig i kontakten med brukerne må ikke forveksles med å være privat. Det er forskjell på å være personlig og uttrykke egen tanker, følelser og grenser på en anerkjennende, autentisk måte og å snakke om private forhold. I den personlige kontakten forholder ergoterapeuten seg som person til brukeren. Alle ergoterapeutene understreker også viktigheten av å ha gode faglige og ergoterapeutiske ferdigheter.

Ergoterapeutene har et særlig ansvar for at relasjonen er av kvalitet. Ergoterapeutene i denne studien beskriver at selv om to personer ikke er likestilte, er målet å skape en likeverdig kontakt. Ergoterapeutene understreker at relasjonen er bestemt av verdiene i samspillet og opplevelsen av den andre. Brukeren i sitatet over kunne ikke kjenne seg igjen i det ergoterapeuten presentert for han. Ergoterapeuten forteller at tilbakemeldingen fra brukeren gjorde at behandlingen ble

justert, men at dette var noen måneder etter at behandlingen var startet. Ergoterapeuten beskriver at kommunikasjon kan være en utfordring og at hun noen ganger går på akkord med seg selv og de utfordringer hun står overfor i praksis.

Videre viser resultatene i min studie at det er viktig å spørre brukeren og ikke stole for mye på egne antakelser. Enkelte av ergoterapeutene i min studie anerkjenner at det kan være utfordrende. Samtidig viser de til forskning omkring temaet.

4. 2 ”Å anerkjenne – det tar tid”

En ergoterapeut forteller om en bruker, som i denne studien får navnet Laila, hvor ergoterapeuten har interessert seg for hva Laila opplever som meningsfullt og som kan deles med andre. Laila hadde lyst å dra til byen og gå innom biblioteket å låne filmer, men hadde ikke vært ute av leiligheten på mange år. Hun fikk hjelp til å holde fast på og videreutvikle det som var det viktigste av alt, nemlig å være selvstendig og kunne låne filmer på biblioteket. Samtidig har ergoterapeuten delt noe av sine erfaringer omkring det å dra til byen og gå innom biblioteket for å låne filmer. Ergoterapeuten er åpen og har gitt Laila mulig til å reflektere. H*n er opptatt av kommunikasjonen rundt Lailas interesse for denne aktiviteten og viser sin interesse ved å være åpen og spørrende. Ergoterapeuten forsøker å rette sin oppmerksomhet dit Laila har sin oppmerksomheten. Samtidig beskriver ergoterapeuten hva hun gjør og hvorfor hun gjør det hun gjør. Ergoterapeuten forteller om det hun opplever. Sin opplevelse i nåtiden. Dermed blir ergoterapeuten synlig og autentisk.

I alle intervjuene forteller ergoterapeutene at de tilpasser måten de snakker på og er på etter brukerenes behov og ønsker. De beskriver at det er krevende å være både seg selv, samtidig som man skal være profesjonelle og tilpasse seg brukeren. Det krever fleksibilitet, aktiv innsats og refleksjon. For å tilpasse kommunikasjonen til brukeren, er det, i følge ergoterapeutene, viktig å verdsette brukerenes perspektiver og meninger, og respektere og tolerere dennes valg og verdier. Dette forsøker ergoterapeutene å vise gjennom ord, talemåter og kroppslige uttrykk. Samtidig beskriver ergoterapeuten at det er viktig å sette grenser når brukeren for eksempel har urealistiske aktivitetsplaner.

Ergoterapeuten sier: *”Møter brukerne i aktivitet: Tune seg inn slik at brukerne føler seg møtt, sett og forstått. Der ligger det mye god hjelp. Samt at man får snakket om det man ønsker å snakke om”.*

Sitatet illustrere at ergoterapeuten må sette seg inn i brukerens opplevelser. Det er viktig å kjenne på de følelsene brukeren opplever. Dette gjør ergoterapeuten ved å være i aktiviteten, kjenne på de samme følelsene og lar brukerens opplevelser stå i sentrum. Ergoterapeuten forteller videre at det er viktig å være oppmerksom på hvordan man fremstår i aktiviteten slik at ergoterapeuten ikke ”tune seg” for mye inn på brukeren. Det viser at ergoterapeuten er klar over hvilke følelser som tilhører brukeren og hvilke som tilhører ergoterapeuten. En aktiv refleksjon i aktiviteter gir ansvar og læring for både ergoterapeutene og brukerne. Ergoterapeuten i sitatet sier at hun har opplevd at å sette seg inn i brukerens situasjon, aktivitetsutfordringer og følelser har bidratt til at behandlingen og relasjonen har blitt bedre. Sitatet illustrer at ergoterapeuten anerkjenner brukeren, det viser ergoterapeuten ved å være i aktivitetene og sammen med brukeren.

Alle ergoterapeutene beskriver at anerkjennelse handler om å godta brukerne med de styrker, utfordringer og problemer de har, uten å fordømme eller å undervurdere dem. Ergoterapeutene bruker empati for å sette seg inn i brukernes situasjoner og forsøker å forstå situasjonene, opplevelsene, hensiktene og handlingene. Ergoterapeutene forteller at det er viktig å anerkjenne brukerne, hvis ikke kan de innta en forsvarsposisjoner, ikke føle seg gode nok og avbryte behandlingen fordi de får en følelse av at hjelpen ikke er til hjelp eller nytter. Det viser at brukere med sosial angst kan ha opplevde manglende anerkjennelse i andre sosiale situasjoner og kan bety at brukeren møter ergoterapeuten med skepsis. Anerkjennelsen, ligger, ifølge ergoterapeutene, til grunn for å skape tillit og gir mulighet for samarbeid og forandring.

En ergoterapeut forteller om en ung mann hun har jobbet med. Denne unge mannen har nesten ikke vært utenfor leiligheten og husarbeid har blitt nedprioritert. Han har angst for å møte andre mennesker og snakker kun med andre mennesker gjennom dataspillene han spiller. Ergoterapeuten forteller at brukeren beskrev en angst for å få besøk og at det bunner i at han har en skitten og rotet leilighet. Å gjøre husarbeid var hans første steg for å føle seg bedre. Brukeren hadde selv et ønske om å vaske kjøkkenbenken. Ergoterapeuten og brukeren snakket om hvordan disse aktivitetene kunne gjennomføres. Ergoterapeuten graderte og tilpasset deler av aktiviteten, samt avtalte hjemmelekser for brukeren. Ved neste hjemmebesøk av

ergoterapeuten skulle de snakke om hjemmeleksen. Resultatene av dette samarbeidet ble meget bra og brukeren var i bedring. Han hadde nå laget seg en rutine på gjennomføringen av aktiviteten. Ergoterapeuten beskriver at h*n har gjennom flere års erfaring både på arbeid og privat har benyttet egne erfaringer i tilrettelegging av aktiviteter. Ergoterapeuten er opptatt av å gradere og tilpasse aktivitetene ut fra brukerens egne ønsker og mål. Ergoterapeuten uttrykker forståelse for at det ikke er enkelt å utføre aktiviteter når man har sosial angst. H*n forteller videre at hjemme må h*n selv dele opp aktivitetene. Det er denne erfaringen som ergoterapeuten anvender i samtale med brukere som har sosial angst. Dialogen med brukeren er viktig. Det handler om å møte noen, som det er mulig å samhandle med.

Alle ergoterapeutene beskriver at brukerne har behov for å oppleve seg anerkjent i forhold til sine aktiviteter, verdier, også videre. Å ikke mestre livet, slik ergoterapeuten ovenfor beskriver, er stigmatiserende i vårt samfunn. Her forteller ergoterapeuten at når brukerens erfaringer og tanker om sin situasjon som blir tillagt verdi, opplever brukeren anerkjennelse for sin kompetanse. Selvrespekten øker og faren for stigmatiseringen minsker. Ergoterapeuten i eksemplet over bruker en hverdagslig aktivitet, slik som å vaske kjøkkenet, som utgangspunkt for å styrke selvfølelsen da hun legger merket til at brukeren ikke har fokus på hverdagslige aktiviteter. Her bruker ergoterapeuten sin forståelse omkring selvfølelse, det meningsfulle i aktiviteten og forståelse omkring aktiviteten. Dette kommuniseres til brukeren på en måte som gjøre at brukeren merker at ergoterapeuten forstår og bryr seg om brukeren. På denne måten fører anerkjennelse til selvrefleksjon hos brukeren. Det er mulig for ergoterapeuten å forstå den unge mannens uvilje mot å vaske kjøkkenet ut fra sin kjennskap til brukerens indre verden og samtidig ha sin egen forståelse av betydning av å vaske kjøkkenet. Ved å åpne seg for brukerens perspektiv vil ergoterapeuten få mulighet til å tilføye dette til sin forståelse og dermed nyansere den. Den samme muligheten vil brukeren få gjennom anerkjennelse. Ergoterapeutene uttrykker anerkjennelse gjennom å lytte, respektere, bekrefte og er aksepterende.

I alle intervjuene beskriver ergoterapeutene at kunnskapen ligger både hos ergoterapeuten og hos brukerne, og at det er summen av disse kunnskapene som gir god behandling, ved at ergoterapeuten og brukeren har ulike roller, kunnskaper og kompetanser. Ergoterapeutene forteller videre at aktiviteter gir rom for å snakke om tanker og følelser, bli lyttet til, sett og respektert. Ergoterapeutene beskriver kunnskapen som begge engasjerer seg i og samtaler om, men ser ikke på seg selv som en ekspert. Ergoterapeutene vektlegger ikke ekspertrollen, men heller relasjonen, og er opptatt av å ikke fremstå som den som vet best og kan definere hva som

riktig og ikke riktig for å håndtere sosial angst. De er opptatt av at brukerne har mange svar:

En av ergoterapeutene sier: *”Et eksempel er en bruker som har negative tanker omkring seg selv. Han hadde innført røde kort hver gang han fikk negative tanker. Han tok opp kortet fra lommen og stopp et opp for å si til seg selv: dette er bare tull og tøys”*.

En annen av ergoterapeutene sier: *”Et eksempel er en bruker som hadde ett strikk. Han hadde ett strikk rundt håndleddet som han dro i. Da fikk han fokuset ut over og distrahererte seg selv”*.

Her beskriver ergoterapeutene at de tar i betraktning de erfaringene brukerne har. Begge sitatene viser at meningen med teknikkene er å bli komfortabel med det ukomfortable. Det er ukomfortabelt med angst. Det å bli komfortabel med det er helt greit, da det ikke er farlig å være ukomfortabel. Ergoterapeutene er nysgjerrig på brukerne og ønsker å lære av dem. De beskriver at de er opptatt av hvilke teknikkene som brukerne har lært seg. Det kan være teknikker de ikke en gang vet at de bruker og da er det viktig for ergoterapeutene å kartlegge dette. Dette for å se på hvilken måte teknikkene har betydning for de hverdagslige aktivitetene. Det å lære av brukerne kan være magisk. En ergoterapeut sier *”Det er av bruker jeg har lært masse teknikker og hvordan de håndtere angsten sin”*. Ergoterapeutene beskriver at de ikke er upåvirket av brukerne, de påvirker hverandre og de er sammen om aktivitetene i behandlingen. Behandlingen utgår fra begge og på lik linje. Ergoterapeutene bruker begrepet anerkjennelse i betydning av et felles ”prosjekt”, ved at brukeren og ergoterapeuten respektere hverandres opplevelser, tanker og følelser.

Anerkjennelse blir igølge ergoterapeutene en holdning. Ergoterapeutene forteller at det handler om å møte brukerne med en opplevelse av interesse og forståelse. Opplevelsen blir nøkkelen i denne holdningen slik at ergoterapeutene og brukerne gir rom for noe sammen. Anerkjennelse blir av ergoterapeutene brukt for å understreke relasjonen.

4. 3 Bedring er ingen selvfølge

Gjennom alle tre intervjuene forteller ergoterapeutene at de opplever at behandling kan være problematisk når brukere har tilleggsproblematikk, slik som for eksempel depresjon. Imidlertid gir ergoterapeutene uttrykk for at det også kan være utfordringer knyttet til motivasjon og at

brukere har vanskeligheter med å opprettholde kontinuitet i behandlingen. To av ergoterapeutene gir uttrykk for at tilleggsproblematikken ikke bare er en begrensning for hva ergoterapeuten får utrettet, men at det også har betydning for brukeren selv.

Ergoterapeuten sier: *”Brukeren prøvde, men fikk ikke til. Vi kom ikke videre. Med tilleggsproblematikk kan det være vanskelig”*.

Videre kommer det fram at noen av brukerne som får behandling for sin sosiale angst er redde og usikre i forhold til bedring av hverdagslige aktiviteter. Da knyttet til opplevelsen av endringen som vanskelig, skremmende eller ubehagelig knyttet til livssituasjon og hverdagslige aktiviteter. Ergoterapeutene beskriver at noen brukere har vanskeligheter med å endre på hverdagslige aktiviteter som føles nødvendig for å komme gjennom hverdagen. Noen brukere har gjort den sosiale angsten til en del av sin hverdag og sine rutiner. Brukere som får behandling av ergoterapeutene kan også mangle motivasjon for endring. Ergoterapeutene beskriver at noen er motivert til å utfordre og endre hverdagslige aktiviteter og vil gjøre noe med sin livssituasjon. Andre, derimot, vil fortsette å leve med begrensede aktiviteter uten å gjøre noe med dem. Ergoterapeutene er oppmerksom på slike forhold og tar dem opp med brukerne og kollegaer.

En ergoterapeut beskriver en mann, som i denne studien får navnet Sven Erik⁵, og som er vanskelig å bli kjent med og komme inn på. Sven Erik er i midte av 30-årene, har lang universitetsutdanning og arbeidserfaring innenfor sitt fagfelt. Han er nå sykemeldt og går i behandling for sin sosiale angst. Den sosiale angsten har tatt over dagliglivet og fungeringen i hverdagen. Ergoterapeuten har jobbet med Sven Erik i et år uten noen særlig effekt av behandlingen. Ergoterapeuten har forsøkt å forstå hvorfor behandlingen ikke har noe effekt. Sven Erik benytter ikke butikken, banken, posten eller andre offentlige kontorer uten å ha følge med seg. Ergoterapeuten beskriver avtaler med Sven Erik om å trene på egenhånd slik at aktiviteter kan gjøres uten ergoterapeuten eller andre tillitspersoner tilstede. Han gjennomført ikke aktivitetene på egenhånd og isolerer seg store deler av dagene, ukene og månedene. Ergoterapeuten beskriver mange gode forsøk på å få han til å fortelle hvorfor aktivitetene ikke blir gjennomført uten støtte. Ergoterapeuten får en følelse av tilkortkommenhet, kjenner seg hjelpeløs, avvist og låst i behandlingen. Ergoterapeuten beskriver en følelse og et ønske om å

⁵ Jeg har tenkt nøye gjennom brukerens anonymitet gjennom presentasjon av resultatet. I resultatpresentasjonen kan ingen gjenkjenne den enkelte bruker.

overstyre brukeren ved å definere mål og aktiviteter i behandlingen. Ergoterapeuten beskriver at uansett hva hun prøver på, får hun liten respons tilbake. Hun har begynt å grue seg til å møte Sven Erik. Hun har mest lyst til å be en annen kollega ta over for henne. Ergoterapeuten sier: ”men jeg er ergoterapeut, er ansatt, har et ansvar og et oppdrag”. Hun beskriver en følelse av å ikke være en dyktig ergoterapeut. Hun forteller imidlertid at Sven Erik har gått til behandling hos psykolog, og at psykologen heller ikke nådde inn til brukeren. Ergoterapeuten beskriver at dette er på en måte godt da det gjengir at det kanskje ikke er bare hennes feil.

Ergoterapeutene forteller de i løpet av sin praksis har de opplevd behandling som ikke har skapt endring. De understreker at det er ergoterapeuten som har ansvar for at samarbeidet fungerer. Ved behandling som ikke skaper endringer har ergoterapeuten snakket med brukeren om at bedring ikke skjer, og at brukeren i samarbeid med annen ergoterapeut eller kollega kan ha bedre forutsetninger for å lykkes. Eventuelt at det er riktig å avslutte behandlingen. Her beskriver ergoterapeutene at faglig veiledning og støtte fra kollegaer er viktig og nødvendig.

Ergoterapeuten sier: ”En bruker ga meg tilbakemelding og sa til meg at jeg hadde fortalt om det å ha sosial angst og den behandlingen som vi skulle gå i gang med. Men jeg snakket ikke med han om hvordan han opplevde det”

Samtlige ergoterapeuter beskriver at kommunikasjon og brukervedvirkning er en utfordring i møte med brukere. Ergoterapeutene beskriver at manglende brukervedvirkning og kommunikasjonsutfordringer, slik sitatet ovenfor illustrerer, bidrar til at samarbeidet og bedring blir vanskelig. Gjennom intervjuet med ergoterapeuten kommer det frem at utfordringene som lå i brukervedvirkning og kommunikasjonsutfordringene først og fremst bunnar i tanken om at denne måten har jo fungert før. Ergoterapeuten beskriver en opplevelse av å forstå brukeren, og at ergoterapeuten ikke var obs på brukerens stemme. Ergoterapeuten ble oppmerksom på at det ikke er tilstrekkelig med ett spørsmål i ny og ne. Det er nødvendig med tilbakemelding fra brukeren om hvordan han opplever nytteverdien, for å tilpasse behandlingen. Ergoterapeuten beskriver at det er spesielt viktig å få tilbakemeldinger fra brukeren, siden han opplever lite utbytte av behandlingen. Det gir mulighet for å endre behandlingen. Ergoterapeutene har et særlig ansvar for at relasjonen er av kvalitet. Ergoterapeutene beskriver at selv om to personer ikke er likestilt, er målet for ergoterapeutene å skape en likeverdig kontakt. Ergoterapeuten understreker at relasjonen er bestemt av verdiene i samspillet og opplevelsen av den andre. Brukeren i sitatet over kunne ikke kjenne seg igjen i det ergoterapeuten presentert for han.

Ergoterapeuten forteller at tilbakemeldingen fra brukeren gjorde at behandlingen ble justert. Hun beskriver at brukermedvirkning og kommunikasjon kan være en utfordring, og at hun noen ganger går på akkord med seg selv i de utfordringer hun står overfor i praksis.

Dette henger også sammen med at ergoterapeuten og brukere med sosial angst ofte ikke er likestilt i relasjonen. Brukere med sosial angst er avhengige av ergoterapeutens profesjonelle kompetanse. Noen ergoterapeuter beskriver dette som avhengighet. Videre beskriver de at de har et særlig ansvar for at relasjonen er likeverdig og noen ganger likestilt. Kontakt er en opplevelse, en opplevelse av et møte mellom to mennesker. Her foregår en gjensidig utveksling av erfaringer, nysgjerrighet og personlige utsagn og fortellinger. I forhold til brukere med sosial angst beskriver ergoterapeuten at når kontakten som etableres er likeverdig, vil den kunne gi begge en opplevelse av å bli sett, anerkjent og respektert. Kvaliteten av relasjonen gjenspeiles i hvordan relasjonen som etableres mellom ergoterapeuten og brukeren oppleves. Selv om disse to personene ikke er likestilte, er målet for ergoterapeuten å skape en likeverdig kontakt.

Behandlingens kvalitet er avhengig av et godt samarbeid med brukeren. Brukeren må være en aktiv bidragsyter i behandlingen, for eksempel eksponere seg selv etter at hovedaktiviteten er gjennomført slik at teknikker kan overføres til andre hverdagslige aktiviteter. Ergoterapeutene beskriver at relasjon er det viktigste arbeidsverktøyet de har. Behandling som ikke skaper bedring gir anledning til å få kunnskap om hva som hindrer og hemmer brukeren, hva som er skremmende eller krevende og hva brukeren synes om tilbudet de mottar. Brukeren i sitatet over hadde lett for å unnvike det farlige og pinlige.

4. 4 Å gjøre aktivitet (sammen)

Det kommer til uttrykk i intervjuene at ergoterapeutene anser ”å gjøre aktivitet” som viktig, men samtidig gir de uttrykk for en oppfatning om at brukerne med sosial angst unngår å gjøre aktiviteter sammen med andre på grunn av sin sykdom. Med dette perspektivet forsøker ergoterapeutene å endre interaksjonen ”sammen” til noen meningsfullt og lystbetont. Gjennom intervjuene kommer det frem at ergoterapeutene baserer behandlingen på hvilke aktiviteter som er av interesse, ønsker og mål hos hver enkelt bruker. De uttrykker at det er brukeren som presenterer hvilke aktiviteter de opplever som meningsfulle og lystbetonte. Det kommer også frem at ergoterapeutene kan komme med forslag til aktiviteter, men at målet er at det skal være bruker som presenterer aktivitetene. Ergoterapeutene beskriver at aktiviteter som de selv

presenteres kan være på siden av det brukeren ønsker eller har behov for, derfor unngår ergoterapeutene å komme med forslag.

Ergoterapeuten sier: ”Min jobb er praktisk. Jeg utfordrer brukerne til å gjøre aktiviteter ut fra deres interesser”.

Alle ergoterapeutene beskriver at brukerne ønsker å gjøre aktiviteter som oppleves meningsfulle i det daglige. Ergoterapeutene uttrykker gjennom intervjuene at aktiviteter som er meningsfulle kan være buss, kafe, bibliotek og andre aktiviteter som man ikke gjør daglige. Alle ergoterapeutene beskriver at de er opptatt av å stille spørsmålet ”hva er viktig aktivitet for deg” og at hjelpen de tilbyr er ut fra det brukerne løfter frem som viktig. Mening handler om ”hvorfør gjør vi som vi gjør” og er en del av motivasjonen. Mening og motivasjon brukes for å strukturere aktivitetene som brukerne opplever som utfordringer i hverdagen.

En ergoterapeut sier: *”Jeg er veldig opptatt av at når brukerne begynner å snakke om hva de unngår og hva som er vanskelig, at vi da begynner å snakke om daglige aktiviteter og deretter hvilke aktiviteter som er meningsfulle”*

Aktiviteter som er meningsfulle og som gjøres sammen med andre, handler om å påvirke livet i ønsket retning, og er en avgjørende drivkraft for å få til forandring. Ergoterapeutene uttrykker at det er ved å gjøre aktiviteter at deltakelse og tilhørighet styrkes. For å se meningen med å forandre et aktivitetsmønster er det viktig å se fremover og ha tro på at forandring til det bedre er mulig. Ergoterapeutene beskriver brukerne fra sin praksiserfaring som kreative og anser valgene de gjør som basert på hva de opplever som meningsfullt. Dette styrker motivasjonen for å gjøre aktiviteter sammen og definere egne mål. Ergoterapeutene beskriver videre at å gjøre aktiviteter sammen gir brukerne mening og en følelse av mestring, til tross for deres sosial angst. Når ergoterapeuten og bruker gjør aktiviteter sammen og forstår hverandre, utvides bevisstheten. Det betyr at begge får et utvidet opplevelsesfelt og økt informasjon. Ergoterapeuten bruker en slik forståelse til å ”tune in” og dele sin forståelse.

En ergoterapeut sier: *” i kommunen står vi på for at brukerne skal gjennomføre aktiviteter og få positive opplevelser. Det handler om å tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter slik at de blir selvstendig i alle situasjoner”*

Sitatet illustrer at ergoterapeutene må ha kunnskap om aktivitet, nærmiljøet og en forståelse for kultur. Ergoterapeutene uttrykker at de må ha lokal kunnskap når man arbeider med brukere som har sosial angst. Det vil si kunnskap om hvordan for eksempel bygd og by fungerer, slik at aktiviteten kan tilpasse og graderes ut fra dette. Videre beskriver ergoterapeutene at det er viktig å for eksempel vite når det er mye folk og lite folk på buss, kafe, bibliotek og andre aktiviteter som man ikke gjør daglige.

Eksempelene i denne studien viser at til å begynne med gjennomføres aktiviteten sammen med ergoterapeuter. Å trene på den sosiale prosessen innebærer at en både tar hensyn til kompleksiteten og lærings- og overføringsverdien i aktiviteten. Dette innebærer at man ikke trener på aktiviteten til den blir gjennomført på automatikk. Det er gjennomføringen av fasene i den sosiale aktiviteten som øves på. Dette skjer gjennom at brukeren har oppmerksomhet mot det som skjer i aktiviteten, trener på aktiviteten og snakker med ergoterapeuten slik at aktiviteten kan tilpasses og fullføres.

Ergoterapeuten sier: *”Det er små forhold her og alle kjenner alle. Så her er det viktig å vite hva det vil si å ha angst og hvordan samfunnet fungerer. Å ha god faglig kunnskap om temaet”.*

5.0 Diskusjon av resultater i studien

I denne studien ble tre ergoterapeuter intervjuet om hva ergoterapeutene selv opplevde som viktig i sitt arbeid med brukere med sosial angst, hva som har fungert godt og hva som eventuelt har vært utfordrende. Temaene i resultatene var betydningen av relasjonene ergoterapeutene har etablert med sine brukere gjennom hverdagslige aktiviteter og at dette var en forutsetning for at ergoterapeuten skal kunne tre ut av komfortsonen (tema 4. 1), at anerkjennelse mellom ergoterapeuten og bruker tar tid (tema 4. 2), at bedring ikke er en selvfølge (tema 4. 3) og å gjøre aktivitet (sammen) (tema 4. 4). Når ergoterapeutene arbeider med relasjoner må interessen rette seg mot brukernes subjektive opplevelser og egne opplevelser, men mest av alt mot det som skjer mellom dem. Temaene som var mest fremtredende i analysen (kapittel 4) blir diskutert og drøftet opp mot studiens valgte teori. Studiens problemstilling er: Hvilken kompetanse gjør ergoterapeuter i kommunalt psykisk helsearbeid bruk av i behandling av brukere med sosial angst?

5.1 ”Å være personlig”

Det som er interessant i forhold til min studie og problemstilling er hvordan informantene formidler det å være personlig som viktig kompetanse. Skau (2011) beskriver at det å være profesjonell og det å være privat er ikke motsetninger. Å være profesjonell handler om å være personlig i møte med brukere med sosial angst.

I fortellingen om Susanne trekker ergoterapeuten frem betydningen av å gi rom for å dele sine egne erfaringer, vise til egne, sammensatte hverdagsliv og tørre å utrykke sin identitet i behandlingssituasjoner med brukere med sosial angst. Resultater i studien understreker hva ergoterapeutene vektlegg som sentralt i arbeidet, ikke fremstår som eksperter i behandling av brukere med sosial angst, fordi det bidrar til likeverdige relasjoner. I følge Bøe og Thomassen (2007) er likeverdige relasjoner preget av åpenhet, personlige meninger og betraktninger, og at dette går begge veier. Bøe og Thomassen (2007) hevder at det må være lov å gå inn i relasjonen med hele seg, men at det er viktig å finne balanse mellom det personlig og det privat. Det innebærer, som i fortellingen om Susanne å vise brukerne styrker og svakheter, ved å betrakte seg selv som mennesker som fortsatt har mye igjen å lære. Forholdet preges av at begge har en undersøkende tilnærming. Målet er ifølge Molander (1996, s. 23 - 24) ikke å fortelle hva brukeren skal gjøre, men at brukeren skal lære seg å gjøre ting selv. Det kan være med å bidra

til at relasjonene ikke blir upersonlig og fremmedgjørende (Bøe og Thomassen, 2007). I følge Bøe og Thomassen (2007) og Schibbye (2009) er gjensidighet viktig i likeverdige relasjoner. Gjensidig anerkjennelse er, ifølge Schibbye (2009), likeverd. I fortellingen om Susanne beskriver ergoterapeuten at de har like stor rett til sine egne opplevelser og skape hverandres forutsetninger. For å oppnå gjensidighet i relasjonen må begge konfrontere angsten, forandre posisjoner og forholde seg til utvikling. De må kunne ta den andres perspektiv og dele disse perspektivene. Det vil si gjensidig anerkjenne hverandre og utvikles (Schibbye, 2009).

Det er få sider fra profesjonelles private liv som kan regnes om betydningsløse for relasjonsarbeid og samspill med andre (Skau, 2011). Studien min viser at ergoterapeutene opplever det å være personlig som grunnleggende i behandling av sosial angst. Dette understøttes tydelig av blant annet forskningsmaterialet til Borg og Topor (2011). Å være personlig, slik Borg og Topoer (2011) beskriver, er å gi det individuelle mulighet til å tre frem. Det handler om å frigjøre seg fra noe av hva profesjonalitet innebærer: fagspråk, regler, diagnoser, prosedyrer som kan gjøre det vanskelig å se den andre. En ergoterapeut må basere seg på nære relasjoner til dem de skal hjelpe. I denne relasjonen må både ergoterapeuten og brukeren tillate seg å være synlig for hverandre, være personlige. Behandlingen av sosial angst må skje i en nærhet, preget av dialog. Dialog utgjør den overordnede strukturen for måten Molander (1996, s. 238) forstår og gestalter kunnskap i handling. Molander (1996, s. 84) beskriver dialog som grunnformen for menneskelig eksistens og forståelse og bruker dialog som en modell for kunnskapsutvikling, som kan holde kunnskapen levende.

Brukere med sosial angst har behov for ulik behandling. De er ikke en homogen gruppe mennesker. Behov og problemer kan være forskjellige fra person til person. Brukere med sosial angst, i følge ergoterapeutene i denne studien, har vanskeligheter med hverdagslige aktiviteter, klare seg selv og må ses på som ekspert på eget liv. Det å få hjelp og oppleve å motta hjelp for sin sosial angst kan oppleves som stigmatiserende. Det finnes lite forskning om i hvilken grad stigma er til stede i kommunehelsetjenesten. Det bør nevnes at denne brukergruppen lett kan bli stigmatisert (Eklund, Leufstadius, Bejerholm, 2009). Det kommer frem av resultatene i min studie, at ergoterapeutene må tilrettelegge for at brukerne selv får bestemme aktiviteter. Dette tenker jeg kan sees i sammenheng med at ergoterapeutene legger vekt på å få til et godt samarbeid, møte brukerne med respekt og ta ansvar for en god og likeverdig relasjon. De har dreid paternalismen og stigmaen fra å være ekspert, til å respektere brukere med sosial angst på lik linje med andre mennesker. Holdningsarbeid, som jeg tenker dette er, vil kreve omfattende

holdningsendring. Jeg undrer meg over om ergoterapeutene i denne studien sammenfaller med befolkningens holdninger? Er det virkeligheten vi får fremstilt fra ergoterapeutene i denne studien? Det som er interessant er at en rapport fra Norsk Institutt for by- og regionforskning (blåka, 2012) har konkludert at befolkningen i liten grad har stigmatiserende holdninger til mennesker med psykisk lidelser. Dette sammenfaller med mine funn, selv om andre studie fremstiller at mennesker med psykiske lidelser opplever stigmatisering (Eklund, Leufstadius, Bejerholm, 2009, Hvalsøe og Josephsson, 2003). Jeg tror at en kan erfare stigmatisering, selv om «majoriteten/normalen» ikke rapporterer stigmatiserende holdninger. Det er snakk om ulike posisjoner.

Ergoterapeutene i min studie arbeider med og liker det å jobbe med mennesker. I følge Skau (2011) er det gjennom å kommunisere at ergoterapeutene uttrykker det personlige. Ergoterapeutene i min studie vil først og fremst bidra til å endre noens livssituasjon, livskvalitet og helse. Skau (2011) beskriver at personlig kompetanse krever god kommunikativ kompetanse. Dette er et område hvor ergoterapeutene aldri blir ferdig utlært. Skau (2011) beskriver at kommunikasjon ikke bare er en måte å uttrykke det personlige på, men også nødvendig for å utvikle det. Ergoterapeutene i min studie beskriver at de gir av seg selv i form av å dele erfaringer, vise at de har sammensatte hverdager og ved å uttrykker sin identitet. Skau (2011) beskriver at det er gjennom å uttrykke seg overfor andre at man får reaksjoner tilbake som man kan lære av, ikke bare om den andre, men også om en selv. Ergoterapeutene i min studie viser at både de og brukerne er forskjellige, men at man ikke kan være i kontakt med brukeren uten å være i kontakt med seg og sine egne følelser. Om man som ergoterapeut ikke er i kontakt med egne følelser, vil det påvirke relasjonen til brukeren. Dette er hva Skau (2011) beskriver som kongruent kommunikasjon. Det betyr at følelser, ord og handlinger står i samsvar med hverandre. For å kunne kommunisere på en kongruent måte må man lære seg selv å kjenne. Kongruent kommunikasjon krever at ergoterapeutene er i kontakt med seg selv og at de våger å gi uttrykk for den de er. Ergoterapeutene i denne studien har, i kraft av å være ergoterapeuter, å gjøre med brukere med sosial angst, og det er brukernes som har deres oppmerksomhet. For å sikre det, finner ergoterapeutene i denne studien måter å være ekte på i kommunikasjonen. Skau (2011) beskriver at kommunikasjon er en utfordring i arbeid med mennesker. Ergoterapeutene kan ikke tillate seg å ha et lettvindt forhold til seg selv som kommuniserende vesener, de må utvikle egen kommunikativ kompetanse.

Resultatene i min studie viser at ergoterapeutene opplever at det er viktig å tre ut av komfortsonen, i form av at ergoterapeutene gjør og sier noe som ligger utenfor det å være ergoterapeut. Skau (2011) mener at det er når vi utfordrer former for nærhet og samspill at vi kan lære oss selv bedre å kjenne. Videre mener Skau (2011) at dette er å bevege seg utenfor komfortsonen og at det handler om å lære seg hvor, når og hvordan vi bør tøyse grenser. Å tre ut av komfortsonen handler om, i følge Skau (2011), å være en støttespiller for hverandre og være villig til å flytte grenser – å gå utenfor den sonen hvor vi føler oss trygge og komfortable. Slik resultatene i denne studien viser, trer ergoterapeuten ut av komfortsonene, noe som også kan sees i lys av det Molander (1996) sier. Han beskriver at man må kunne stå for det man kan og samtidig åpne seg for andre og andres kunnskaper (Molander, 1999). Molander (1996) beskriver videre at fornuft er anvendelse av fornuft, den levende fornuft. Videre skriver han at fornuft skal brukes (Molander, 1996, s. 96 og 97).

For at ergoterapeutene i min studie skal kunne behandle brukere med sosial angst, beskriver de at det er viktig å ha gode teoretiske og yrkesspesifikke ferdigheter. Her legger ergoterapeutene vekt på teori og forskning. Samtidig tar de opp viktigheten den personlige kompetanse og anvendelsen av denne. Dette samsvarer med studiene til Björklund (1994) og Guidetti og Tham (2002) som beskriver ergoterapeuten som en kameleon: En som skifter mellom ulike roller, bruker sin faglige kompetanse og er fleksibel i sin rolle for å støtte brukernes behov (Björklund, 1994 og Guidetti og Tham, 2002). Resultatet i denne studien viser at i den personlige kompetanse legger ergoterapeutene å være personlig: oppmerksom, delende og reflekterende. Om ergoterapeutene ikke behersker dette, viser tidligere studier (Borg og Topor, 2003, Kogstad, 2004 og Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless og Evans, 2005) at det kan være et hinder for behandling. Brukerne kan oppleve den profesjonelle som regel- og rutinstyrt. I personlig kompetanse ligger også at ergoterapeuten viser respekt for brukerne. I artiklene til Klausen (2016) beskriver hun at brukerens formelle kunnskap og de profesjonelles brukerkunnskaper er likeverdige former for kunnskap. Resultatene i min studie viser at ergoterapeuten gir slipp på ekspertrollen og lar dialogen, slik Molander (1996) beskriver den, tre frem som viktig i den gjensidige forståelse av innsikt. Dette støttes av studien til Klausen (2016). På den andre siden oppgir ergoterapeutene i min studie at de setter grenser når brukeren har urealistiske aktivitetsplaner. Dette samsvarer med resultatene i en studie av Steinsbekk, Westerlund, Bjørgen og By Riise (2013). Studien beskriver at brukere med psykiske lidelser uttrykker at de kan ha behov for at noen tar styringen i vanskelige perioder. Det er viktig at

ergoterapeuter overtar deler eller hele aktivitetsplanen i perioder hvor brukerne har behov for det (Steinsbekk et al., 2013).

5. 1. 1 Humor

Resultat i studien viser at ergoterapeutene bruker humor i behandlingen av sosial angst. Ergoterapeutene beskriver humor som noe morsomt, som ofte vekker latter. Humor er noe felles. Resultatene i denne studien viser at god og varmhjertet humor, en felles forståelse av situasjonen, kan føre til latter, og dermed gi en avspenning. Skau (2011) beskriver at i personlig endringsarbeid kan humor være en viktig ressurs. Det å ta seg selv på alvor er ikke det samme som å ta seg selv høytidelig. Mine resultater fokuserer på at det er ergoterapeutene som beskriver humor som viktig kompetanse i behandlingen. Dette understøttes av en studie av Borg og Kristiansen (2004) som beskriver bedring ut fra brukernes erfaringsverden. I denne studien beskriver brukerne humor som en viktig kompetanse i behandlingen. Eide og Eide (2007) beskriver at humor styrker båndet og relasjonen mellom ergoterapeutene og brukerne. Humor bidrar også til bedre samarbeid og kommunikasjon (Eide og Eide, 2007). Resultatene i min studie viser også at humor kan gi avspenning, refleksjon og trøst. Eide og Eide (2007) beskriver at humor ikke må overdrives. Det kan da skade båndet og relasjonen. Dette er i tråd med resultatene i min studie som viser at humor må tilpasses hver enkelt bruker og aktivitet.

5. 1. 2 Relasjon

Resultatene i studien viser at ergoterapeutene vektlegger relasjon som det mest avgjørende i behandlingen. Ergoterapeutene beskriver at relasjon er helt sentralt og avgjørende i behandlingen og legger premisser for samarbeid. Sentralt i Aare (2010) sin bok om manifest for psykisk helsevern, er at mennesker må få gode hverdagsliv med de menneskene de har rundt seg, og at mennesker heles gjennom relasjoner og tilhørighet i gode fellesskap. Kielhofner og Forsyth (2008) og Taylor (2008) indikerer i sine studier innenfor ergoterapi betydningen av behandlingsrelasjoner, samt hvordan ergoterapeuter tenker og handler i møter med brukerne. Ergoterapeutene i min studie knytter betydningen av behandlingsrelasjonen til blant annet det å være personlig, bruke humor, ikke fremstå som ekspert, tar brukernes perspektiv og deler disse perspektivene og tre ut av komfortsonen. Dette understøttes i studier og litteratur av Borg og Topor (2011) og Bøe og Thomassen (2007). Skau (2011) mener at det er viktig at den profesjonell klarer å skille mellom privat og profesjonell kontakt. Ergoterapeutene i denne

studien viser at å være profesjonell innebærer å ikke være bedre enn den andre. Skau (2011) mener videre at privat og personlig betyr det samme, og at noen yrker innebærer å måtte være personlig. Dette understøttes tydelig av blant annet forskningsmaterialet til Borg og Topor (2011) og litteraturen til Skau (2011) og Molander (1996).

5. 2 Å gjøre aktivitet (sammen)

Ergoterapi er en profesjon som arbeider med sosial angst i kommunehelsetjenesten og som bruker meningsfulle aktiviteter som terapeutisk middel for å understøtte brukernes egne ønske om å oppnå bedre helse. Ergoterapeutene i min studie ga uttrykk for at de brukte aktiviteter som redskap for forandring, samtidig som de understreker viktigheten med å gjøre aktivitetene sammen. Videre sier informantene at interaksjonen som skjer mellom ergoterapeutene og brukerne med sosial angst er viktig. Gjennom å gjøre aktiviteter forandres brukeres daglige erfaringer av sykdom og sosial isolasjon. Forandringen ligger i å utføre aktiviteter som er meningsfulle og gjøre dem sammen. Bruk av meningsfulle aktiviteter samt, potensialet som ligger i de mange ulike måtene som aktivitetene gjennomføres på, kan skape forandring. Townsend (1997) beskriver at det er de hverdagslige aktiviteter som består av interaksjon og at relasjon som benyttes som terapeutisk mål. I en artikkel av Klausen (2016) stiller forfatteren spørsmål om kunnskap gjelder brukerens kunnskap om seg selv, eller gjelder det også vår kunnskap om oss selv, i relasjon med brukeren? Videre beskriver Klausen (2016) at kunnskap ikke er noe vi har eller eier, men noe vi skaper sammen.

Betydningen av å gjøre aktivitet sammen og for andre ble beskrevet som viktig i en studie som undersøkte erfaringen med å gjøre aktivitet sammen blant mennesker i Svergie (Borell et al., 2006). Å gjøre noe sammen er viktig for sosial deltakelse og inkludering, omsorg for andre og følelsen av tilhørighet. Kitwood og Bredin (1992, s. 284) observerte at ”personer eksisterer i relasjoner: gjensidig avhengighet er nødvendig betingelse for å være menneskelig. Kanskje vil hverdagen være mer tilfredsstillende, og hver enkeltes eksistens både rikere og sikrere, hvis dette var allment anerkjent”. I ergoterapi er aktiviteter som er meningsfulle knyttet til helse, velvære, livskvalitet og interaksjon med andre (Aubin, Hachey og Mercier, 1999; Bejerholm og Eklund, 2007; Eklund, 2006, 2007; Eklund og Leufstadius, 2007; Goldberg, Britnell og Goldberg, 2002). Ergoterapeutene i min studie ga inntrykk av at de er opptatt av at det er brukerne som avgjør hva som er meningsfullt for dem, i tillegg til å endre interaksjonen ”sammen” til noe meningsfullt og lystbetont. Resultater i tidligere studier antyder at mening er knyttet til aktiviteter fordi aktiviteter bidrar til å gi mening i kaos (Persson, Erlandsson, Eklund

og Iwarsson, 2001). Mening gir forståelse, noe som igjen hjelper mennesker å lage mening i verden og gå videre. I følge Townsend (1997) er den positive effekten av aktiviteter at mennesker utvikler seg som individer og som medlemmer av samfunnet. Det vil si at mennesker er i stand til å oppdage mening: enten som mening om seg selv eller meningen en aktivitet har for dem. Dette gir en følelse av verdighet og å være til nytte.

Det å støtte brukere i å utføre aktiviteter som er meningsfulle beskrives i flere studier (Horghagen et al. 2014, Schene et al. 2007, Nygren et al., 2011). Ergoterapeutene i min studie bruker aktiviteter som virkemiddel for å nå brukernes mål. Videre beskriver resultatene i min studie at aktiviteter som for eksempel bibliotek kan være meget meningsfullt for brukere med sosial angst. Ergoterapeutene i min studie beskriver meningsfulle aktiviteter på en slik måte at de handlet om aktiviteter som motivere brukerne og som de var interessert i å utføre. Hammell (2004) beskriver at meningsfulle aktiviteter kan gi oss identitet, velvære, tilhørighet og hjelpe oss å nå bestemte mål. Resultatene i min studie indikerer at ergoterapeuter erkjenner at det er brukerne som må avgjøre hva som er meningsfylt for dem, men at aktivitet som øker følelsesmessig kontroll og som gir riktig utfordring oppfordres. Hammell (2004) poengterer at å bruke daglige aktiviteter innenfor ergoterapi innebærer at aktivitetene har en mening for den brukeren som utfører den. Med andre ord finnes det et bredt spekter av aktiviteter som potensielt kan oppfylle disse kriteriene. Mosey (1981, s. 99) beskriver at ergoterapeuter som gjør aktivitet sammen med brukeren fungerer som guide eller veiledere. Videre viser resultatene i min studie også at aktivitet som gjøres sammen med andre, og som handler om å påvirke livet i ønsket retning, er en avgjørende drivkraft for å få til forandring.

I en studie av Eklund og Leufstadius (2007) antydes at aktivitet som behandling er utfordrende da brukere kan innta en passiv rolle og forvente å motta behandling, og ikke gjøre behandling. Dette kan sees i sammenheng med resultatene i min studie som indikerer at ergoterapeutene blir personlige og ikke framstår som eksperter. Ergoterapeuten i min studie sitter ikke med svar på brukerens utfordringer. Det ligger en forventning om at brukeren selv vet hvilke aktiviteter som er meningsfulle og at brukeren deltar aktivt i behandlingen. Dette understøttes av Deegan (1998) som beskriver at for å få til bedring er man nødt til å være villig til å prøve og feile. Det innebærer at bedring ikke er en prosess fra A til B. Deegan (1998) understreker viktigheten med å spørre brukerne om hva de ønsker og trenger for å få til bedring. Det at ergoterapeuten forstår og gjenkjenner aktiviteten kan være positivt for brukeren. Videre er det viktig å hjelpe til å tilrettelegge for felleskap. Det er viktig å gi brukerne mulighet. Dette understøttes av resultatene

i min studie om at det ligger forventinger til brukere og at ergoterapeutene ikke er eksperter. Molander (1996, s. 46) hevder at en ekspert ikke resonnerer eller tenker, og kritiserer beskrivelsen av en ekspert. Molander (1996, s. 46) referer til Dreyfus og Dreyfus og beskriver en ekspert som en som ser hele situasjonen, kjenner den igjen og reagerer direkte, instinktivt. Videre beskriver Molander at (1996, s. 47) at det er feil å se ekspertens handling kun som en reaksjon på situasjoner. En ekspert skal ikke bare kunne mye men også fortsette å lære. Man skal ikke bare handle, men vite hva man gjør. Resultat i min studie viser at ergoterapeutene vektlegger at brukerne er noe mer enn en bruker med sosial angst. Det vil si en person med interesser, behov og andre behov. Borg og Kristiansen (2004) skriver at det er viktig å betrakte brukerne som eksperter og lytte mer til dem. Dette understøtter funnene i min studie. Samtidig tar Borg og Kristiansen (2004) opp spørsmål om brukernes mening om hva som er behandling samsvarer med ergoterapeutens ideer og faglig ekspertise i behandling av sosial angst. Studien til Borg og Kristiansen (2004) viser at ifølge brukere er kunnskap om psykisk helse, faglig retningslinjer og behandling er utilstrekkelig. Ergoterapeuten må derfor fleksibel i sin rolle (Björklund, 1994 og Guidetti og Tham, 2002). Rollene kan inkludere helsepersonell, saksbehandler, advokat, konsulent, koordinator (Duffy og Nolan, 2005; Finlay, 1998; Lysack et al. 1990; Stenbeck et al., 2001). I artikkelen til Sørly (2017) beskriver forfatteren at psykisk helsearbeid kan være en underordnende disiplin. Fagfolk innehar kunnskapsmakten og forstår seg selv som eier av fornuften i systemet. Brukere og pårørende er motstemmer til dette. Kunnskapsformene er likevel likeverdige former for kunnskap (Sørly, 2017, s. 296).

En av ergoterapeutene i denne studien beskriver en opplevelse av å forstå brukeren, men at ergoterapeuten ikke var obs på brukerens stemme. Ergoterapeuten ble oppmerksom på at det ikke er tilstrekkelig med ett spørsmål i ny og ne. Det er nødvendig med tilbakemelding om hvordan bruker opplever hjelpen, for å tilpasse behandlingen. Ergoterapeuten beskriver at det er spesielt viktig å få tilbakemeldinger fra brukeren, dersom han opplever lite utbytte av behandlingen. Det gir mulighet for å endre behandlingen. Å kunne være selvkritisk og undrende er en viktig kompetanse. Refleksivitet er nødvendig og likeså å kunne skape klima for at brukeren kan fremme sine synspunkter.

5. 3 Dialog, en forutsetning for anerkjennelse og bedring (ingen selvfølge)

Ergoterapeutene i min studie beskriver at de har et ansvar for å vurdere sin kompetanse i forhold til behandling av sosial angst hos den enkelte bruker. Som fagperson skal man ha kunnskap om

hvilke metoder som kan være effektive for brukerens problem, samt hvordan metoden brukes. Metoden ergoterapeutene har i sine repertoar, utgjør ressurser og muligheter de kan tilby brukeren. Disse ulike tilnærmingen bør vurderes sammen med brukeren, slik at brukeren har en reell innflytelse på valg av behandlingsmetode i samsvar om pasientrettigheter § 3 – 1 (helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Dersom ergoterapeutene er for opptatt av egne preferanser når det gjelder behandlingsmetoder, er det fristende å presse brukerne inn i disse eller unnlate å presentere alternativer. En ergoterapeut i min studie forteller om en tilbakemelding hun fikk fra en bruker. Tilbakemeldingen handlet om at ergoterapeuten ikke snakket med brukeren om hvordan han opplevde sosial angst og hva han syntes om behandlingen. I en rapport fra Norsk institutt for by- og regionforskning var det bare noen få av brukerne som ble spurt om hvilken behandling de ønsket (Sverdrup, Myrvold og Kristofersen, 2007). Kommunikasjon og brukermedvirkning må omfatte grundig informasjon. Ekeland og Heggen (2007) skriver at helsepedagogikk kan bli oppfattet som en strategi og et middel for å påvirke brukerne. De poengterer at rett informasjon gir deltakelse, motivasjon og interesse (Ekland og Heggen, 2007).

Ergoterapeutenes oppgave er imidlertid først å lytte til hva brukeren har tro på, og deretter sammen med brukeren å se på de alternativene ergoterapeuten presenterer, og som erfaring og kunnskap har vist er virksomme på andre i tilsvarende situasjoner. Det er brukeren som har det siste ordet i valg av arbeidsmetode. Dette støttes av artikkelen til Karlsson (2011) som beskriver at samtale er det vesentligste hjelpemiddelet i psykisk helsearbeid og at å samtale handler om tålmodighet, langsomhet, lydhørhet og oppmerksomhet Videre beskriver artikkelen at det å la andre komme til orde, møte den andres svar med forsiktige spørsmål og våge å spørre om det man ikke forstår bidrar til samarbeidsrelasjon. Ergoterapeuter er dyktige til å plukke opp betydningsfulle temaer når de snakker med brukere. Denne terapeutiske evnen er kjennetegnet på en erfaren ergoterapeut som har taus kunnskap (Alsaker, 2018). Molander (1996, s. 35) referer til Polanyis «The Tacit Dimension» og hans beskrivelse av «tacit Knowing» i forhold til at vi vet og kan mer enn vi kan uttrykke i ord. Med «tacit knowing» beskriver Polanyi kunnskapens aktive side i motsetning til kunnskap som en tilstand eller noe man har (Molander, 1996, s. 35). «Se, göra och vara är, kan man säga, kunnskapens tysta former», skriver Molander (1996, s. 35). Begrepet taus kunnskap er derfor en beskrivelse på at kunnskap finnes i det å gjøre og gjennomføre aktiviteter, og ikke gjennom ord (Molander, 1996, s. 34) Alt kan ikke beskrives med ord. Molander (1996, s. 39, 40 og 41) beskriver at all kunnskap er taus, samtidig som ingen kunnskap er taus.

Molander (1996) beskriver dialogen som den overordnede strukturen for forståelse og gestaltning av kunnskap i handling. Han beskriver dialogen som en grunnform for menneskelig eksistens og forståelse (1996, s. 84) og bruker den som en modell for kunnskapsutvikling som holder kunnskapen i bevegelse (1996, s. 83). I min studie er ergoterapeutene opptatt av felles mål og felleskap gjennom å anerkjenne, lytte, bekrefte og akseptere. Det vil si at ergoterapeutene i min studie er opptatt av å være sammen, samt å verdsetter brukernes perspektiver, meninger, valg og verdier. Sitatene fra mine ergoterapeuter i resultatdelen viser at det kan være krevende å behandle brukere og at det er mange faktorer som skal være på plass for at samarbeidet skal fungere. De trekker særlig frem at bedring ikke er noen selvfølge og at de er avhengig av et godt samarbeid for å bygge relasjon. I lys av Molander (1996) kan funnene i denne masteroppgaven, nærmere bestemt at ergoterapeutene er avhengig av en god relasjon med brukerne, ses i sammenheng med at det er gjennom dialog at ergoterapeutene og brukerne får innsikt i hverandres kunnskaper (Molander, 1996). Molander (1996) beskriver dialog som levende, og at dialogen holder kunnskap levende. Molander (1996) beskriver at dialogens bevegelse er viktigere en de enkelte ord eller replikker.

Ergoterapeutene og brukerne anerkjenner hverandres erfaringer, kompetanser og kunnskaper og reflektere over hverandres bidra i behandlingen. Ergoterapeutene anerkjenner brukerne og beskriver at ikke fagpersoner anerkjenner at kunnskapen kanskje i aller høyest grad ligger hos brukerne. Gjennom dialog mellom brukeren og ergoterapeuten blir både den praktiske og den teoretiske kunnskapen akseptert og verdsatt i behandlingen. Schibbye (2009) beskriver at samtale mellom den profesjonelle og en bruker må bygge på anerkjennende dialog. I samtale med en bruker med sosial angst er det viktig at brukeren opplever at ergoterapeuten forsøker å forstå hvordan han eller hun opplever aktivitetene. Et subjekt- subjekt forhold er viktig for å bygge allianse – i denne sammenhengen en terapeutisk allianse. Ergoterapeuten skaper trygghet og fremstår som et trygt menneske. Sentralt i anerkjennelse er, i følge min studie, forståelse og aksept og det at det i seg selv kan bidra til bedring.

At bedring ikke er noen selvfølge, kan i følge Molander (1996, s. 246) forstås som anerkjennelse. På samme vis kan det å mislykkes eller feile sees på som utvikling av kunnskap. Molander (1996, s. 246) beskriver at å være ekspert innen sitt fagområde ikke er ensbetydende med å ikke feile eller mislykkes. Molander (1996, s. 246) beskriver at feil og mislykkethet gir anledning til læring. Ergoterapeutene i min studie forteller om en nysgjerrighet og et ønske om

å lære av brukerne. De viser med eksempler at et mål er at brukere skal bli komfortable med det ukomfortable. Molander (1996, s. 190 – 191) beskriver, med referanse til Schön at eksempler kan være en måte å øke forståelse og kunnskap. Eksempler kan bidra til å skjerpe vår oppmerksomhet og få oss til å se nye ting. Videre beskriver Molander at hver situasjon er unik og at profesjonelle kan skape nye kunnskaper for hver situasjon. Ny kunnskap kan skapes gjennom eksempler og handlinger (Molander, 1996, s. 190 – 191). Dette tolker jeg opp mot eksemplene som ergoterapeutene i min studie referer til. De øker sin forståelse ut fra eksempler på måter brukerne har lært seg å håndtere sine egne problemer på. Det er også viktig å anmerke at teknikkene/ og eller måtene brukerne har lært seg kan ses på som normale reaksjoner på belastninger og epoker i livet. Ikke alt er sykdom. Selv om brukerne som ergoterapeutene i min studie beskriver ikke hadde reaksjoner på belastninger og epoker, kan mange brukere ved hjelp av egne ressurser og støtte fra omgivelsene mestre sin sosiale angst.

Resultatene i min studie indikerer at ergoterapeutene knytter meningsfulle aktiviteter til det brukerne selv vektlegger av interesser, ønsker og mål. Hvalsøe og Josephsson (2003) bemerker i sin studie at ergoterapeuter må være spesielt oppmerksomme på at å gjøre aktiviteter må ha en mening og mål for den enkelte bruker for å kunne bidra til opplevelsen av at aktiviteter er meningsfulle. Studie til Hvalsøe og Josephsson (2003) påpeker også at meningsfulle aktiviteter ikke bare er formet av indre følelser hos brukere, men også påvirket av samfunnet og kulturen i samfunnet. Kultur blir i studien til Hvalsøe og Josephsson (2003) definert som et system med felles meninger som ligger til grunn for alle våre daglige aktiviteter. Resultatene i min studie bekrefter, i likhet med Hvalsøe og Josephsson (2003) , at ergoterapeuter må ha fokus på at meningsfulle aktiviteter må ha en personlig verdi og en betydning for den enkelte. Videre viser min studie at ergoterapeutenes opplevelser av hva som er meningsfulle aktiviteter kan være noe annet enn det brukeren ønsker eller har behov for. Bejerholm og Eklund (2007) bruker begrepet «occupational engagemenet» for å belyse engasjement i ulike aktiviteter. Begrepet er ikke en beskrivelse av aktivitet som behandling, men peker på ulike faktorer som øker engasjement i ulike aktiviteter. Engasjement innebærer meningsfullhet, i betydning å skape endring, selvstendighet, initiativ og interaksjon med andre.

Sosial angst er kjent for ergoterapeutene, i og med at de i kraft av å være mennesker kan kjenne igjen følelsene. Sosial angst er en del av det å være menneske. Hvert menneske kan oppleve sosial angst på en unik og individuell måte, men det er denne allmenngyldigheten som er i fokus når ergoterapeutene og brukeren samtaler, noe som bidrar til at relasjonen etableres og blir god.

Gjensidig anerkjennelse er mulig når begge, både ergoterapeuten og brukeren er villig til å ta den andres perspektiv til å skifte posisjon og til å se den andre som et subjekt.

En av ergoterapeutene i min studie hadde begynt å grue seg til å møte brukeren, basert på at h*n får en følelse av å komme til kort, kjenne seg hjelpeløs, avvist og låst i behandlingen. En slik uttalelse kan sees i lys av det Molander beskriver som en gjensidig opplysnings- og renselsesprosess, samtidig som felles forståelse befestes. Dette kan også tolkes ut fra Skaus (2011) beskrivelse av å bruke hverandre for å lære om oss selv. Det handler om at personlige tilbakemeldinger er den mest verdifulle gaven et menneske kan gi et annet. Det er også den gaven det kan være vanskelig å ta imot. Skau (2011) beskriver videre at når å ergoterapeuten i min studie gir uttrykk for hvordan de erfarte brukerne i situasjonen, betyr ikke det at det ergoterapeuten føler og sier, er sannheten om brukeren. Likevel kan tilbakemeldingen være verdifull for både ergoterapeuten og brukeren. Skau (2011) benytter speil som en beskrivelse for hvordan ergoterapeuten kan øve seg i å gi brukeren personlige tilbakemeldinger. Hun manifesterer at et speil er upartisk og nøytralt mens tilbakemeldinger bør gå under overflaten for å ha en verdi for mottakeren. Dette handler også om det Skau (2011) legger i begrepet bevisstgjøring. Det handler om å stille seg noen spørsmål, legge merke til hva vi selv gjør, hvordan vi reagere og hvilke tilbakemeldinger vi får.

I eksemplet med Sven Erik var det for ergoterapeuten vanskelig å få til en god relasjon og gi behandling. Ved å ta i bruk sin teoretiske kompetanse forstå ergoterapeuten at brukerens endringsteori var et av problemene. Sven Erik har sosial angst og unngår å gjennomføre aktivitetene hvor angsten oppstår. Han har unngått å oppsøke og gjennomføre aktiviteter som innebærer sosial kontakt med andre. Det har medført at angsten har blitt sterkere og sterke og han har blitt sosial isolert. Studier og litteratur (Lépine og Pélissolo, 2000 og Berge og Repål, 2004) beskriver at sosial angst påvirker det individuelle og det samfunnsmessige planet og oppnår dårligere sosiale nivå, når utdanning og ansettelsesforhold vurderes. I det aktuelle eksemplet var det fristende for ergoterapeuten å forsøke å overstyre brukeren ved å selv definere både mål og prosess for behandlingen. Slike dilemmaer er det best å unngå ved å gjøre et bedre forarbeid. I samtale og aktivitet med brukeren om mål med behandlingen må ergoterapeuten finne mål som er etiske forsvarlige. Vanligvis er ikke det noe problem, da de fleste brukerne er i en åpen, tillitsfull og ærlig samtale vil gi uttrykk hva som for dem er konstruktive mål med behandlingen. Sosial isolasjon er ikke noe mål i seg selv for Sven Erik, og i iallfall ikke et mål for behandlingen. Ergoterapeuten må ta ansvar for å gjennomføre samtalen slik at en ender opp

med hensiktsmessige og oppnåelige mål for brukeren. Det viktigste er at en hele tiden har for øye, at det ergoterapeutene gjør, skal oppleves av brukeren å være til nytte. Eksemplet viser videre hvordan ergoterapeuten stiller spørsmål med utgangspunkt i den kunnskapen ergoterapeuten har. Molander (1996 s. 168) beskriver denne typen kunnskap som tilgjengelighetskunnskap. Kunnskap handler ikke bare om å anvende det man kan, men også om å videreutvikle den kunnskapen man allerede har. Det handler ikke om å ha en kunnskap eller å kunne en teknikk. Ergoterapeuten i eksemplet med Sven Erik har lært seg å anvende det h*n kan og samtidig gjøre nye vurderinger som gjør at h*n videreutvikler sin kunnskap og kan stille nye spørsmål. Kunnskapen, som ergoterapeuten har, må inngå i et orienteringssystem for å være kunnskapsutviklende (Molander, 1996, s.179). Ergoterapeuten vet hva sosial angst er, har erfaring og kunnskap om mulige behandlingsmetoder. I denne prosessen setter ergoterapeuten kunnskapen inn i et orienteringssystem for å få en oversikt over hvordan kunnskapen brukes og utvikles. Ergoterapeuten bruker kunnskapen til å stille spørsmål og søke svar som kan bidra til endring. Som Molander (1996, s. 171) skriver, så er orienteringskunnskap handlingsledende og gir retning og forståelse av hva som er viktig. Ergoterapeuten orienterer altså spørsmål i forhold til den aktuelle brukeren, med utgangspunkt i den kunnskapen hun har og i retning mot målet.

Det er viktig å understreke at samarbeidsutfordringene ergoterapeutene har opplevd ikke er universelle og gjelder for alle ergoterapeuter. Men det betyr ikke at ingen vil kjenner seg igjen i deler av eller noen det informantene sier.

5 . 4 Avsluttende kommentarer til diskusjonen

Jeg vil avslutte diskusjonen i denne studien ved å se litt på bruken av ordet kompetanse. Kompetanse kan beskrives gjennom uttrykket «Kjært barn har mange navn». Når jeg i denne studien har brukt ordet kompetanse, vil jeg understreke at dette beskriver alle tre aspekter av profesjonell kompetanse: teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Denne kompetansen utgjør en helhet, og utelukker ikke den ene eller den andre formen for kompetanse. Det norske helsevesenet utfordrer ergoterapeuter til å utvikle og heve sin kompetanse for å imøtekomme behovene til brukere av kommunale tjenester, samt for å nå målet om likeverdige helsetjenester (Helsedirektoratet, 2009). Ergoterapi som profesjon har siden sin opprinnelse gjennomgått en rekke paradigmeskifter. Profesjonen og faget er tilpasningsdyktig til de endringene og kompetansekravene i samfunnet krever. Ergoterapi er et

helt nødvendig tilbud i helse – og sosialsektoren med tanke på aktivitet og deltakelse til mennesker sosial angst. Basert på beskrivelsene til mine informanter er ergoterapeuter en viktig bidragsyter til denne brukergruppen. Men igjen, det utfordrer ergoterapeuter til å tenke nytt, endre innstilling og forandre arbeidsmåtene. Det betyr at ergoterapeuter må kunne være så kreative som mulig innenfor forsvarlighetens vide grenser og modig nok til å ta sjansen på nye og ukonvensjonelle arbeidsmetoder.

5. 5 Styrker og svakheter

Her skal jeg gjøre rede for valg som er tatt underveis og diskutere styrker og svakheter ved denne studien. Dette knyttes opp mot begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet.

5. 5. 1 Troverdighet

I denne studien har jeg gjort rede for valg av metode: hvilken problemstilling som var aktuell, hvilket perspektiv som ble valgt, hvilken metode og utvalg som var relevant. Jeg har latt meg inspirere av Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering. Videre har jeg presentert min forforståelse som beskriver mitt ståsted, mine faglige interesser, motiver og personlige erfaringer som kan relateres til denne studien. Spørsmålet er ikke hvorvidt jeg har påvirket prosessen, men hvordan. Det må sies at jeg selv er ergoterapeut og at dette har på en eller annen måte har påvirket forskningsprosessen og dens resultater. I tillegg er mine informanter også ergoterapeuter. Det er naivt av meg å innbille meg at min egen rolle som ergoterapeut og forsker kan bli usynlig. Jeg har i intervjuguiden forsøkt å formulere spørsmålene på en måte som gir informantene rom til å snakke fritt. Det er et mål for meg at de empiriske dataene skal reflektere deltakernes erfaringer og meninger. I punkt 3. 4 og 3.9 har jeg presentert min forforståelse, min rolle i studien og hvordan dette har påvirket studien. Jeg har vært bevisst på å ikke stille ledende spørsmål, men ser gjennom transkripsjonen at min forforståelse og egen rolle i studien kan ha påvirket intervjusituasjonene og informantenes svar. Det betyr at resultatene i denne studien må sees på med kritisk blikk. Kvale og Brinkmann (2015, s. 201) beskriver i midlertidig at ledende spørsmål er velegnet for å sjekke intervjusvarenes reliabilitet og for å verifisere intervjuerens fortolkninger.

Å gjennomføre en masterstudie har vært utfordrende og krevende. Jeg har aldri gjennomført intervjuer på denne måte og har liten erfaring med å korrigere intervjuteknikken min for å

forebygge at materialet i virkeligheten ikke blir et påskudd til å hevde eller bekrefte egne meninger. Uttrykket «øvelse gjør mester» er beskrivende for at jeg med mer erfaring kunne ha fått mer kunnskap om ulike måter å spørre på og kunne ha evnet å stille mer fleksible oppfølgingsspørsmål. Som ergoterapeut inne psykisk helsearbeid er jeg vant med å stille spørsmål der jeg tror jeg kjenner svaret. Kvale og Brinkmann (2015, s. 88) beskriver at forskningsintervju som håndverk læres ved å praktisere intervjuer og krever omfattende trening. Jeg har i ettertid sett at intervjuene har en delvis deskriptiv orientering hvor jeg sikter mot en rikest mulig beskrivelse, der informantenes egne ord skaper helheten. Jeg har prøvd å stille spørsmål der svarene blir mest mulig spesifikke, slik at jeg kan få frem informantenes livsverden. Jeg har også jobbet med å bevisstgjøre meg selv gjennom hele prosessen i forhold til å lytte aktivt. Aktiv lytting ser jeg på som like viktig som å bruke spørsmålene i intervjuguiden. Dette understreker også Malterud (2015) som beskriver at intervjuguiden skal være en huskeliste. Jeg ser i ettertid at variasjonen på intervjuenes lengde (tid) kan ha sammenheng med at «øvelse gjør mester» og at jeg fikk mer erfaring med å aktivt lytte og stille oppfølgingsspørsmål. Jeg ser at dette kan ha påvirket resultatene i denne studien.

5. 5. 2 Bekreftbarhet

Studiens resultater og diskusjoner viser berikelser og utfordringer i arbeidshverdagen til ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten. Dette er påvirket av min forforståelse. Kanskje hadde mine resultater og diskusjoner vært presentert annerledes og sett annerledes ut om min forforståelse, interesse, motiver og personlige erfaringer ikke var så sterkt knyttet til studien. Kvale og Brinkmann (2015, s. 238) skriver at «*ulike fortolkere finner ulike meninger i det samme intervjuet*». Det betyr at resultatene i denne studien må sees på med kritisk blikk.

Resultatene i denne studien verifiseres av tidligere studier, forskning og litteratur. Jeg ser også at i søken på tidligere studier, forskning og litteratur har jeg vært preget av min forforståelse omkring hvilken kompetanse ergoterapeuter gjør nytte av i behandlingen av brukere med sosial angst. Det at mine resultater kan verifiseres av tidligere studier, forskning og litteratur gir et bilde av at kompetansen ergoterapeuter gjør bruk av, er likt for mange ergoterapeuter. Søk på og utvalg av tidligere studier, forskning og litteratur kan også være påvirket av min forforståelse og ikke minst at jeg har nær tilknytning til dette praksisfeltet. Malterud (2015, s. 202) beskriver at nærhet stiller krav om nøkternhet hos forskerne. Ut fra egen erfaring fra praksisfeltet kan jeg gjenkjenne berikelsene og utfordringene ergoterapeutene i denne studien belyser.

Videre ser jeg at det er viktig å investere tid og krefter i feltet som skal studeres for å kunne håndtere kunnskapen på en vitenskapelig måte. Dette understøttes også av Malterud (2015) som beskriver at det er forskerens ansvar å håndtere kvalitative data på en nøktern måte som kan lede til pålitelig og gyldig kunnskap. Videre kan min nærhet til feltet ha gjort at jeg ikke har vært åpen eller mottakelig for ergoterapeutenes refleksjoner og fortellinger. Også i så måte må resultatene i denne studien sees på med kritisk blikk.

5. 5. 3 Overførbarhet

Min studie gir ingen grunnlag for å overføre funnen til alle ergoterapeuter eller trekke slutninger. Funnen har ikke allmenngyldig overførbarhet og er påvirket av min forståelse. Min teoretiske forståelse baserer seg på grunnutdanningen som ergoterapeut og skrivingen av bacheloroppgaven. Jeg var allerede da preget av forskning, litteratur og egen erfaring fra praksis. Jeg kjenner igjen mye av det informantene forteller og man kan tenkes seg at min forforståelse har påvirket hele oppgaven og analysen. Jeg tror min forforståelse har fått større plassen enn jeg tror i denne oppgaven. Likevel kan jeg se at studien kan være nyttig da ergoterapeuters erfaringer ved behandling av brukere med sosial angst i kommunehelsetjenesten er lite utforsket. Det kan gi utvikling av faget og bidra til likeverdige tjenester for alle. Resultatene kan frembringe ny og viktig kunnskap for ergoterapeuter i møte med – og behandling av brukere med sosial angst. Studien kan si noe om den komplekse virkeligheten mange ergoterapeuter opplever i praksis og bidra til en styrkning av kvaliteten på tjenestene til ergoterapeuter tilbyr.

At min problemstilling omhandler ergoterapeuter, at informantene er ergoterapeuter og at studien handler om hvilken kompetanse kommunalt ansatte ergoterapeuter gjør bruk av i behandling av brukere med sosial angst i kommunehelsetjenesten gjør at utvalget i denne studien velegnet til å belyse problemstillingen i min studie. Det gjør også at studien min kan være gjenkjennbar for ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten generelt. På den andre siden er teamet jeg skriver om, hvilken kompetanse ergoterapeutene gjør bruk av i behandling av brukere med sosial angst i kommunehelsetjenesten, veldig spesifikt. At jeg har tre informanter i en liten studie som dette, tenker jeg er tilstrekkelig til å kunne belyse studiens problemstilling og formål. I skriveprosessen har jeg reflektert rundt årsakene til at det ikke var flere informanter som deltok i denne studien og som viste sin interesse. Kunne jeg gjort rekrutteringen

annerledes? Kunne jeg for eksempel ha oppsøkt de ulike arbeidsplassene og informert lederne om studien? Kunne jeg på den måten ha overbevist lederne om at forskning er nyttig?

6.0 Avslutning

Resultatene i denne studien viser at ergoterapeutene betrakter relasjon som viktig faktor i behandling av sosial angst. Relasjonen er en forutsetning for at ergoterapeutene kan tre ut av komfortsonen, at de oppnå anerkjennelse. Det er også viktig at de erkjenner at bedring ikke er en selvfølge, samt viktigheten av å gjøre aktivitet (sammen). Ergoterapeutene viser at kompetansen som de anser som viktig i behandlingen av sosial angst er litt på siden av den tradisjonelle profesjonaliteten. Ergoterapeutene i min studie viser tydelig at det finnes ulike måter å arbeide profesjonelt på. Det innebærer at ergoterapeuter bør kunne yte flere former for profesjonell hjelp og utvise en profesjonalitet som bygger på personlig kompetanse. Ergoterapeutene viser også at det er mulig å være profesjonell på mange ulike måter. Forskning og litteratur som jeg har benyttet i denne studien viser at ergoterapeuter har og er en komplisert profesjon.

Resultatene viser at ergoterapeutene i min studie som arbeider med brukere med sosial angst i kommunehelsetjenestene har et aktivitetsperspektiv i behandlingen. Målet er å få brukere til å håndtere aktiviteter som tidligere har vært en utfordring for dem. Behandlingen basere seg på at brukerne trener på aktiviteter som er ubehagelige.

Hensikten med studien var å få mer kunnskap om hvilken kompetanse ergoterapeuter i kommunalt psykisk helsearbeid gjør bruke av i behandling av brukere med sosial angst. Resultatene i denne studien kan ha viktige implikasjoner for ergoterapi og psykisk helse i kommunehelsetjenesten og indikerer at ergoterapeuters kompetanse er mangfoldig. Det er viktig for ergoterapeutene å la sine brukere fortelle sine historier.

Med henblikk på det ergoterapeutene uttrykker i denne studien kan det se ut som at kompetansen til ergoterapeuter står overfor en del utfordringer i årene som kommer. Brukere med sosial angst har en del aktivitetsproblemer som hindrer dem i å leve et meningsfullt liv. Denne studien viser hva ergoterapeuter vektlegger i behandling av brukere med sosial angst og deres aktivitetsproblemer og at ergoterapeutene har en viktig rolle i behandlingen av sosial angst. Ergoterapeutene i min studie tror på den terapeutiske kraften i aktiviteter, men det er fortsatt klart et område som er dårlig forstått. Det er fortsatt behovet for at ergoterapeuter fortsetter å forske på aktivitet i hjertet av sin profesjon.

6. 1 Videre forskning

Jeg tenker det hadde vært hensiktsmessig og nødvendig med en spørreundersøkelse blant ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten om hvordan de opplever og beskriver sin kunnskap og kompetanse rundt brukere med sosial angst. Dette kan gi oss noen indikatorer på hva faget vårt mangler og hva utdanningene, den enkelte ergoterapeut og Ergoterapeutforbundet i Norge kan bidra med. En slik studie kan også gi oss indikatorer på hvordan ergoterapeuter opplever sin rolle i psykisk helsearbeid herunder behandling av brukere med sosial angst og de endringene som skjer innenfor kommunehelsetjenesten. Videre hadde det i likhet med undersøkelsen til Chakravort (1993) vært interessant å undersøke hvordan fastleger definerer hva ergoterapi er. Det er ofte fastleger som henviser til ergoterapi i kommunehelsetjenesten. Derfor ville det vært interessant å få mer kunnskap om fastlegers forståelse av hva ergoterapi er og hvordan de tenker omkring ergoterapeuters rolle i behandling av brukere med sosial angst.

Ergoterapeutene tenker mangfoldig om kompetanse: hvordan bruker de denne i praksis? Hva er det som gjør at de velger den ene eller andre strategien/relasjonsbyggingen? Hvordan klarer ergoterapeutene å stå i situasjoner som er vanskelig? Her kunne det vært interessant og gjort observasjoner/feltarbeid samt gjort fokusgruppeintervju.

Videre hadde det vært hensiktsmessig og nødvendig å snu problemstillingene til de som mottar tjenester fra ergoterapeuter. Det kan gi oss noen indikatorer om hvordan brukerne opplever behandlingen fra ergoterapeuter. Er behandlingen nyttig, hensiktsmessig og bidrar den til bedring? Hva er det brukerne vektlegger som viktig? Slik kan man øke forståelse for brukerens perspektiv og oppfatning.

6. 2 Egen læring

Nå som denne studien og faglige reise nærmer seg slutten opplever jeg at min interesse og faglige utvikling har bare så vidt begynt. Jeg har fått nye perspektiver og forstår sammenhenger i behandling av sosial angst. Jeg har fått mye større forståelse og respekt for den jobben som ergoterapeuter i kommunalt psykisk helsearbeid utfører hver eneste dag. Jeg trodde jeg kjente feltet godt men i løpet av skriveperioden og all studeringen har en lyspære gått opp for meg: ergoterapeuters arbeidshverdag i kommunalt psykisk helsearbeid er kompleks. Å skrive en så

stor oppgave som dette har vært utfordrende og gitt meg ny lærdom. Nå skal jeg ta fatt på denne lærdommen og forsøke å bidra til mer læring og kompetanseheving ved min arbeidsplass og for mine ergoterapeutkollegaer. Jeg ønsker nå å bidra med min kompetanse.

Litteraturliste

Acarturk, C., Cuijpers, P., Van Straten, A., & De Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 39(2), 241-254.

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. A. (2004b). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (420), 38-46.

Alsaker, S. (2018). Psykisk helsearbeid sett i lys av aktivitet og narrativ mening. *Ergoterapeuten* 1, 54- 61.

Aubin, G., Hachey, R., & Mercier, C. (1999). Meaning of daily activities and subjective quality of life in people with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6, 53-62

Bannigan, K., & Spring, H. (2012). The evidence-base for occupational therapy in mental health: more systematic reviews are needed. *Occupational Therapy in Mental Health*, 28 (4), 321-339.

Beard, C., Weisberg, R. B., & Keller, M. B. (2010). Health-related quality of life across the anxiety disorders: Findings from a sample of primary care patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 24 (6), 559-564.

Bejerholm, U., & Eklund, M. (2007). Occupational engagement in persons with schizophrenia: Relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 21–32.

Berge, T. & Repål, A. (2004). Trange rom og åpne plasser. Hjelp til mestring av angst, panikk og fobier. 3. utgave. Oslo: Aschehoug.

Berge, T., & Repål, A. (2010). Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

- Björklund, A. (1994). Occupational therapist: A chameleon in the light of paradigm. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1, 59–68.
- Blåka, S. (2012). Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom: status etter Opptrappingsplanen. Vol. 2012:9. Oslo: NIBR.
- Bonsaksen, T., Vøllestad, K., & Taylor, R. R. (2013). The Intentional Relationship Model-Use of the therapeutic relationship in occupational therapy practice. *Ergoterapeuten*, 56(5), 26-31.
- Borell, L., Asaba, E., Rosenberg, L., Schult, M-L., & Townsend, E. (2006). Exploring experiences of “participation” among individuals living with chronic pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13, 76-85
- Borg, M. & Topor, A. (2011). Virksomme relasjoner, Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. 2 utgave 3. opplag. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Borg, M., & Karlsson, B. (2011). Recovery–og hva så? Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(04), 314-323.
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of mental health*, 13(5), 493-505.
- BORGE, F.-M. & HOFFART, A. 2008. Sosial angstlidelse. In: BERGE, T. & REPÅL, A. (eds.) *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brofoss, K. E., Larsen, F., Friis, S., & Norges, F. (2009): Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001 -2009): sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: forskningsrådet, divisjon for vitenskap.
- Bøe, T. D & Thomassen, A. (2007). Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk. Universitetsforlaget. Oslo.
- Chakravorty, B. G. (1993). Occupational therapy services: Awareness among hospital consultants and general practitioners. *British Journal of Occupational Therapy*, 56(8), 283-286.

Cottrell, R. F. (1990). Perceived competence among occupational therapists in mental health. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(2), 118-124.

Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 11.

Duffy, R. & Nolan, P. (2005). A survey of the work of occupational therapists in inpatient mental health services. *Mental Health Practice*, 8, 36–41

Dønnestad, E. & Dovran, A. (2018). Menneskeliggjøring av tjenestene. RVTS Sør. (Internett). 23.01.17. Tilgjengelig fra <https://rvtssor.no/aktuelt/177/menneskeliggjoring-av-tjenestene/> (LEST 23.01.17)

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling. Konfliktløsning, etikk*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeland, T. J. & Heggen, K. (2007) Meistring og myndiggjøring – reform eller retorikk. I: Ekeland, T. J & Heggen, K (red). Meistring og myndiggjøring – reform eller retorikk? Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Eklund, M., & Leufstadius, C. (2007). Relationships between occupational factors and health and well-being in individuals with persistent mental illness living in the community. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74, 303-313.

Ergoterapeutene. (2013). Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig! Lokalisert på: <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi>

Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2012). Dobbelt opp – om psykisk lidelser og rusmisbruk. Oslo: Universitetsforlaget.

Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-158.

Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H. (2005). Size and burden of social phobia in europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 453-462.

Finlay, L. (1998). The life world of the occupational therapist: Meaning and motive in an uncertain world. Doctoral thesis. West Yorkshire, UK: The Open University, viii, 353 p.

Folkehelseinstituttet (2011): Bedre føre var... Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1.

Goldberg, B., Brintnell, E. S., & Goldberg, J. (2002). The relationship between engagement in meaningful activities and quality of life in persons disabled by mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 18(2), 17-44.

Guidetti, S. & Tham, K. (2002). Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: A qualitative study. *Occupational Therapy International*, 9, 257

Hammell, K. W. (2004). "Dimensions of Meaning in the Occupations of Daily Life." *The Canadian Journal of Occupational Therapy* 71(5): 296-305.

Heartl, K., & Minato, M. (2006). Daily occupations of persons with mental illness: Themes from Japan and America. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22(1), 19–32.

Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. Guilford Press.

Helsedirektoratet. (2014). Status for samhandlingsreformen : forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet juni 2014 Rapport / Helsedirektoratet

Hewlett, E., & Moran, V. (2014): Making mental health count: the social and economic cost of neglecting mental health care. OECD.

Hoffman, D. L., Dukes, E. M., & Wittchen, H. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression & Anxiety*, 25 (1), 72-90.

Hooper, B. & Wood, W. (2002). Pragmatism and structuralism in occupational therapy. The long conversation. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 40–50.

Horghagen, S., Fostvedt, B., & Alsaker, S. (2014). Craft activities in groups at meeting places: Supporting mental health users' everyday occupations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21 (2), 145-152.

Hummelvoll, J. K. (2012). Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hvalsøe, B., & Josephsson, S. (2003). Characteristics of meaningful occupations from the perspective of mentally ill people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10(2), 61-71.

Jamnadas, B., Burns, J., & Paul, S. (2002). Understanding occupational therapy: nursing and physician assistant students' knowledge about occupational therapy. *Occupational therapy in health care*, 14(1), 13-25.

Jørstad-Stein, E. C., & Heimberg, R. G. (2009). Social phobia: an update on treatment. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 641-663.

Karlsson, B. (2011). «Sykepleier i bønn»—om makt, posisjoner og profesjoner i psykisk helsefeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(01), 56-65.

Karlsson, B., & Linnerud, T. S. (2009). Kognitiv gruppeterapi ved angstlidelser—pasienters opplevde utbytte. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(03), 204-214.

Kielhofner, G. (2006). *MOHO-modellen: modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til utdannelse og praksis*. Munksgaard Danmark.

Kielhofner, G., & Forsyth, K. (2008). *Therapeutic strategies for enabling change*. I G., Kielhofner. Model of human occupation: theory and application (pp.185-203). 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.

Kinn, L. G., & Aas, R. W. (2009). Occupational therapists' perception of their practice: A phenomenological study. *Australian occupational therapy journal*, 56(2), 112-121.

Kitwood, T., & Bredin, K. (1992). Towards a theory of dementia care: Personhood and well-being. *Aging and Society*, 12, 269-287.

Klausen, R. K. (2016). Relational insight and user involvement in the context of Norwegian community mental health care: A narrative analysis of service users' stories.

Kogstad, R. (2004). Vendepunkter-byggesteiner i bedringsprosessen. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol. 1. Nr. 4. S. 41- 49.

Kvale, S. & Brinkmann S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal akademisk forlag. 3. utgave. Oslo.

Law, M. (2002) Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), s. 479-482. DOI: 10.5014/ajot.56.6.640

Lawlor, M. (2012). The particularities of engagement: intersubjectivity in occupational therapy practice. *Occupational participation health*, 32 (4), s. 151- 169.

Lépine, J. P., & Pelissolo, A. (2000). Why take social anxiety disorder seriously?. *Depression and Anxiety*, 11(3), 87-92.

Lépine, J. P., & Pélissolo, A. (2000). Why take social anxiety disorder seriously?. *Depression and anxiety*, 11(3), 87.

Lycett, R. (1991). 'Well what is occupational therapy?' An examination of the definitions given by occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 54, 411– 414

Lysack, C., Stadnyk, R., Paterson, M., McLeod, K., & Krefting, L. (1995). Professional expertise of occupational therapists in community practice: Results of an Ontario survey. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(3), 138-147.

Malterud, K. (2013). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Universitetsforlaget. 3. utgave. Oslo.

Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G. F., & Måseide, P. (2015). Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av "brukermedvirkning" gjennom miljøterapeutiske aktiviteter.

Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 368-376.

Molander, B (1996). Kunnskap i handling. Bokforlaget Daidalos AB, Göteborg.

Mosey, A. C. (1981). *Occupational therapy: Configuration of a profession*. Raven Press. New York.

Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Rapport nr. 8. Folkehelseinstituttet.

National Institute for Health and Care Excellence. Social anxiety disorder: Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder. (Clinical guideline 159). 2013. <http://guidance.nice.org.uk/CG159>.)

Ness, O., Borg, M., Semb, R., & Karlsson, B. (2014). "Walking alongside:" collaborative practices in mental health and substance use care. *International journal of mental health systems*, 8(1), 55.

Nygren, U., Markström, U., Svensson, B., Hansson, L., & Sandlund, M. (2011). Individual placement and support - a model to get employed for people with mental illness - the first swedish report of outcomes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 591-598

Ormel, J., Petukhova, M., Chatterji, S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., & Haro, J. M. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *The British Journal of Psychiatry*, 192(5), 368-375. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.039107

Ose, S. O., & Kaspersen, S. L. (2015): kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene.

Patel, A., & Shriber, L. (2001). Nurse practitioners' knowledge of occupational therapy. *Occupational therapy in health care*, 13(2), 53-71.

Persson, D., Erlandsson, L. K., Eklund, M., & Iwarsson, S. (2001). Value dimensions, meaning and complexity in human occupation: A tentative structure for analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(1), 7-18.

Pottebaum, J. S., & Svinarich, A. (2005). Psychiatrists' perceptions of occupational therapy. *Occupational Therapy in Mental Health*, 21(1), 1-12.

Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 883-908.

Rosenvinge, J. H., Larsen, E., Skårderud, F., & Thune-Larsen, K. B. (2004). Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det og hvordan kan det læres?. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41, 706-712.

Sachs, D. & Jarus, T. (1994). A survey of Israeli occupational therapists' definitions of the profession. *Occupational Therapy International*, 1, 261-277

Sachs, D. & Labovitz, D. R. (1994). The caring occupational therapist: Scope of professional roles and boundaries. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 997-1005.

Schene, A. H., Koeter, M. W. J., Kikkert, M. J., Swinkels, J. A., & McCrone, P. (2007). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: Randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine*, 37(3), 351-362.*

Schibbye, A-L, L. (2009). Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi. Universitetsforlaget. 2. utgave. Oslo.

Skau, G. M (2011). Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker. Cappelen Akademisk forlag. 3 utgave. Oslo

SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTET 1997-98. *Storingsproposisjon nr. 63. Opptrappingsplan for Psykisk helse*. Oslo: Helse- og omsorgdepartementet.

Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W. & Clark, D.M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour research and therapy* 41, 991 - 1007. doi:10.1016/S0005-7967(02)00176-6.

Steinsbekk, A., Westerlund, H., Bjørgen, D., & Rise, M. B. (2013). Hvordan beskriver brukere av psykiske helse-og sosialtjenester et godt tjenestetilbud?. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 50, 2-5.

Stenbeck, Mona Eklund, Ingalill Rahm Hallberg, B. (2001). The domain of concern of Swedish occupational therapists working in psychiatric care. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 8(4), 184-192.

Sutton, D., Hocking, C., og Smythe, L. (2012). A phenomenological study of occupationale engagement in recovery from mental health. *Canadian journal of occupational therapy*, 79 (3), s. 142 – 150.

Sverdrup, S., Myrvold, T.M. & Kristofersen, L.B. (2007) Brukermedvirkning: idealer og realiteter i lys av et bottom-up: brukermedvirkning i psykisk helsearbeid : idealer og realiteter. Vol. 2007:2. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Sørly, R. (2017). Relasjonell innsikt sett i lys av makt, kunnskap, kjønn og ansvar. En studie fra nordnorsk distriktpsykiatri. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(04), 290-301.

Taylor, A. & Rubin, R. (1999). How do occupational therapists define their role in a community mental health setting? *British Journal of Occupational Therapy*, 62, 59–63.

Taylor, R. (2008). *The intentional relationship: occupational therapy and use of self*. Philadelphia: F.A. Davic Co.

Taylor, R. R., Lee, S. W., & Kielhofner, G. (2011). Practitioners' use of interpersonal modes within the therapeutic relationship: Results from a nationwide study. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 31(1), 6-14.

Tokolahi, E., Em-Chhour, C., Barkwill, L., & Stanley, S. (2013). An occupation-based group for children with anxiety. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(1), 31-36.

Townsend, E. (1997). Occupation: Potential for personal and social transformation. *Journal of Occupational Science: Australia*, 4, 18-26.

Vogel, K. A. (1991). Perceptions of practitioners, educators, and students concerning the role of the occupational therapy practitioner. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 130–136.

Waghorn, G., Chant, D., White, P., & Whiteford, H. (2005). Disability, employment and work performance among people with ICD-10 anxiety disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (1), 55-66.

Aarre, T. F. (2010). Manifest for psykisk helsevern. Oslo: Universitetsforlaget

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i intervjuundersøkelse i forbindelse med mastergradsprosjekt

Tittel på studien: ”Hvilke erfaringer, vurdering og klinisk resonnement gjør ergoterapeuter i kommunalt psykisk helsearbeid i behandling av brukere med sosial angstlidelse?”

Bakgrunn og hensikt:

Bakgrunnen for at jeg ønsker å intervju deg som ergoterapeut innen psykisk helsearbeid kommunalt, er din erfaring omkring behandling av brukere med sosial angstlidelse. Hensikten med studien er å belyse hva ergoterapeuter vektlegger i behandling av brukere med sosial angstlidelse. Dette kan bidra til bedre tjenester og kan hjelpe brukere til å få best mulig tjenestetilbud i kommunene.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at jeg ønsker å intervju deg om dine erfaringer omkring brukere med sosial angstlidelse. Jeg ønsker å snakke om hva du som ergoterapeut vektlegger i behandlingen og stille deg noen spørsmål omkring dine tanker og erfaringer rundt temaet. Jeg ønsker å åpne for refleksjon slik at du kan reflektere fritt.

Hva skjer med informasjonen om deg og ditt bidrag?

Dine erfaringer om hva du vektlegger i behandlingen av brukere med sosial angstlidelse vil være mitt analysemateriale, og vil sammen med litteratur danne grunnlaget for min masteroppgave. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og skrevet ned i tekstform. Intervjuet vil ta ca. en time og vi blir sammen enige om tid og sted. Materialet fra intervjuet vil ikke bli tilgjengelig for noen utover meg som forfatter og min veileder. Når avsluttende eksamen er bestått, vil lydbåndopptaket bli slettet og det utskrevne intervjuet makulert. Jeg planlegger å avlegge eksamen vår 2018. Studien er godkjent av personvernombudet for forskning, norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Frivillig deltakelse

Min masterstudie basere seg på frivillig deltakelse og du kan når som helst underveis trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette kan du gjøre uten å måtte oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å delta, må du undertegne en samtykkeerklæring.

Dersom du har spørsmål til studien kan du kontakte meg eller min veileder:

Navn: Mats Berntsen, spesialergoterapeut i psykisk helsearbeid og masterstudent i helsefag studieretning psykisk helse. Telefon: 95941034. Epost berntsenm@hotmail.com

Veileder:

Navn: Astrid Gramstad, ergoterapeut/forsker/førsteamanuensis. Telefon: 77660621. Epost: astrid.gramstad@uit.no

Dersom du ønsker å delta i denne studien og finner den interessant, håper jeg du sender meg en mail om dette på ovennevnte mailadresse. Da vil du få tilsendt en samtykkeerklæring som du må signere, og jeg vil deretter kontakte deg for å avtale tid og sted for intervjuet.

Vedlegg 2

Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjektet:

”Hvilke erfaringer, vurdering og klinisk resonnement gjør ergoterapeuter i kommunalt psykisk helsearbeid i behandling av brukere med sosial angstlidelser?”

Jeg, (navn med blokkbokstaver)

....., har fått utdelt informasjonsskriv og gjort meg kjent med innholdet, og samtykker herved til å delta i ovennevnte mastergradsprosjekt.

Dette innebærer at jeg stiller meg til disposisjon til å møte mastergradsstudent Mats Berntsen til intervju om hvilke erfaringer, vurdering og klinisk resonnement gjør ergoterapeuter i kommunalt psykisk helsearbeid i behandling av brukere med sosial angstlidelser?

Min deltakelse i prosjektet er frivillig, og jeg mottar ingen godtgjørelse for dette.

Sted

Dato

Signatur

Kontaktadresse

Telefonnummer

Epost

Vedlegg 3

Hva: Belyse hvilke erfaringer, vurdering og klinisk resonnement ergoterapeuter gjør i kommunalt psykisk helsearbeid i behandling av brukere med sosial angst?

Hvorfor: frembringe ny innsikt i ergoterapeuters erfaringer ved behandling av brukere med sosial angst

Hvordan: kvalitativt forskningsintervju – semistrukturert

Intervjuguide:

Tema	Forslag til spørsmål
Bakgrunn	Navn Alder Type utdanning (videreutdanning/master) Hvor lenge har du jobbet med denne brukergruppen? Følger du brukerne over tid eller er det kort behandling du gir?
Innledende spørsmål til tema	Kan du beskrive hva du gjør i forhold til denne brukergruppen? <ul style="list-style-type: none">- Kan du si noe mer om rammene rundt (henviser, kommer de til behandling, oppsøker du de hjemme)
Situasjoner	Kan du beskrive et forløp som gikk svært bra? <ul style="list-style-type: none">- Kan du reflektere over hvorfor du tror det gikk så bra? Kan du beskrive et forløp som ikke har vært optimalt? <ul style="list-style-type: none">- Kan du reflektere over hva du tror bidro til at de ikke gikk så bra?

	<p>Er din fagbakgrunn som ergoterapeut av betydning for måten du arbeider på? Kan du beskrive det?</p> <p>Kan du fortelle meg hva du mener er Ergoterapeutens rolle og bidrag for mennesker med sosial angst?</p> <p>Er det noen ergoterapeutiske modeller/ verktøy/ arbeidsformer som er relevant i dette arbeidet?</p> <p>Kan du fortelle meg om hvilken kompetanse du mener er viktig i behandling av sosiale angst i kommunehelsetjeneste?</p> <p>Kan du fortelle meg om noe du har lært av noen fra en annen faggruppe?</p> <p>Kan du fortelle meg om noe du har lært fra noen av brukerne du har jobbet med?</p>
Avslutning	Er det noe jeg ikke har spurt om, men som du tenker er viktig for meg å vite?

Vedlegg 4

Endrings skjema for prosjektnr. 50704. NSD- norsk senter for forskningsdata AS.

Saturday, April 14, 2018 at 2:08:33 PM Central European Summer Time

Emne: RE: Prosjektnr: 50704. Hva vektlegger ergoterapeuter som viktig i behandling av brukere med sosial angstlidelse?
Dato: tirsdag 19. september 2017 11:21:36 sentraleuropeisk sommertid
Fra: Nils Oddbjørn Henriksen
Til: Astrid Gramstad, Lise Aasen Haveraaen, berntsenm@hotmail.com
Vedlegg: image001.png

Hei,

Med dette bekreftes at Astrid Gramstad tar over som daglig ansvarlig for nevnte prosjekt.

Mvh

Nils Henriksen

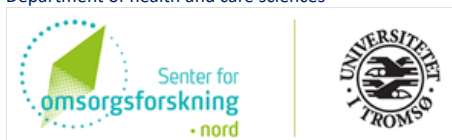
Nils Henriksen
Professor
Institutt for helse- og omsorgsfag
Det helsevitenskapelige fakultet
UIT Norges arktiske universitet
9037 Tromsø

From: Astrid Gramstad
Sent: tirsdag 19. september 2017 10:23
To: Lise Aasen Haveraaen <Lise.Haveraaen@nsd.no>; Nils Oddbjørn Henriksen <nils.henriksen@uit.no>; berntsenm@hotmail.com
Subject: SV: Prosjektnr: 50704. Hva vektlegger ergoterapeuter som viktig i behandling av brukere med sosial angstlidelse?

Hei igjen og takk for påminning. Eg stadfester at eg er ny dagleg ansvarleg for dette prosjektet.
Beste helsing Astrid

Astrid Gramstad
Forskar, førsteamanuensis
Senter for omsorgsforskning, nord
Institutt for helse- og omsorgsfag

Astrid Gramstad
Researcher, associate professor
Centre for care research, north
Department of health and care sciences



Saturday, April 14, 2018 at 2:15:51 PM Central European Summer Time

Emne: Prosjektnr: 50704. Hva vektlegger ergoterapeuter som viktig i behandling av brukere med sosial angstlidelse?

Dato: tirsdag 19. september 2017 08:43:28 sentraleuropeisk sommertid

Fra: Lise Aasen Haveraaen

Til: nils.henriksen@uit.no, berntsenm@hotmail.com, astrid.gramstad@uit.no

Hei,

Viser til innsendt endringsskjema for prosjektnr. 50704. Vi forstår det sånn at dere vil endre daglig ansvarlig for prosjektet. For å gjøre dette trenger vi en bekreftelse fra nåværende daglig ansvarlig (Nils Henriksen) og ny daglig ansvarlig (Astrid Gramstad). Det er tilstrekkelig at dere bekrefter det på epost til meg.

Hvis dere har noen spørsmål er det bare til å ta kontakt.

Vennlig hilsen,

--

Lise Aasen Haveraaen

Seniorrådgiver | Senior Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services

T: (+47) 55 58 21 19

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17

postmottak@nsd.no www.nsd.no

Vedlegg 5



Nils Henriksen
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 24.11.2016

Vår ref: 50704 / 3 / ASF

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.10.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>50704</i>	<i>Hva vektlegger ergoterapeuter som viktig i behandling av brukere med sosial angstlidelse?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Nils Henriksen</i>
<i>Student</i>	<i>Mats Berntsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillere kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Amalie Statland Fantoft

Kontaktperson: Hanne Johansen-Pekovic tlf: 55 58 31 18

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Mats Berntsen berntsenm@hotmail.com



REKRUTTERING

Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen, og at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas. Vi gjør oppmerksom på at opplevelsen av frivillighet kan minskes dersom det er et avhengighetsforhold mellom den som rekrutterer og deltager, som for eksempel mellom leder og ansatt. Av informasjonsskrivet fremkommer det at du selv jobber i kommunehelsetjenesten. Det er derfor viktig at forespørselen blir rettet slik at utvalget er innforstått med at deltagelse er helt frivillig, og uavhengig av deres relasjon til arbeidsstedet.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring er noe mangelfullt utformet. Vi ber derfor om at følgende endres/tilføyes:

- at masteroppgaven utføres uavhengig av ditt ansettelsesforhold i Tromsø kommune/kommunehelsetjenesten
 - kontaktopplysninger til student/veileder
 - dato/tidspunkt for planlagt anonymisering av datamaterialet
- i avsnitt fire, andre setning oppgir du at anonymiserte, sensitive opplysninger ikke vil komme på avveie. Da denne setningen fremkommer litt uklar, så kan denne for eksempel heller omskrives til: "Datamaterialet med personopplysninger vil bli oppbevart konfidensielt, og alle opplysninger vil bli behandlet på en forsvarlig, etisk måte."
- I avsnitt fire, tredje setning oppgir du at fødselsnummer vil anonymiseres. Da du ikke skal innhente opplysninger om deltagerenes fødselsnummer, kan dette fjernes fra informasjonsskrivet.

Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.no før utvalget kontaktes.

TAUSHETSPLIKT OM PASIENTER

I prosjektmeldingen opplyser du om at du skal intervjuere ergoterapeuter. Vi minner om at informantene har taushetsplikt om pasienter, og at dere har et felles ansvar for at det ikke kommer personopplysninger om tredjepart inn i datamaterialet. Dette er ekstra verdt å merke seg siden du i intervjuguiden har inkludert spørsmål som ber deltagerne komme med konkrete eksempler. Vi forutsetter at du legger opp disse spørsmålene slik at det ikke samles inn personopplysninger om tredjeperson/pasienter.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektlutt er 15.12.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak