



**UIT**

**NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET**

Institutt for helse- og omsorgsfag. Det helsevitenskapelige fakultet

# **Mest mulig funksjon – lengst mulig**

**Hvordan utøver og erfarer ergoterapeuter helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten?**

**Torstein Bergene**

*Masteroppgave i helsefag, flerfaglig studieretning.*

*Mai 2018*



## **Forord**

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lang og tidkrevende prosess. Det har vært utfordrende og frustrerende, men også lærerikt.

Jeg vil takke alle som har vært tålmodig med meg, oppmuntret meg, og hjulpet meg underveis.

Ingen nevnt, ingen glemt!

# Sammendrag

Helsefremmende og forebyggende arbeid har de siste 10 årene fått økt fokus gjennom en rekke stortingsmeldinger og lovendringer. Dette legger føringer for hvordan arbeidet skal utføres i kommunehelsetjenesten. På tidspunktet studien ble igangsatt var to lovendringer trådt i kraft, samt en viktig reform. Disse har betydning for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunene.

**Hensikt:** Studiens hensikt er å se nærmere på, beskrive og utvikle kunnskap om hvordan ergoterapeutene i kommunehelsetjenesten erfarer å utøve helsefremmende og forebyggende arbeid.

**Metode:** Studien har en kvalitativ tilnærming. For å undersøke problemstillingen min har jeg benyttet kvalitative intervjuer av ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten. Temaet for intervjuene var ergoterapeutenes bidrag til helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunehelsetjenesten.

**Funn:** Ergoterapeutene hadde ulike tilnærminger til det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunehelsetjenesten. Økt funksjon i dagliglivet gjennom blant annet koordinering av tjenester slik at aktivitetsnivået ble opprettholdt eller forbedret ble ansett som et viktig bidrag. Det ble fremhevet at det helsefremmende og forebyggende arbeidet ble utført som en naturlig del av ergoterapitjenesten. Funnene viser at det kurative arbeidet hadde helsefremmende og forebyggende effekt. Ergoterapeutene opplevde utfordringer med å få tatt tak i det forebyggende arbeidet i kommunen. De begrunnet det med stor pågang fra sykehusene, nedskjæringer i kommunene og større ansvar i forhold til samhandlingsreformen gjorde at de slet med å ta tak i det forebyggende.

**Konklusjon:** Ergoterapeutene i kommunehelsetjenesten hadde ulike erfaringer med å utføre helsefremmende og forebyggende arbeid. Gjennomgående i studien var ergoterapeutenes fokus på økt funksjon i dagliglivet. Dette ble sett i sammenheng med mennesket i et helhetlig perspektiv, fysisk, psykisk i samspill med omgivelsene. Informantene snakket om helsefremmende og forebyggende arbeids om et felles begrep. Begrepene var også tett knyttet til hverandre i arbeidshverdagen. De viktigste trekkene i funnene er at ergoterapeuter utfører både helsefremmende og forebyggende arbeid.

**Nøkkelord:** Helsefremming, forebygging, ergoterapi, kommunehelsetjeneste, Empowerment, lokalsamfunn.

## Abstract

Health promotion and preventive work has been increased focus in the last 10 years through a series of parliamentary reports and legislative changes. This sets guidelines for how the work will be carried out in the municipal health service. At the time the study was initiated, two legislative amendments came into force, as well as an important reform. These are important for the health promotion and prevention work in the municipalities.

**Purpose:** The purpose of the study is to look into, describe and develop knowledge about how occupational health professionals are experiencing health-promoting and preventive work.

**Method:** The study has a qualitative approach. To investigate my problem, I have used qualitative interviews of occupational therapists in the municipal health service. The theme of the interviews was the occupational therapists' contribution to health promotion and preventive work in the municipal health service.

**Findings:** The occupational therapists had different approaches to the health promotion and prevention work in the municipal health service. Increased functioning of daily life through, inter alia, coordination of services so that the activity level was maintained or improved was considered an important contribution. It was emphasized that health-promoting and preventive work was performed as a natural part of the occupational therapy service. The findings show that the curative work had a health promoting and preventive effect. Occupational therapists experienced challenges in addressing the preventive work in the municipality. They justified it with great pressure from hospitals, cuts in the municipalities and greater responsibility in relation to the reform, preventing them from addressing it.

**Conclusion:** The occupational therapists in the municipal health service had different experiences in carrying out health promotion and preventive work. Throughout the study, the occupational therapists focused on increased functioning in daily life. This was seen in the context of human in a holistic perspective, physically, mentally in interaction with the environment. The informants talked about health promotion and preventive work in a common term. The concepts were also closely linked to each other in the working day. The main features of the findings are that occupational therapists perform both health-promoting and preventive work.

**Keywords:** Health promotion, prevention, occupational therapy, municipal health service, empowerment, communities.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	6
1.1	Tema og bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2	Begrepsavklaringer.....	8
1.3	Tidligere forskning.....	9
1.4	Problemformulering og hensikt.....	12
1.4.1	Forskningsspørsmål.....	12
2	Teori.....	13
2.1	Folkehelse.....	13
2.2	Helsefremmende arbeid.....	15
2.2.1	Empowerment.....	18
2.2.2	Salutogenese.....	20
2.2.3	Helsefremmende lokalsamfunn.....	22
2.2.4	Hverdagsrehabilitering.....	24
2.3	Forebygging.....	25
2.3.1	Primærforebygging.....	27
2.3.2	Sekunder forebygging.....	28
2.3.3	Tertiærforebygging.....	29
2.4	Kommunehelsetjenesten.....	29
2.4.1	Samhandlingsreformen.....	31
2.4.2	Helse- og omsorgstjenesteloven.....	32
3	Metode.....	35
3.1	Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	35
3.1.1	Hermeneutikk.....	36
3.1.2	Fenomenologi.....	37
3.2	Metodevalg.....	37
3.2.1	Utvalg av informanter.....	38

3.2.2	Innsamling av data .....	39
3.2.3	Forskerrollen og forforståelsen .....	40
3.2.4	Transkripsjon.....	41
3.3	Metode for analyse .....	42
3.3.1	Troverdighet .....	43
3.4	Etiske vurderinger.....	44
3.4.1	Validitet, overførbarhet og reliabilitet.....	44
3.5	Refleksjon av metoden .....	45
4	Resultat og drøfting.....	47
4.1	Avgrensning.....	48
4.2	Helsefremmende og forebyggende arbeid – « <i>mest mulig funksjon lengst mulig</i> » ....	48
4.2.1	Aktivitet og deltakelse – « <i>Det er masse fokus på fysisk aktivitet egentlig</i> ».....	54
4.2.2	Pårørende og frivillige – « <i>Pårørende setter veldig pris på dette</i> » .....	59
4.2.3	Empowerment – « <i>brukerne har løsninger selv</i> » .....	63
4.3	Kommunehelsetjenesten – « <i>vi er hele tiden litt på hælan</i> » .....	67
4.3.1	Endringer i utøvelse av ergoterapi – « <i>Vi kan ikke fortsette slik vi gjør</i> » .....	70
5	Avslutning .....	80
6	Litteraturliste .....	83
	Vedlegg 1. Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjekt. ....	91
	Vedlegg 2. Temaguide .....	93
	Vedlegg 3. Utdrag fra matrise .....	94
	Vedlegg 4. Meldeskjema NSD.....	96
	Vedlegg 5. Endringsmelding NSD.....	101

# 1 Innledning

Dette er en masteroppgave i flerfaglig helsefag ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet. Masteroppgavens hovedtema er ergoterapeuters bidrag til helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten. Oppgaven vil ha relevans innenfor fagfeltet ergoterapi, men også andre profesjoner kan ha nytte av å se hva endringene i kommunehelsetjenesten gjør med helseprofesjonene og hvordan man må tenke proaktivt i fagutøvelse.

Som nyutdannet ergoterapeut var jeg opptatt av hva ergoterapeuter bidro med i kommunehelsetjenesten – i et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Med manglende praktisk erfaring fra ergoterapeuters arbeid, startet jeg i prosjektfasen å se på hvilke helsefremmende og forebyggende virkemidler stortinget blant annet initierte.

## 1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt helsefremming og forebygging i kommunehelsetjenesten som tema for min masteroppgave. Dette er et felt jeg har vært opptatt av siden studietiden på UIT. Med alle endringene i kommunehelsetjenesten, ble jeg nysgjerrig på hvilken betydning dette fikk i arbeidshverdagen til ergoterapeuter.

Kommunene er i endring, og det er lagt frem reformer som skal styrke samhandling, forebygging og helsefremmende faktorer (Samhandlingsreformen, Folkehelseloven og Helse- og omsorgstjenesteloven). Kommunene er ofte de første som kommer i kontakt med pasientene, også kommuneergoterapeuter. Det er kommunene som har det største ansvaret ovenfor innbyggerne i kommunen. Fra statlig og kommunal sektor er det gjennom lovverk og reformer stort fokus på det forebyggende og helsefremmende arbeid (St.meld. 26). Det innebærer i hovedsak at det skal satses nasjonalt gjennom kommunene i å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne (St. meld. Nr. 26). Dette til tross for at befolkningen lever lengre og helsen aldri har vært bedre i Norge (Folkehelseinstituttet, 2011).

I stortingsmelding nr. 37 (1992-1993), ”utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid”, ble helse-Norges utfordringer poengtert. Fokuset skulle rettes mot forebyggende og helsefremmende faktorer – det er ikke nok å bare reparere skader når de er oppstått (St.meld.nr. 37). Senere ble det igjen fokusert på folkehelsearbeidet i Norge gjennom stortingsmelding nr. 16 (2002-2003), ”Resept for et sunnere Norge”. Stortingsmeldingen nr.

16 (2002-2003) omhandlet forhold som påvirker helsen, og strategier for et sunnere Norge. Det ble fremhevet at utviklingstrekk i samfunnet gir nye helseutfordringer, og regjeringen ønsket å gi folkehelsearbeidet et løft (St.meld.nr. 36). Regjeringen er opptatt av at individuell behandling er lite kostnadseffektivt, og at det skal satses hardere på determinanter i samfunnet som truer helsen (Prop. 90 L).

Forebygging var et førende prinsipp i forslaget til ny folkehelselov og ny Lov om kommunale Helse- og omsorgstjenester i 2012 (Folkehelseinstituttet, 2011). Den Norske helsen har stadig blitt bedre og bedre. Den Norske regjeringen har satt større press på helse- og velferdstilbud i Norske kommuner (St.prp. 91 L., & St.prp. 90 L). Lov om folkehelsearbeid, og Lov om kommunale Helse- og omsorgstjenester skal bidra til at samfunnsutvikling som fremmer folkehelsen og utjevner sosiale helseforskjeller, samt helsefremmende og forebyggende innsats mot livsstilssykdommer (Folkehelseloven 2011., Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Samtidig med at Lov om folkehelsearbeid og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble iverksatt, ble også stortingsmelding 47 iverksatt 1. Januar 2012 (St.meld. nr. 47). Kommunene skal ha oversikt over helsetilstanden, og hvilke risikofaktorer som påvirker god og dårlig helse i kommunen (Folkehelseloven, 2011). Loven skal sikre at kommune, fylke og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet der hvor befolkningen befinner seg. Kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid er styrket i ny folkehelselov (St. Meld. Nr. 26). Helse- og omsorgstjenesteloven skal også bidra til å forebygge, behandle og mestre sykdom, det samme gjelder for helse- og omsorgstjenester som ytes av kommunene (Folkehelseloven, 2011).

Stortingsmelding 47 har navnet Samhandlingsreformen, og har som mål om å styrke det forebyggende arbeidet i kommunene, hvor et av virkemidlene er insentiver til kommunene som iverksetter tiltak med forebyggende arbeid. Samhandlingsreformen utfordrer helse- og omsorgstjenestene til å sette inn rett tjeneste til rett tid og på rett sted, noe som vil kreve at kommunene blir enda bedre på tverrfaglig innsats i nærmiljøet (St.meld. nr. 47).

Samhandlingsreformen er utarbeidet som et ledd i å møte utfordringer, hvor det ble uttalt et stort problem med samhandling. Den skal forsøke å vise vei fremover og gir helsetjenesten en ny retning (Ness et. al, 2012). Ambisjonene om større grad av forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige fase er kommunene tiltenkt en viktig rolle. Det er et behov for samlede helsetjenester som skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging og tidlig intervensjon (St.meld. nr. 47). Stortingsmelding 26, fremhever at kommunenes



samfunnsoppdrag må vektlegge brukermedvirkning, forebygging, proaktive oppfølging og gode forløp (St. meld. nr. 26).

Samhandlingsreformen er en retningsform for kommuner og vil innebære endringer i samarbeidsstruktur, organisering og ikke minst forebyggende virksomhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Kommunene får gjennom samhandlingsreformen relativt frie tøyler til å finne sin løsning til det beste for lokale forhold. Det avhenger av kommunens størrelse og behov for samlet helsetjeneste. Et viktig ledd i reformen er kommunens ansvar for helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, med diagnostikk, behandling og tett oppfølging slik at pasientens helhetlige pasientforløp blir ivaretatt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Kommunen har ansvaret for å klare å utvikle en samlet tjeneste med ulike fagprofesjoner som kan jobbe for den enkelte gruppe (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). En tilrettelegging av tjenestetilbudet som medfører at sykdomsutviklingen hindres eller utsettes er positivt både for folks helse og samfunnsøkonomisk. Reformen skal også bidra til at kommunene identifiserer og setter inn tjenester så tidlig som mulig for aktuelle brukere. Det kan gjøre at den enkeltes mestringsevne og bidra til at sykdomsutviklingen forhindres (St.meld.nr 47). Dette kan sees i sammenheng med helsefremmende arbeids som skal ta utgangspunkt i de faktorer som kan styrke ressursene for god helse (Mæland, 2010). Et sentralt moment i helsefremmende tenkning er ideen om at den enkelte og lokalsamfunnet må ha makt og kontroll over egen helse (Mæland, 2010).

Bakgrunnen for å innføre samhandlingsreformen har vært mange, hvor et av de viktigste har vært at helsetjenesten har vært lite tilpasset kroniske sykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Helsetjenesten har hatt sterkt fokus på behandling av sykdom, og lite på å fremme helse og forebygge helseproblemer. Det betyr ikke at oppfølging av pasienter og brukere med etablerte kroniske sykdommer skal bli bortprioritert. Det er viktig at grupper skal ha et samlet tjenestetilbud sett i ett helhetlig samhandlingsperspektiv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

## **1.2 Begrepsavklaringer**

Helsefremmende arbeid og Health Promotion blir i denne oppgaven brukt synonymt.

Forebygging blir brukt synonymt med Prevention.

Begrepene bruker og pasient blir brukt synonymt i oppgaven. I hovedsak benyttes bruker gjennomgående i oppgaven.

Forkortelser:

- ADL – Aktivitet i dagliglivet
- AOTA – American Journal of Occupational Therapy
- WHO – World Health Organization

### 1.3 Tidligere forskning

Jeg har benyttet ulike databaser og ulike søkeord for å finne tidligere forskning som var gjort om helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten. Jeg har benyttet hovedsakelig databasene Pub Med, OTseeker, Cochrane Library, samt publiseringsplattformen Idunn, og i biblioteket Oria søkemotor.

Søkeordene jeg brukte var helse, helsefremming, forebygging, kommunehelsetjenesten, ergoterapi, folkehelse, Empowerment, aktivitet i dagliglivet. Jeg søkte også på disse sammensetningene på engelsk.

For å forstå helsefremmende og forebyggende arbeid må vi forstå helse. Helse er en sett på som en ressurs for hverdagen, både for individ og gruppe, slik at individet kan settes i stand til å tilfredsstille behov, endre og takle omgivelsene. Helse er positivt med vekt individets ressurser, fysisk, psykisk og sosialt (Naidoo & Wills, 2009). Sletteland (2012) beskriver at god helse er noe positivt, og at det er noe som er verdt å etterstrebe, samtidig er det er vanskelig å få til en felles definisjon på hva god helse er. Det kan være ulike sosiale og kulturelle rammer vi lever innenfor som gjør at det er vanskelig. Definisjonen er vid, og det finnes alt som menneskets liv inneholder kan sies å være helserelevant. Definisjonen gir heller ingen retningslinjer for hvordan man skal jobbe forebyggende og helsefremmende, og er dermed lite anvendbar i arbeidet med å fremme helse og redusere ulikheter i helse (Sletteland & Donovan, 2012).

Holmberg og Ringsberg (2014) har skrevet en artikkel om ergoterapeuter som bidragsytere til ”*health promotion*”, eller helsefremming. Målet med artikkelen var å utforske ergoterapeuters kompetanse i helsefremming, og om de bruker kompetansen i det daglige arbeidet.

Kompetansen til ergoterapeuter ikke er spesialisert innenfor helsefremming, men ergoterapeuter fokuserer på å fremme brukerne helse, og deltakelse i meningsfull aktivitet. I det helsefremmende arbeidet mente ergoterapeutene at det var avhengig av kontekst og basert på interaksjon mellom individ, situasjon, kultur og omgivelser. Ergoterapeuter kan oppleve

flere barrierer enn muligheter til å jobbe i en helsefremmende tilnærming (Holmberg and Ringsberg, 2014)

Helsefremming blir ofte satt i sammenheng med å rette tiltak mot befolkningen (Haugan & Rannestad, 2014). Ergoterapeuter som engasjerer seg i det helsefremmende og forebyggende arbeidet er begrenset, men gjennom myndighetenes satsning på helse- og velferdstilbud kan dette endre seg (Scaffa et al., 2008). Ergoterapeuters arbeid er med brukere i alle aldersgrupper, fra barn til voksne, ulike kulturer, med ulik etnisitet, og de som har eller er i fare for funksjonsfall. Praksis varierer stort, men ofte tilbys helsefremmende tjenester som tilrettelegging for menneskelig aktivitet (Scaffa et al., 2008).

Maggie S. Reitz (1992) beskriver i artikkelen hvordan ergoterapeuter strever med å møte et økende brukerkrav etter deres søken til god helse. For at ergoterapeuter skal overleve i helsevesenet må vi utvide vårt tilbud til helsefremming og velvære. Ergoterapeuter bør huske sin fortid, for ergoterapeuters tidlige grunnsyn var idealet om å promotere velvære gjennom aktivitet (Reitz, 1992). Selv om det mellom 1920-1960 tallet er lite detaljer rund ergoterapeuters bidrag til forebygging og helsefremming. På 1950 tallet fokuserte ergoterapeuter på kurative tilnærminger, og forlot igjen filosofien om forebygging og helsefremming (Reitz, 1992). På 1960 tallet utviklet faget seg igjen mot det forebyggende og helsefremmende, da det igjen ble et tema i profesjonen. I artikkelen "A historical review of occupational therapy's role in preventive health and wellness" har Reitz et sitat om at mennesket kan påvirke sin egen helse i (Reitz, 1992):

" That man, through the use of his hands, as they are energized by mind and will, can influence the state of his own health" (Reitz, 1992: 51)

Dette utsagnet ble også utgangspunktet for ergoterapeuters videre arbeid med helsefremming og forebygging. Det var viktig med kjennskap til tjenester, mål og normer, samt kunnskap om tiltak som var basert på meningsfull aktivitet for å fremme helse i institusjoner. Det handlet også om kunnskap om å beholde helsen, mer enn å minimalisere funksjonsnedsettelse med hjelpemidler (Reitz, 1992). Etter hvert hadde ergoterapeuter utvidet sitt område i samfunnsforebyggende helse, da innen sekundær og tertiær forebygging. Fortsatt hadde ergoterapeuter lite å gjøre med primærforebyggende arbeid. Reitz (1992) hevder at ved å utvikle ergoterapeutenes innsats i samfunnets forebyggende intervensjoner, forske på innvirkning, og rapportere om kostnadsbesparelser, både for mennesker og finansielt, kunne ergoterapi igjen bli en profesjon som jobbet aktivt mot idealet til fagets grunnleggere (Reitz, 1992).

Scaffa (2008) beskriver ergoterapeuters bidrag på områdene helsefremming og forebygging. De hevder at ergoterapeuter har et utmerket utgangspunkt for å kjenne igjen aktivitetsutfordringer og kan tilby intervensjoner som kan lindre gjennom oppgave- analyse<sup>1</sup> og tiltak. De beskriver at ergoterapeuter har tre spesielt viktige roller på helsefremming og forebyggende arbeid; fremme sunn livsstil; bruke aktivitet som et viktig element i helsefremmende strategier; og tidlige intervensjoner, ikke bare med individ, men også befolkningen. Scaffa (2008) hevder også at ergoterapeuter har en viktig rolle i helsefremming og forebygging gjennom fokus mål, produkt og meningsfull effektivitet kan bidra til god helse. Mallinson (2009) oppfordrer ergoterapeuter til å finne muligheter lokalt men tenke nasjonalt i sine tilnærminger (Mallinson et al., 2009). Ved å prioritere forebyggende arbeid kan man redusere antallet uhell, alvorlighetsgraden på sykdom og redusere kostnadene på behandling (Jaffe, 1986).

Scaffa (2008) beskriver tre kritiske roller for ergoterapeuter i helsefremming og forebygging av sykdom eller skade. Fremme sunn livsstil, fremme aktivitet som et sentralt element i helsefremmende strategier, og bidra til intervensjon, ikke bare med individet men også befolkningen. Det er viktig at ergoterapeuter arbeider helsefremmende for alle, familier, fysiske, mentale og kognitive nedsettelse (Scaffa et al., 2008). For at helsefremmende innsats skal være effektiv kan man ikke jobbe kun på individnivå. Ergoterapeuter har kunnskapen om helsefremming og forebyggende arbeid, men det er et bredt område i praksis, og ergoterapeuter må jevnlig øke deres kunnskap i helsefremming for å være effektive og kompetente deltakere (Scaffa et al., 2008).

Mallinson (2009) hevder at ergoterapeuter tradisjonelt fokuserer på individet, men for å evaluere påvirkningen av ergoterapi mot helsefremmende, må man innta et større folkehelsefokus. Artikkelen presenterte at det er behov for folkehelsefokus ved å legge til rette for flere i helsefremmende utøvelse. Ergoterapi for personer med leddgikt ble benyttet for å illustrere det helsefremmende arbeidet på grunn av at leddgikt er en av flere årsaker til funksjonsnedsettelse (Mallinson et al., 2009). Ergoterapeuter må fokusere på forebyggende snarere enn kompenserende strategier mot pasienter. Selv om artikkelen fokuserte på reumatologi, gjelder dette de fleste. En stor forskjell mellom folkehelse og ergoterapi er at

---

<sup>1</sup> Brukes blant ergoterapeuter som aktivitetsanalyse. Et virkemiddel for å kartlegge hvilke ressurser og begrensninger en bruker har i aktivitet.

folkehelse fokuserer på grupper av mennesker, mens ergoterapi ofte fokuserer på enkeltpersoner (Mallinson et al., 2009).

## **1.4 Problemformulering og hensikt**

Overordnet tema for masteroppgaven er ergoterapeuters bidrag i kommunehelsetjenesten til helsefremmende og forebyggende arbeid. Studiens hensikt er å se nærmere på, beskrive og utvikle kunnskap om hvordan ergoterapeutene i kommunehelsetjenesten erfarer å utøve helsefremmende og forebyggende arbeid.

**Problemstillingen er: Hvordan utøver og erfarer ergoterapeuter helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten?**

### **1.4.1 Forskningsspørsmål**

Hvilke viktige bidrag mener ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten de har i sitt daglige arbeid med fokus på:

- Hvordan opplever du å bli møtt som ergoterapeut?
- Hvilken kompetanse har de, og har de fagutviklingsmuligheter?
- Bidrag til helsefremmende arbeid?
- Bidrag til forebyggende arbeid?
- Hva gjør ergoterapeuter for å tydeliggjøre helsefremmende arbeidet?
- Tydeliggjøre forebyggende arbeid?
- Forhold til fysisk aktivitet?
- Helhetssyn?
- Samhandlingsreformens påvirkning i det daglige arbeidet?
- Merker du forskjell i ditt daglige arbeid etter innføring?
- Hvilken betydning vil det kunne få for ditt arbeid?

Jeg har valgt å strukturere oppgaven på bakgrunn av forskningsspørsmål under tre hovedkategorier. De tar for seg forskningsspørsmål og ergoterapeutenes utførelse og erfaring i kommunehelsetjenesten.

1. helsefremmende arbeid
2. Forebyggende arbeid
3. Kommunehelsetjenesten

## 2 Teori

### 2.1 Folkehelse

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelse. Det er vanlig at man innen folkehelsearbeidet deler mellom sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon (NOU, 1998:18). Folkehelsearbeid kan rette seg mot alt som påvirker helsen i samfunnet, uavhengig av størrelse på gruppen det gjelder og kriterier som for eksempel kjønn, alder etc. (Helsedirektoratet, 2010). Særtrekket med folkehelsearbeid er at det er rettet mot populasjonsnivået i motsetning til individnivået som ergoterapeuter hovedsakelig jobber mot (Helsedirektoratet, 2010). Forutsetningene for å oppnå god helse er ulike, men likefult viktig for alle mennesker. Endringene i samfunnet endrer også menneskers sykdomsbilde. Helsedirektoratet (2010) anslår at sykdomsbildet vil prekes av kroniske lidelser fremover. Hovedårsaken til dette er stadig flere eldre, og forekomst av kroniske lidelser øker i takt med økende alder (Helsedirektoratet, 2010).

I den vestlige verden har utfordringer i folkehelsen endret seg til å redusert risiko for mange sykdommer og lengre levetid (Lillefjell et al., 2013). Selv om man har hatt suksess i arbeidet med folkehelse, er det nye trusler for helsen. Det er vanligere med livsstilsrelaterte sykdommer, muskel- og skjelett sykdommer samt psykiske problemer. Folkehelseloven i Norge sørger for at kommuner skal jobbe proaktivt. Kommunene skal ha oversikt over helsen i kommunen, levevilkår blant innbyggerne og vite om trusler i omgivelsene og lokalsamfunnet (Lillefjell et al., 2013). Lillefjell (2013) beskriver at de politiske visjonene og prinsippene i folkehelsearbeidet innebærer at medarbeidere på kommunalt nivå må være i stand til å implementere politikk og oversette planene i effektive tiltak. Det komplekse forholdet mellom kontekst og atferd og nødvendigheten av å påvirke systemer og strukturer samt enkeltpersoner til å fremme endring understreker behovet for en klar nasjonal satsing for å lette kunnskapsutveksling blant utøvere, politikere og forskere (Lillefjell et al., 2013).

Folkehelsemeldingen (2014-2015) legger føringer for at psykisk helse skal få en større plass i folkehelsearbeidet (St. Meld. 19). Blant annet skal det fokuseres på livsstilsendring og en ny og moderne eldrepolitikk som skal rette oppmerksomheten mot aktiv aldring. Utgangspunktet er en folkehelsepolitikk som skaper muligheter og forutsetninger slik at hver enkelt kan mestre eget liv (St. Meld. 19). I folkehelsearbeidet er helsefremming et viktig element.

Helsefremming er vanligvis ikke behandlingsorientert, og strategiene rettes ofte mot alle sosiale lag, inkludert personer, grupper, organisasjoner, samfunn og regjering med beslutningstakere (Scaffa et al., 2008). Dette innebærer å styrke eller forbedre befolkningens helse, og kan dermed sees på som folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2010).

Arbeidslivet er en viktig del av hverdagen for de aller fleste. Torp (2000) har undersøkt forholdet mellom systematisk helse, miljø og sikkerhets aktiviteter i Norge. Torp fant ut at arbeidere som benyttet systematisk HMS (helse, miljø og sikkerhet) rapporterte færre muskelrelaterte symptomer (Torp et al., 2000). I Norge er arbeidsgiver og taker forpliktet gjennom lovverket å arbeide systematisk med helse, miljø og sikkerhet gjennom internkontrollforskriften og arbeidsmiljøloven (Arbeidsmiljøloven, 2005., Internkontrollforskriften, 1996). Arbeid og helse henger også sammen med helsefremmende og forebyggende arbeid. Internkontrollforskriften bidrar til at arbeidslivet jobber systematisk med arbeidstakernes helse og velvære. Arbeid er en viktig faktor for aktivitet og helse. Jaffe (1986) beskriver at meningsfull daglig aktiviteter som fyller en persons liv er naturlig balansert mellom aktiviteter som kan bedre helsen samt er et naturlig, balansert mønster av aktiviteter som kan styrke helsen og gjelder både individuelle krav og omgivelser (Jaffe, 1986). Helse skapes på alle de arenaer der mennesker lever og virker (Helsedirektoratet, 2010). For at folkehelsearbeidet skal være effektivt må det utøves i alle samfunnssektorer (Helsedirektoratet, 2010).

Folkehelsen har bedret seg betraktelig de siste 100 årene (Hauge & Mittelmark, 2003). Siden 1900 – tallet har forbedringen i folkehelsene økt i gjennomsnittlig med levealder 25 år. Samtidig som helsen bedres i samfunnet står vi ovenfor nye helseutfordringer knyttet til kroniske lidelser (Mæland, 2010). Behovet for helsetjenester ser ut til å være umettelige (Mæland, 2010). Helsedirektoratet (2010) sier at kunnskapsbasert folkehelsearbeid må bygge på en tverrfaglig kunnskap fra en rekke fagdisipliner. Kunnskapen som er folkehelserelevant deles ofte inn i tre kategorier; kunnskap om tilstand, kunnskap om årsaker og kunnskap om effekt av tiltak (Helsedirektoratet, 2010). Det helsefremmende arbeidet har helse i befolkningen som målgruppe, ofte er det slik at veien mellom tjenesteyter og bruker er kort (Hauge & Mittelmark, 2003). Nesten alle samfunn har mennesker som kan bidra til helsefremmende innsats som idrettslag og andre frivillige organisasjoner (Hauge & Mittelmark 2003). Det er nødvendig å ta utgangspunkt i nærmiljøet når en skal styrke folkehelsearbeidet i kommunene slik at befolkningen kan bli aktive deltakere.

Lokalsamfunnet kan også trekke folk med i et konkret samarbeid og til innsats for eget miljø (NOU, 1998:18).

Det er viktig at samarbeidet mellom sentrale og lokale nivå sammen fører til at folkehelsen fremmes (Hauge & Mittelmark, 2006). Lovverket skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og sentrale helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. For å kunne gjøre dette er man avhengig av kommunene initierer folkehelsearbeidet for å møte lokale behov og utfordringer. Slik vil man kunne sikre at kommunesektoren arbeider systematisk og langsiktig med folkehelse, og at nasjonale, regionale og lokale tiltak er samordnet. Arbeidsforholdet mellom sentrale og lokale myndighetsnivåer er av stor betydning i hvordan man samhandler for å utvikle mål og strategier i forebyggende og helsefremmende arbeid (Hauge & Mittelmark, 2006). Å forene ulike verdier forutsetter utvikling av tillit og respekt på tvers av fagdisipliner og barrierer.

*”Det igjen krever tid og tålmodighet, hvilket kan være vanskelig å prioritere i en presset arbeidshverdag med store krav til sektorspesifikke driftsoppgaver”* (Hauge & Mittelmark, 2006:43).

I helsearbeidet er det ikke til å komme utenom at man jobber sammen med flere ulike profesjoner. Ikke minst jobber man tett med pasienter som har behov for hjelp og som vet best om seg selv. Blant helseprofesjonene er man avhengig av et godt samarbeid, og god arbeidsfordeling for å kunne oppnå best mulig helse for den enkelte. I utviklingen av helsefremmede politikk er det mange profesjoner og sektorer som sammen skal fremme verdier i den helsefremmende politikk. Som man har sett de siste årene har fokuset på helsefremmende politikk, men det betyr ikke at man lykkes å eller omsette intensjonene til målbar handling (Hauge & Mittelmark, 2006). Vedtak som gjøres i henhold til folkehelse har størst mulighet for å lykkes i lokalsamfunnet det er lokalt forankret i kommunene. Ergoterapeuter og andre helsefagprofesjoner jobber ofte tett på beslutningstakerne i kommunen. Ved å jobbe tett på lokalpolitikere og ledende personer har man også størst mulighet til at folkehelseplaner og handlingsplaner blir vedtatt. Disse personene kan identifisere seg med beslutningene som tas og det er lettere å få til et tverrsektorielt samarbeid (Hauge & Mittelmark, 2006).

## **2.2 Helsefremmende arbeid**

I 1986 ble det utarbeidet en definisjon på helsefremmende arbeid i Ottawa, Canada, kalt Ottawa – Charteret. Utgangspunktet for helsefremmende arbeid ble satt på den internasjonale



konferansen i Ottawa i 1986. Helsefremmende arbeid ble brukt som Norsk oversettelse for Health Promotion, men vi har tradisjon for å skille mellom helsefremmende- og sykdomsforebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2011). Health Promotion inkluderer begge komponentene. Det nødvendig siden begge tilnærmingene har hver sine sterke og svake sider som kan støtte opp om hverandre. Arbeidet må dermed skje gjennom prosessen med å sette folk i stand til å få mer kontroll over egen helse (Helsedirektoratet 2011., & Mæland, 2010). Helsedirektoratet (2010) har benyttet «helsefremmende arbeid» for Health Promotion, og mener dette er språklig sett logisk, mens det saklig sett er misvisende. World Health Organization benytter Health Promotion som inkluderer begge komponentene, men at arbeidet må skje «gjennom prosessen med å sette folk i stand til å få mer kontroll over egen helse» (Helsedirektoratet, 2010:24)

I rapporten fra den Norske delegasjonen ved Nairobi konferansen (2009) er helsefremming brukt som Norsk begrep for Health Promotion. Ottawa - charteret definerer helsefremmende arbeid som:

*”Proessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse. Videre heter det: for å nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, må et individ eller gruppe være i stand til å kunne identifisere seg og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstillere sine behov, og endre eller mestre sitt miljø” (Mæland, 2010:73).*

Helsefremmende politikk skulle bygges opp og det skulle skape støttende miljøer for helse og utvikling (Mæland, 2010). Det helsefremmende arbeidet bør styrke lokalsamfunnets muligheter for kontroll over egen fremtid og utvikle personlige ferdigheter som setter mennesket i stand til å gjøre valg som fremmer helsen (Mæland, 2010). Strategiene som vektlegges kan forstås som et uttrykk for sosial modell for helse og påvirkning av helse, det er samfunnsendringer som foreskrives, med individuelle endringer som biprodukt (Mæland, 2010). Strategiene man fokuserer på er tilsynelatende i et motsetningsforhold til helsesektorens tradisjonelle fokus på kurativ behandling av sykdom og skade (Hauge & Mittelmark, 2006). Det helsefremmende arbeidet kan best forstås som arbeid som vektlegger positiv helse og velvære (Mæland, 2010). Dette kan man gjøre ved å vektlegge helheten i livserfaringene, med utgangspunktet i hvordan mennesker opptrår i sine omgivelser. Med mindre endringer over tid i en utviklingsprosess kan de positive helseaspektene forsterke hverandre over tid (Hauge & Mittelmark, 2006). Et viktig aspekt ved det helsefremmende arbeidet er at man skal vektlegge hverdagslivet og sosial fellesskap. Mennesker påvirker

hverandre gjensidig, derfor blir en positiv utvikling over tid i sosiale fellesskap viktig (Hauge & Mittelmark, 2006). Definisjonen på prosessen av helsefremmende arbeid understreker at det helsefremmende arbeidet har en klar sammenheng med politikk på alle samfunnsnivåer og i lokalmiljøet rundt oss (Haugan & Rannestad, 2014)

Folkehelse og helsefremmende mål er å utnytte potensialet for helse og velvære, hensiktsmessig helsetjeneste, redusere dødelighet og dårlig helse (Naidoo & Wills, 2009). Velvære kan bli definert som adferd, verdier og engasjement som både bevarer og forbedrer helsen, derav også kvalitet på livet (Scaffa et al., 2008). Det helsefremmende arbeide handler om prosessen som gjør den enkelte og fellesskapet i stand til å få kontroll over faktorer som virker inn på helsen og dermed kunne forbedre helsen. (NOU 1998:18). Faktorer som kan ha betydning på helsen kan ha fire strategier; takle helseforskjeller, deltakelse og involvering av pasienter, individet og befolkningen, samarbeid og Empowerment (Naidoo og Wills, 2009).

Norsk Ergoterapiforbund skriver på sine hjemmesider at helsefremmende arbeid blant annet handler om å styrke verdier og iverksette tiltak som gir mennesker, både som enkeltpersoner og som gruppe mulighet til deltakelse, mestring og kontroll over eget liv (Norsk ergoterapeutforbund). Det helsefremmende arbeidet skal bidra til å bedre befolkningens helse (Norsk ergoterapiforbund). På 1970-tallet ble ergoterapeuter oppfordret til å være aktive i helsefremmende arbeid (Mallinson et al., 2009). En stor forskjell i perspektivet mellom folkehelse og ergoterapi er at folkehelse fokuserer på grupper (populasjon), mens ergoterapi tradisjonelt fokuserer på individet i lokalsamfunnet, ofte gjennom rehabilitering og forebygging hos individet (Mallinson et al., 2009., Holmberg & Ringsberg, 2014). AOTA<sup>2</sup> oppfordrer ergoterapeuter til å ta en rolle i helsefremming og at praksis skal fremme helse og velvære gjennom engasjement i menneskelig aktivitet og fremme god helse (Mallinson et al., 2009). Den helsefremmende ideologi var inspirert av flere radikale strømninger på 1970-tallet. Av de første inspiratorene til helsefremmende arbeid var pedagogen Paulo Freire (Hauge & Mittelmark, 2006., Mæland, 2010). Han utviklet en modell som tok sikte på å lære fattige å lese og å skrive. Ikke bare det, men de skulle bevisstgjøres om hva som gjorde at de var i fattigdom. Det som ga den helsefremmende ideologien tyngde var Verdens Helseorganisasjon som i 1990 stilte seg bak prinsippene (Mæland, 2010). Løsningen på fremtidige helseproblemer er ikke å bygge ut dyre helsetjenester, men å satse på lokalt tilpassede forebyggende tiltak gjennom samarbeid med befolkningen og helsetjenesten

---

<sup>2</sup> American Occupational Therapy Assosiation. Det amerikanske ergoterapi forbund.

(Hauge & Mittelmark, 2006). Det helsefremmende arbeid dreier seg om å styrke helsen blant folk, og vektlegger de positive ressursene hos mennesket (Mæland, 2010).

Ergoterapeuters fokus på deltakelse i meningsfull aktivitet støtter opp under helse og fører til et produktivt og meningsfullt liv (Scaffa et al, 2008). Aktivitets fokuset er en helsefremmende tilnærming til velvære, og omfatter en tro på at helse og velvære vil opprettholdes og forbedres dersom det gjør mennesket i stand til å være kreative, utforskende og sosiale (Scaffa et al, 2008). Helse gjør mennesket i stand til å utføre hverdagsaktivitet som igjen fører til velvære og et meningsfullt liv (Scaffa et al, 2008).

### **2.2.1 Empowerment**

Et viktig element i helsefremming er Empowerment og skal sikre at individet og samfunnet er delaktig, og kan oversettes til å få mer makt og kontroll over egen helse (Mæland 2010).

Forsøk på å oppmuntre mennesker til deltakelse er viktig i prosessen Empowerment (Rootman et al., 2001). Empowerment ble lansert i Ottawa Charteret i 1986 og har etablert seg som en del av det Norske språk gjennom årene. Empowerment bygger på en holdning og et menneskesyn, hvor utgangspunktet er at alle mennesker har resurser og kapasitet til å definere sine egne problemer (NOU, 1998:18). Empowerment kan oversettes som myndiggjøring og er den vanligste oversettelsen av begrepet (NOU, 1998:18). Helse skapes der folk bor, noe som betyr at vi må forholde oss til lokalsamfunnene når vi skal arbeide for god folkehelse, siden det er samspillet mellom individ, gruppe og lokalsamfunn som er den arena hvor Empowerment har best virkning (NOU, 1998:18). Utgangspunktet er at alle mennesker har resurser og kapasitet til å definere egne problemer og derigjennom utvikler handlingsstrategier som forholder seg til problemer som for brukeren er forståelig og håndterlig (NOU, 1998:18). Ergoterapeuter og andre profesjoner er sammen om en felles brukerdefinert oppgave ut fra hver deres forutsetning, og sammen utvikler handlingsstrategier med brukerne (NOU, 1998:18). For å oppnå helse er det nødvendig med informasjon og deltakelse, og er viktige strategier for å oppnå Empowerment som er definert som det sentrale målet og prinsippet bak Health Promotion (Naidoo og Wills, 2009).

Sentralt er også begrepet er menneskets autonomi, likeverd og kontroll over eget liv (Hauge & Mittelmark, 2006). Det innebærer at hvert enkelt individ, og også fellesskapet, må få en større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen (Mæland, 2010). Som et ledd i at mennesket skal få større kontroll over forhold som påvirker helsen er det et stort fokus på brukermedvirkning i helsepolitiske strategier. Brukerne skal oppleve kontroll over eget liv,

hvor de er samarbeidspartnere i et helsefremmende arbeid med en åpen kommunikasjon mellom de ulike gruppene (Mæland, 2010).

Ett annet begrep som ofte er benyttet er myndiggjøring. Det betyr at det er mennesket selv som skal oppleve kontroll over egen helse, og det er mennesket selv som kan vurdere opplevelsen av kontroll. Det innebærer at hvert enkelt individ, og også fellesskapet, må få en større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen (Mæland, 2010).

Helsepolitiske strategier skal bidra til at mennesket skal få større kontroll over forhold som påvirker helsen (Mæland, 2010). Brukerne skal oppleve kontroll over eget liv, hvor de er samarbeidspartnere i et helsefremmende arbeid med en åpen kommunikasjon mellom de ulike gruppene (Mæland, 2010). Som ergoterapeut kan man si at man jobber for at pasienten skal få bedre livskvalitet, men det avgjør ikke om pasient eller bruker opplever en kontroll over egen helse. Som ergoterapeut har vi stor påvirkningskraft eller makt ovenfor de pasienter vi ”omgås”. Måten vi formidler vår hensikt ovenfor pasientene kan avgjøre om pasienten opplever kontroll over egen helse. I en sykdomsperiode eller eventuelt skade er det endring i livssituasjon i mange tilfeller. Det er først da vi som helsearbeidere har vårt ”virke” (Hauge & Mittelmark, 2006). Dialog mellom mennesket forstås som den viktigste fremgangsmåten for at bruker skal bli klar over egne ressurser, ønsker og muligheter i en gitt situasjon, slik at de kan ta ”makten” over sine egne liv (Hauge & Mittelmark, 2006). I et forebyggende og helsefremmende perspektiv underforstås det som regel at makten skal brukes på bestemte måter som at mennesker skal treffe valg som er i samsvar med vedtatte mål for forebygging eller helsefremming (Hauge & Mittelmark, 2006).

Det er viktig at ergoterapeuter og andre helseprofesjoner ikke invaderer brukernes eget aktivitetsterritorium og reduserer deres mulighet til selv-myndiggjøring (self-empowerment) (NOU, 1998:18). Troen på egne ferdigheter og muligheter må etterstrebes for å kunne gjøre adferds-endringer (Naidoo og Wills, 2009). Ergoterapeuter har stor påvirkningskraft ovenfor de brukerne de har (Hauge & Mittelmark, 2006). Måten vi formidler vår hensikt ovenfor pasientene kan derfor avgjøre om brukeren opplever kontroll over egen helse (Hauge & Mittelmark, 2006., & NOU, 1998:18). Ved å jevne ut makt og myndighetsforskjeller mellom samfunnsgrupper og å stimulere folk til å ta i bruk egne ressurser for å løse egne problemer fremgår dialog som en mulig fremgangsmåte som virker å bemyndige mennesket (Hauge & Mittelmark, 2006). Hovedfokus på forebyggende og helsefremmende arbeid bør ligge på hvordan lokale grupper kan virke inn på beslutninger som gjelder deres egen helse i dialog (Hauge & Mittelmark, 2006). Hvis man informerer at man bør bruke hjelm og viser til

hodeskader, er dialogen allerede fastsatt fra den ene parten. Da kan man vanskelig forvente en dialog med utveksling av perspektiver og til slutt en felles forståelse. Måten vi forstår vår felles virkelighet på varierer og det resulterer blant annet i at vi formidler ulike bilder av virkeligheten til hverandre (Hauge & Mittelmark, 2006). NOU (1998:18) beskriver hvordan myndiggjøring er en psykologisk prosess hvor der er individet som står i sentrum, og dermed får individet mer kontroll over egen livssituasjon. Det ligger mye makt i de ulike fremstillingene. Ikke minst kan de åpne opp for – eller – lukke igjen for ulike handlingsalternativer (Hauge & Mittelmark, 2006).

Myndiggjøringen vil kunne vise til opplevelse av kontroll over forhold som påvirker helse og livskvalitet (NOU, 1998:18). Myndiggjøring av individer kan over tid øke sannsynligheten for deltakelse og aktivitet på gruppe- og samfunnsnivå (NOU, 1998:18). Det kan bidra i å gjøre brukerne i stand til å definere sine problemer ut fra sin situasjon og finne sine egne løsninger i fellesskap med andre (NOU, 1998:18). Ved å mobilisere folks egen styrke, evne til å ta beslutninger og sammen finne ut hva man er flinke til (NOU, 1998:18).

Å fremme helse i befolkningen er en kompleks oppgave som ofte involverer mange profesjoner, men gjennom å myndiggjøre den enkelte vil det kunne bidra til noe varig for den enkelte (NOU, 1998:18., & Rootman et al., 2001) Primæroppgavene til ergoterapeuter er å fremme deltakelse, helse og velvære gjennom muliggjøre og tilrettelegge for brukere i aktivitet i dagliglivet, skole, arbeid og fritid (Holmberg & Ringsberg, 2014).

### **2.2.2 Salutogenese**

Salutogenese henger tett sammen med helsefremmende og forebyggende arbeid. Salutogenese fokuserer på kildene til sunnhet. Så i stedet for å fokusere på sykdomsfremkallende forhold må forebygging også arbeide for å styrke helsen, og dermed motstandskraften mot de negative faktorene, altså salutogenesen (Mæland 2010). Antonovsky (2000) var en viktig bidragsyter til feltet helsefremmende arbeid og utviklet den salutogenetiske modellen som definerer helse som et kontinuum (grader av helse). Helse er i en salutogenetisk tenkning ikke bare et mål, men et middel for et godt liv og fokuserer på kildene til sunnhet, og som en måte å forholde seg til som fremmer eller styrker vår helse (Antonovsky, 2000., Sletteland & Donovan 2012).

Å jobbe i helsevesenet innebærer å møte mange ulike mennesker i ulike faser i livet. Ofte følger man pasienten, som barn eller voksen, gjennom ulike faser i livet. Fokuserer man på menneskets ressurser og evne til å skape god helse fremfor å ensidig å fokusere på hva som fører til negativ eller dårlig helse, vil det være et godt middel på helsefremmende arbeid

(Mæland, 2010). I et salutogenetisk perspektiv, må man fokusere på kildene til sunnhet, og faktorer som fremmer eller styrer vår helse. En salutogen utvikling er å ha fokus på hvilke muligheter den enkelte har for å realisere positiv helse, og at tjenesteytere og andre ser nødvendigheten av å legge til rette for at dette kan realiseres (Mæland, 2010). I stedet for å fokusere på sykdomsfremkallende forhold må forebygging også arbeide for å styrke helsen, og dermed motstandskraften mot de negative faktorene, altså salutogenesen (Mæland, 2010). Vi har alle våre ressurser som er høyst ulike, det samme er vår evne til å identifisere og bruke de mulighetene vi har for å utvikle god helse også (Haugan & Rannestad, 2014).

Antonovsky (2000) utviklet begrepet opplevelse av sammenheng (Sense of Coherence- SOC), som svar på det salutogenetiske spørsmål. Det innebærer at opplevelsen av sammenheng (OAS), eller Sense of Coherence (SOC) og bygger på livserfaringer. Opplevelsen av sammenheng gir mening. Antonovsky (2000) har tre kjernebegrep i OAS som han kaller for begripelighet/eller forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Han sier vi er alle sunne så lenge det er liv i oss på en eller annen måte. Dette betyr at den salutogenetiske tilgang består i en undersøkelse av hvor på dette kontinuum vi befinner oss (Antonovsky, 2000). Når vi vet hvor vi er på kontinuum, kan vi påvirke de faktorer som gjør at vi beveger oss mot den sunne enden av kontinuum (Antonovsky, 2000). Begripelighet/ forståelighet handler om å skape en forståelse for som skjer, og dermed en opplevelse av sammenheng. Dersom hendelser skjer overraskende eller spontant, vil det kunne forklares og settes i sammenheng (Haugan & Rannestad, 2014). Håndterbarhet handler om at den enkelte opplever å ha de ressursene som skal til for å håndtere og mestre utfordringer som for eksempel negative helsedeterminanter (Antonovsky, 2000., Sletteland & Donovan, 2012., Haugan & Rannestad, 2014).

Meningsfullhet som det motiverende element er sentralt. Det som engasjerer, involverer og som gir mening med det man fyller livet sitt med, og være deltaker i de prosesser som former ens skjebne så vel som ens daglige erfaringer (Antonovsky, 2000., Haugan & Rannestad, 2014). Indre følelser, personlige relasjoner og aktiviteter som er viktige er essensielle temaer i meningsfullhet (Sletteland & Donovan, 2012). Å være engasjert i noe som gir mening, kan styrke og gi bedre mestring av situasjonen man befinner seg i (Haugan & Rannestad, 2014).

Helse blir i et salutogenetisk perspektiv en ressurs som kan bygges opp eller brytes ned gjennom livsløpet (Mæland, 2010). Det beror i noen grad på medfødte egenskaper, men mest på hvordan mennesket lever sitt liv (Mæland, 2010). Det er en lang liste over generelle helsepåvirkninger som spenner fra de basale fysiologiske behov til forhold som fremmer selvrealisering og vekst (Mæland, 2010). Omgivelsene vi vokser opp under har også

betydning for livssituasjonen man er i, som tilgang på utdanning og arbeid, frihet fra krig og vold er fundamentale helsedeterminanter (Mæland, 2010). Utviklingen de første leveårene har også betydning for helsen senere i livet (Mæland, 2010). Utgangspunktet for fremtiden ligger i barndommen og ungdomsårene gjennom stabile og nære kontakter med omsorgspersoner (Mæland, 2010). Mye tyder på at basal tillitt i utviklingen er en grunnleggende forutsetning for mental og kroppslig helse senere i livet fremhever mestring, opplevelse av sammenheng og menneskesyn som fokus når man er salutogent orientert (Mæland, 2010., Antonovsky, 2000).

Den salutogenetiske tilgang kan ikke garantere en løsning av problemene til menneskers utfordringer, men den kan bidra til en dypere forståelse, noe som er en forutsetning for å gå mot den sunne enden av kontinuum (Antonovsky, 2000). En viktig salutogen faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende (Mæland 2010).

### **2.2.3 Helsefremmende lokalsamfunn**

Det sivile samfunn, eller nærmiljøet – familie, nabolag, frivillige organisasjoner som idrettslag – er en viktig arena i det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Hauge & Mittelmark, 2006). Det handler om å gi menneskene som bor og lever i samfunnet ansvar, og at kompetanse som utvikles lokalt, opprettholdes og videreutvikles lokalt. Tradisjonelt har organisasjoner fokusert på rollen som et sted for omsorg for syke og de skadde, og har overlatt ansvaret for helsefremming til myndighetene, utdanningsinstitusjoner og andre kommunale helseforetak (Fertman & Allensworth, 2010). Når helsefremmende oppgaver skal realiseres er det nærmiljøet som er målet til syvende og sist, og det er fagfolk som skal sette det hele ut i livet (Hauge & Mittelmark, 2006). Fagfolkens oppgave er å utforme og gi innhold til og ikke minst realisere de ulike retningslinjene (Hauge & Mittelmark, 2006). I strategier rettet mot lokalsamfunn og nærmiljø bør det være et tett tverrfaglig samarbeid i tillegg bør man sørge for at befolkningen medvirker (Hauge & Mittelmark, 2006). Den viktigste funksjonen frivillig arbeid kan gi er å være et sosialt nettverk for personer som mangler nettverk, eller ønsker å være sammen med andre. Dette kan ha en beskyttende effekt på helsen negativ helseutvikling. Frivillig arbeid kan beskrives ut fra struktur og at de har funksjon, en sosial støtte, og en fysisk støtte (Hauge & Mittelmark, 2006). Nærmiljøet kan også gjøre folk i stand til å bevare egen helse.

Hauge (2006) beskriver at en positiv utvikling av nærmiljøet inkluderer menneskene som medvirkende i endrings- og utviklingsprosesser. Skolens påvirkning på barna i forhold til

kosthold og fysisk aktivitet vil barna ta med seg hjem og i den grad ha påvirkning på resten av familien. Et godt samspill mellom hjem, skole, helsestasjon og barnehage kan bidra til en positiv og helhetlig utvikling. Gjennom samhandling mellom individer kan oppstå nettverk, både faglige og sosiale. Sosiale nettverk kan bli en ressurs når problemer oppstår, og bidrar til å styrke menneskets mestringsevne gjennom at de kan få hjelp fra kjente ved behov (Hauge & Mittelmark, 2006). Samarbeid er viktig også mellom befolkningen og fagmiljø. Sammen kan man bidra til å kartlegge behov og mobilisere felles ressurser for å iverksette ulike tiltak i nærmiljøet (Hauge & Mittelmark, 2006).

*”Det sivile samfunnet er for Kant forbundet av frie borgere som realiserer sine fornuftsanslegg ved fritt å velje å underlegge seg felles lover i staden for å leve fritt og vilt i naturtilstanden” (Møen & Slaattelid, 1999:21).*

Dette er viktige mål både for nærmiljøpolitikken og folkehelsepolitikken. Slikt samarbeid og befolkningens rett til medvirkning er i dag lovfestet og sikret i nasjonal og internasjonal lovgivning (Hauge & Mittelmark, 2006). Nærmiljøet som begrep er ment å dekke de fysiske rammene som et nærmiljø består av, samt spillet mellom beboerne. I det sivile samfunn har man stor grad av personlig frihet, men kombinert med solidaritet og felles moral i frivillige organisasjoner oppnår man et felleskap. De frivillige gruppene kan være allsidig i sine kulturelle rammer med store ulikheter (Møen & Slaattelid, 1999). Gjennom lovene legger staten grunnlaget for et fritt individ, men innenfor visse rammer skapt av staten (Møen & Slaattelid, 1999).

Den lokale utviklingen må baseres på de muligheter, ressurser og kunnskaper som ligger lokalt. Der kan vi også skape en kunnskapsutvikling som bidrar til å se de ressurser og muligheter som finnes (Hauge & Mittelmark, 2006). I strategier rettet mot lokalsamfunnet og nærmiljø impliserer dette til tverrfaglig samarbeid i tillegg til befolkningens medvirkning, og da trengs det kompetanse (Hauge & Mittelmark, 2006).

Haugan & Rannestad (2014) beskriver at helse og omsorgspersonell som støttepersoner i selvhjelpsarbeid må gå over i en støtterolle som tilretteleggere for pasientens vei mot selvstyring og kontroll over eget liv. Selvhjelpsarbeid kan supplere helsetjenesten i det helsefremmende arbeidet (Haugan & Rannestad, 2014). Det er erfaringene fra lokalt utviklingsarbeid som har ført til endringer i lovverk og gitt instruksjoner som gjør at kommunene i dag står bedre rustet til å organisere arbeidet sitt etter lokale forutsetninger og behov (Hauge & Mittelmark, 2006). En samlet nærmiljøpolitikk mot samfunnsoppgavene er av tverrfaglig og tverretattlig karakter (Hauge & Mittelmark, 2006).



Det har lenge vært vanlig å opprette selvhjelpsgrupper. Begrepet «selvhjelp» kan brukes både som et prinsipp, «hjelp til selvhjelp» og en prosess som foregår i ulike selvhjelpsgrupper (NOU, 1998:18). Et annet perspektiv er selvhjelp som kan sees på som en strategi som blant annet fremmer sosial støtte, mestring og livskvalitet. En selvhjelpsgruppe kan ha ulike brukergrupper, men ofte fungerer gruppene som en individuell prosess mellom mennesker med et felles problem (NOU, 1998:18., Haugan & Rannestad, 2014). Et viktig prinsipp i selvhjelpsgruppene er valget om deltakelse er selvvalgt (NOU, 1998:18). Gruppene har særegne kvaliteter som kan oppstå mellom deltakerne i gruppene. Brukerne kan få følelsesmessig støtte, informasjonsstøtte og et fortrinn er at støtten er gjensidig mellom medlemmene (Haugan & Rannestad, 2014). Gruppene som er etablert er basert på erfaringer hvor det knyttes relasjoner med utgangspunkt i et felles problem (NOU, 1998:18). Gruppesammensetningene kan bidra til at å gi sosial støtte og har vist seg å ha positiv betydning (Haugan & Rannestad, 2014). Å få støtte fra andre som står i samme situasjon som en selv har betydning og egenverdi som støtte fra andre uten slik erfaring kan erstatte (Haugan & Rannestad, 2014).

I det frivillige arbeidet er det avgjørende at det sikres rekruttering, kompetanse og gode rammevilkår for det frivillige arbeidet (Ergoterapeuten, 2012). I stortingsmelding 39 (2006-2007) beskrives det at engasjement og samfunnsdeltakelse gjennom frivillig sektor har avgjørende betydning for livskvalitet, fellesskap og utvikling. Gjennom det frivillige arbeidet kan man føle seg til nytte og få mening i tilværelse. Helse og sosiale tjenester har en tilslutning som ser ut til å skifte fra bredt orienterte velferdsorganisasjoner mot mer spesialiserte interesse- og støtteorganisasjoner (St.meld.nr. 39). Møen (1999) beskriver at frivillige organisasjoner er en arena der mennesker deltar med moralsk sinnelag og aktive medlemskap, relativt uavhengige av manipulering, byråkratisk tvang og økonomisk gevinst.

#### **2.2.4 Hverdagsrehabilitering**

Som nevnt tidligere blir helse sett på som en ressurs. Gjennom hverdagsrehabilitering hvor man fokuserer på brukerens resurser, mål og ønsker kan man oppnå positiv helse (Naidoo og Wills, 2009 og Ness et al, 2012). Med en økende andel eldre med funksjonssvikt ønsker helse- og omsorgstjenesten å fremme helse, aktivitet og deltakelse hos en større andel av befolkningen. Et aldersvennlig miljø, vel som fysisk som sosialt kan gi folk mulighet til å delta aktivt til tross for sykdom eller funksjonshemming (Folkehelseinstituttet, 2011). En strategi for å kunne gi den kommende generasjonen av eldre mulighet til å oppleve aktiv

aldring ved å forebygge og oppdage kronisk sykdom tidlig og gi en god behandling i en aldersvennlig primærhelsetjeneste (Folkehelseinstituttet, 2011). Dersom en gir forebyggende og rehabiliterende tiltak hvor folk lever og bor vil man kunne skreddersy sømløse og tverrfaglige løsninger som kombinerer trening, tilrettelegging av aktivitet og omgivelser (Ness et al, 2012). Hverdagsrehabilitering kjennetegnes ved tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider (Ness et al, 2012). Når flere aktører samarbeider, og har utarbeidet felles klare mål og virkemidler, vil det kunne gjøre det lettere for brukere å akseptere en hverdagsrehabilitering som tilnærming (Naidoo og Wills, 2009). Brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt i samfunnet er målet (Ness et al, 2012., St.meld.nr. 16). Gjennom en slik tilnærming vil man kunne forbedre, gjenvinne, vedlikeholde eller forebygge ADL- funksjon (Ness et al, 2012).

Hverdagsrehabilitering innføres i kommuner fortløpende, ettersom tiden er moden til å tenke nytt i kommunehelsetjenesten og organisere tjenestene på en ny måte (Tuntland & Ness, 2014). Hverdagsrehabilitering vektlegger tidlig innsats og er en form for sykdomsforebyggende arbeid. Hensikten er å igangsette tidlig tiltak slik at det er mulig å begrense følger sykdom får for helse og livskvalitet (Tuntland & Ness, 2014). Som nevnt tidligere er formålet med hverdagsrehabilitering er å fremme hverdagsmestring og deltakelse (Tuntland & Ness, 2014). Forskrift om rehabilitering og habilitering (2011) skal sørge for at personer som har behov for rehabilitering eller habilitering skal det ytes tjenester som kan bidra til egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Lillefjell (2007) har skrevet en artikkel om å finne måter forutsi rehabiliteringsprogram innenfor funksjon i ADL (Aktivitet i dagliglivet). Målet med studien var å undersøke forbedringer over tid i rehabilitering. I følge Lillefjell (2007) viser studien signifikant bedring i funksjon under rehabiliteringsperioden på 57 uker. Hun mener at fysisk kapasitet, takle bekymringer og å lære ferdigheter bør være prioriteringer i rehabiliteringsprogram for å bedre funksjon i dagliglivet (Lillefjell et al., 2007). Tidlig interaksjon og fokus hverdagsmestring og deltakelse, har betydning ikke bare for eldre, men for alle mennesker i alle livsfaser.

## **2.3 Forebygging**

Forebygging er et begrep som er, og kommer til å bli, et viktig utgangspunkt for flere profesjoner som jobber i kommunene og i helsesektoren generelt. Forebygging er innsats i

forkant for å hindre skade eller unngå uønsket utvikling. Forebyggende tiltak blir gjerne inndelt i tre nivåer; primær- sekundær og tertiærforebygging (Mæland, 2010). Disse vil jeg beskrive nærmere i dette kapittelet. Helsetjenestens forebyggende arbeid er i hovedsak sekundær- og til dels tertiærforebyggende. Sekundær og tertiærforebyggende er en innsatskrevende innsats i helsesektoren. Mye av samfunnets innsats er rettet mot å bøte på skader som har inntruffet, eller håndtere konsekvenser av en utvikling som allerede har tatt en uheldig retning (St.prop.nr 91 L). Det forventes innsats fra kommunene for å forebygge helseutfordringer i befolkningen, og tidlig innsats i sykdomsforløpet (St.prop.nr 91 L).

Behovet for helse- og omsorgstjenester forventes å vokse med årene, spesielt med tanke på «eldrebølgen», og utfordringene skal i størst mulig grad løses av kommunene. St.prop. nr 91 L (2010-2011) beskriver at et viktig element for fremtiden blir å hjelpe folk til å mestre sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Det legges vekt på at helsetjenesten bør reorienteres fra kurativ virksomhet til forebygging (Haugan & Rannestad, 2014).

I følge Hensrud (2000) har forebyggende tjenester vært lite benyttet i primærhelsetjenesten. Forbedret forebyggende tjenester i primærhelsetjenesten kan ha stor innvirkning på helsen i befolkningen (Hensrud, 2000). Sykdomsforebyggende arbeid er et samlebegrep for aktiviteter som søker å forhindre utvikling av sykdom (NOU, 1998:18). Ofte kommer tiltakene fra samfunnets side i etterkant, til tross for at tidlig innsats vil kunne redusert behovet for tiltak på et senere tidspunkt (St.prp. 91 L). Dette medfører unødige belastninger, både menneskelig og samfunnsøkonomisk. Departementet viste også til føringene gitt i Soria Moria II erklæringen hvor regjeringen ønsket et styrket arbeid med forebygging. Regjeringen mente det er viktig å gjøre det enklere for offentlige virksomheter å prioritere gode forebyggende tiltak (St.prp. 91 L). En bedre balanse mellom behandling og forebygging over tid vil kunne føre til en reduksjon i kostbar behandling som overstiger utgiftene til forebygging (St.prp. 91 L). Det vil i tillegg være menneskelige og velferdsmessige gevinster ved lavere sykkelighet og en mer funksjonsfrisk og arbeidsdyktig befolkning (St.prp. 90 L). Ofte kan det være vanskelig å flytte ressurser fra behandling til forebygging. I et forebyggende arbeid kan man i liten grad peke på hvilke enkeltindivider som holder seg funksjonsfriske. Konkret behandling er ”enklere” siden man står ovenfor definerte behov for helsehjelp. Helseproblemene i Norge i dag er forårsaket av mange ulike forhold, noe som gjør at det er vanskelig å vise effekten av forebyggende tiltak (Mæland, 2010). Mæland (2010) skriver at pr. 2010 går under tre prosent til forebyggende tjenester. Noe av grunnen til dette kan være manglende pådrivergrupper, og at resultatene av forebygging ofte er frem i tid og dermed usynlige (Mæland, 2010).

Grensen mellom forebyggende og helsefremmende arbeid kan iblant synes flytende (Statens helsetilsyn, 1998). Forebygging eller sykdomsforebyggende arbeid har først og fremst oppmerksomhet mot risiko og negative faktorer (Statens Helsetilsyn, 1998). Helsefremmende arbeid har fokus på positive faktorer som kan styrke ressursene for god helse og omfatter mer enn forebyggende tiltak (Helsetilsyn., Mæland, 2010). Imidlertid supplerer de to tilnærmingene hverandre og er begge nødvendige for å unngå og redusere forekomst av sykdom og skader både på individnivå- gruppe- og samfunnsnivå (Helsetilsynet, 1998).

Ergoterapeuters fokus på meningsfulle daglige aktiviteter, og man kan anta at dette kan bidra til bedring i helsen (Scaffa, et al, 2008). Ubalanse, altså at mennesket ikke kan utføre meningsfull aktivitet kan øke risikofaktorer for helseproblemer. Ergoterapeuter er i en god posisjon til å kunne gjenkjenne helseproblemer i en tidlig fase og tilby intervensjoner for å bidra til bedring (Scaffa, et al, 2008).. Dette kan sees i et forebyggende perspektiv.

### **2.3.1 Primærforebygging.**

Første nivå (Primær forebygging) innebærer å styrke helsen og hindre utvikling av sykdom gjennom å fjerne eller redusere faktorer som innebærer en forhøyet sykdomsrisiko (Mæland, 2010). Et virkemiddel til primærforebygging er informasjon og utdanning, samt forebyggende strategier som hjelper mennesker til å unngå og redusere risikofaktorer for sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse (Mæland 2010., Scaffa, et al. 2008., Departementene, 2009).

St.meld. nr. 16 (2010-2011) beskriver at mye av det primærforebyggende skjer i andre sektorer enn i helsetjenesten, og at det er potensial for å styrke det forebyggende arbeidet i kommunene. Kommunene utøver sine forebyggende oppgaver gjennom helsetjeneste på ulike måter. Blant annet gjennom å tilby forebyggende tjenester til grupper eller enkeltpersoner ved å sikre at helsehensyn blir ivaretatt i andre samfunnssektorer (Mæland 2010). For at dette skal kunne gjøres kreves det at helsesektoren har oversikt over folkehelsen og hva som påvirker helsen. De må også bidra til å utvikle kunnskap om årsakssammenhenger og hvordan disse kan påvirkes i kommunen (Mæland 2010).

Kommunehelsetjenesten skal ta initiativ til samarbeid med andre offentlige etater, frivillige og lokalbefolkningen ved å tilby forebyggende tjenester til alle (Mæland 2010). Forebygging har de senere årene blitt et viktig arbeidsområde for mange helseprofesjoner. Befolkningen består av individer, men kunnskapen om faktorer som forårsaker sykdom bygger for det meste på epidemiologisk forskning på store befolkningsgrupper (Mæland 2010). St.meld. nr. 20 (2006-2007) ble det fremhevet at for å utjevne sosiale helseforskjeller måtte universelle tiltak

målrettede tiltak mot risikogrupper i befolkningen. Mange sektorer ble med dette ansvarliggjort gjennom strategien. Mennesker er forskjellige, og det er derfor viktig at det sykdomsforebyggende arbeid foregår på individnivå, men også på befolkningsnivå. Individuelt forebyggende arbeid kan medvirke til at personen får større innsikt i egen helse og tar mer bevisste valg, noe som kan bidra til økt opplevelse av kontroll og mestring (Mæland 2010).

### **2.3.2 Sekunder forebygging**

Sekundær forebygging handler om å gripe inn tidlig for å stanse sykdomsutvikling eller tilbakefall hvor det er viktig med tidlig intervensjon (Mæland 2010). Tiltak som kan stanse sykdomsutvikling eller tilbakefall kan være tidlige helseundersøkelser, rett medisiner og diagnostisering med tidlig intervensjon (Mæland 2010).

Førstelinjetjenesten, eller kommunehelsetjenesten har en stor kontaktflate mot befolkningen og har større muligheter for forebyggende innsats enn institusjonshelsetjenesten (Mæland 2010). Forebyggende arbeid har hatt lav prioritet, og kan komme av mangel på gode insentiver for forebygging.

Mennesker er forskjellige, derfor er det viktig at det sykdomsforebyggende arbeid foregår på individnivå, men også på befolkningsnivå. Individuelt forebyggende arbeid kan medvirke til at personen får større innsikt i egen helse og tar mer bevisste valg, noe som kan bidra til økt opplevelse av kontroll og mestring (Mæland 2010).

Et eksempel på sekundærforebyggende tiltak er Frisklivssentralen som er et tilbud som legger til rette for individuelle tiltak, men som kan kombineres med grupperettet innsats (St.meld. nr. 16, 2010-2011). For eksempel fysisk aktivitet, hvor grupper går turer sammen, men hver enkelt har et eget kostholdsprogram de må følge (St.meld. nr. 16, 2010-2011). Dette kan sees på som et sekundærforebyggende tiltak i kommunene, hvor hensikten er å ivareta og følge opp mennesker som har fått helseutfordringer. Frisklivssentralene har et lite virksomhetsområde, men må være felles strategisk virkemiddel blant kommunens representanter og ledelse i utarbeidelse av folkehelseplaner og handlingsplaner. Handlingsplanene kan bidra til mindre reparering i barnehage, skole, arbeidslivet, og helsesektoren i forhold til ulykker og skade. Sterkere vekt på forebygging kan bidra til at mange slipper belastende og tunge opplevelser fordi man har tatt i betraktning de utløsende faktorer og fjernet disse før skade eller liknende har inntruffet (St.meld. nr. 16 (2010-2011)).

### **2.3.3 Tertiærforebygging.**

Tertiærforebygging er en kurativ tjeneste i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg som den enkelte har behov for (St.prop. 90 L). Målet er å redusere følgene av sykdommen får for funksjon og livskvalitet (Mæland, 2010). I følge Leland (2016) ergoterapeuter gode ferdigheter til å skape mestring, velvære og forebyggende ovenfor mennesker for bidra å skape livskvalitet hos den enkelte. Eksempler på tertiærforebygging er tiltak som gjør livet lettere for bevegelseshemmede med hjelp av hjelpemidler og universell utforming. Det er i dette feltet de fleste helsefagarbeidere, inkludert ergoterapeuter har sitt hovedvirke (St.prop. 90 L). Denne delen av forebygging utgjør hoveddelen av aktivitetene i helse- og omsorgstjenestene. Det tertiærforebyggende kan dermed i mange tilfeller brukes synonymt med rehabilitering, og er ofte individrettet innsats. St.meld. 26 (2014-2015) omhandler fremtidens primærhelsetjeneste. Regjeringen vil ville satse på pasientens behov, med mer forebygging og tidligere innsats.

Ergoterapeuter er kjent for å jobbe rehabilitering både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Halle (2018) beskriver at ergoterapeuter kan være en aktiv bidragsyter til å bedre befolkningens helse gjennom god kvalitet på tjenestene. Ergoterapeuter bidrar med behandling til pasientene slik at de opprettholder sin uavhengighet. Et viktig element er at ergoterapeutene også kan identifisere behov for tidlig interaksjon, med målrettet behandling i samarbeid med pasienten (Halle et al. 2018).

## **2.4 Kommunehelsetjenesten**

Stortingsmelding 47 (2008-2009) sa at kommunene til en viss grad ikke har hatt forutsetninger for å etablere robuste faglige organisasjoner som kan stå for en sterkere innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser. Dermed har tidlig innsats og forebygging blitt tapere i kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene (St.meld. nr. 47). Tidligere innsats med tidlig avdekking av funksjonssvikt, umiddelbar igangsetting av rehabiliteringstiltak i kommunehelsetjenesten kan bedre funksjon og mestring og bidra til redusert behov for helsetjenester (St.meld. nr. 47). Det har også vært viktig med en utvikling av helsetjenestene på grunn av demografisk utvikling og endring i sykdomsbilde som på sikt vil kunne utfordre samfunnets bæreevne (Mæland, 2010., & St.meld. nr. 47). Blant annet vil vi mot 2050 få en betydelig økning i antall eldre i Norge (St.meld. nr. 47). Det er knyttet skepsis til om de kommunale helse- og omsorgstjenestenes fremtidige bærekraft på bakgrunn av vekst i antall eldre (Haugan & Rannestad, 2014).

De økte kommunale oppgavene i kjølevannet av Samhandlingsreformen fører til at flere kommuner må inngå interkommunalt samarbeid for å kunne ta i mot den økte pasient tilgangen (Haugan & Rannestad, 2014). Flere kommuner er av mindre størrelse, flere pasienter behandles kommunalt, knappe personellressurser sett i forhold til behov og etterspørsel fører også til stor arbeidsbelastning (Haugan & Rannestad, 2014).

Den offentlige sektor er i en moderniseringsprosess, og har de siste 25 år vært karakterisert av reformer i offentlig sektor (Rasmussen, 2011). Målet med reformene har vært å tilpasse offentlige tjenester bedre. Det har også vært nødvendig å effektivisere og kvalitetssikre helsetjenestene gjennom å føre strengere kontroll med helsesektoren (Rasmussen, 2011). Dette har i Norge ført til økende grad av administrativ og økonomisk styring av helsevesenets tilbud (Olsvold, 2003). Reformene har vært mange og oppgaveoverføringene til kommunene har vært omfattende (St.prop.nr 91 L). Kommunehelsereformen fra 1984, sykehjems reformen fra 1988 og reformen for psykisk utviklingshemmede i 1991 har vært fremtredende (St.prop.nr 91 L). På bakgrunn av reformene har de kommunale omsorgstjenestene blitt mer enn fordoblet (St.prop.nr 91 L).

Det har lenge vært en diskusjon om offentlig sektors manglende effektivitet, noe som har ført til at velferdsstaten har blitt preget av en sterk vilje til å realisere mer, og bedre velferd, noe som innebærer å initiere omfattende reformer og respondere på behov i befolkningen (Vike, 2004). Norsk offentlig sektor kjennetegnes ved at den er underlagt strengere økonomiske betingelser enn før. Samtidig har den offentlige sektor kontinuerlig påført større og mer komplekse former for ansvar, og det med større kontroll, avgrensede oppgaver, og det skal gjøres mest mulig for minst mulig penger (Vike, 2004). Det er velferdsstatens institusjoner og da fortrinnsvis kommunene som bærer ansvaret for (Vike, 2004). Med tanke på disse organisatoriske endringene av helsetjenesten er det også grunn til å tro at de vil ha innvirkning på helsepersonells arbeidssituasjon, og derigjennom på forholdene for pasientene (Olsvold, 2003).

Velferdssamfunn fører med seg rettigheter som gir tilgang til tjenester som utføres av profesjonelle på oppdrag fra statlige myndigheter (Molander & Terum, 2010). Norge har et godt utviklet, og verdenskjent velferdssamfunn, hvor alle som oppholder seg i landet har rett på nødvendig helsehjelp (Molander & Terum, 2010). Ansvaret og de forventinger befolkningen har til det offentlige, deriblant tjenester og resurser, kommer til uttrykk gjennom etterspørsel etter kommunale ytelser (Vike, 2004). Norges velferdsambisjoner kommer også til uttrykk gjennom kommunen, hvor de får større ansvar og ikke kan rømme fra forvaltningen

med mindre de opptrer illojal. For at velferdsstaten skal kunne gjennomføre sine ambisjoner, krever de masse av enkeltmennesker og grupper, hvor viljen til å ofre egeninteresse til fellesskapets beste kan synes vanskelig (Vike, 2004).

Det må legges vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten. Økt brukerinnflytelse, egenmestring, tidlig innsats tidlig i sykdomsforløpet, habilitering og rehabilitering (Haugan & Rannestad, 2014., St.meld. 26 2014-2015). Målet er at de friske skal forbli friske ved at kommunene legger til rette for at folk skal kunne ta ansvar for egen helse (Haugan & Rannestad, 2014). Helseprofesjonene må møte de fleste grunnleggende menneskelige behov, og være i stand til å lage rammer som ivaretar disse behovene (Haugan & Rannestad, 2014).

Helseprofesjoner og mange andre profesjoner, er en del av den statlige organisasjon og det fører til at man overlater en del av kontrollen over sine handlinger til organisasjonene (Molander & Terum, 2010). At profesjonelle yrkesutøvere har en vesentlig grad av handlefrihet i arbeidet, samtidig som de er utsatt for innflytelse utenfra gjennom direkte klientkontakt, medfører at de fra et ledelse perspektiv blir både viktigere og vanskeligere å kontrollere enn andre ansatte (Molander & Terum, 2010). Som helsepersonell kreves det på den ene siden en viss grad følelsesmessig engasjement og nærhet, og på den andre siden skal det balanseres mot distanse og formalitet (Molander & Terum, 2010). Samtidig har kommunene ansvar for å gi befolkningen faglig forsvarlige tjenester (Haugan & Rannestad, 2014).

Profesjonelt arbeid krever bedømmelser og beslutninger fra sak til sak ved hjelp av kunnskap og erfaringer fra helseprofesjoner i kommunehelsetjenesten (Molander & Terum, 2010). Som yrkesutøverne har man ofte stor grad av selvstendighet og kontroll over hvordan arbeidet utføres (Molander & Terum, 2010). Helseprofesjonene kan ikke styres med detaljerte regler og anvisninger utenfra, og samtidig utsatt for omgivelsenes krav og påvirkning (Molander, & Terum 2010).

#### **2.4.1 Samhandlingsreformen**

Gjennom samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47) har kommunene fått en viktigere rolle, hvor spesielt forebygging og helsefremmende arbeid er viktige element. Samhandlingsreformen er styrende for hvordan forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunene skal utføres og prioriteres (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Den har som mål om å styrke det forebyggende arbeidet i kommunene, hvor et av virkemidlene er økonomiske insentiver til kommuner som



iverksetter tiltak med forebyggende arbeid. Samhandlingsreformen utfordrer helse- og omsorgstjenestene til å sette inn rett tjeneste til rett tid og på rett sted, noe som vil kreve at kommunene blir enda bedre på tverrfaglig innsats i nærmiljøet (St.meld. nr. 47). Det har blitt tydeligere at de med de framtidige helseutfordringene er det behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen (St.meld. nr. 47). Reformen skal forsøke å vise vei fremover og gir helsetjenesten en ny retning (Ness et al, 2012).

Når samhandlingsreformen trådte i kraft var det behov for samlede helsetjenester som skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging og tidlig intervensjon (St.meld. nr. 47). Helsefremmende arbeid skulle ta utgangspunkt i de faktorene som kan styrke ressursene for god helse. Et sentralt moment i helsefremmende tenkning er ideen om at den enkelte og lokalsamfunnet må ha makt og kontroll over egen helse (Mæland, 2010). Noe som også kommer tydelig frem i samhandlingsreformen gjennom brukermedvirkning. Helse- og omsorgsdepartementet påpekte i allerede i NOU, 1998:18 at filosofien innenfor ”det nye folkehelsearbeidet” bør dreie seg om deltakelse, mestring og kontroll over egen situasjon og at engasjement og initiativ kan avløse avmaktfølelse (NOU, 1998:18). Samarbeid med lokale idrettslag, frivillige og andre, samt å ha tro på egne evner kan man skape optimisme som fører til muligheter for fellesskapet (NOU, 1998:18). Støttende miljø og å styrke lokalmiljøets muligheter til å ta vare på befolkningen ble fremhevet som et av målene i Ottawa-charteret (Haugan & Rannestad, 2014). Helsetjenesten skal støtte frivillige, ideelle organisasjoner, selvhjelpsgrupper dem faglig gjennom opplæring og veiledning (Haugan & Rannestad, 2014). Samhandlingsreformen har siden den trådte i kraft bidratt til bedre tilgang på helse- og omsorgstjenester (St.meld. nr. 19. (2014-2015)). Også i fremtiden vil det være viktig å ivareta brukere og pasienter med endrede og mer sammensatte behov.

#### **2.4.2 Helse- og omsorgstjenesteloven**

Kommunehelsetjenesten er en samlebetegnelse som omfatter tjenester med ansvar for å yte helse og omsorg til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. I 2012 trådte Helse- og omsorgstjenesteloven i kraft. Loven har fokus på å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011). Den nye loven erstatter tidligere kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov. Formålet med den nye loven er å tydeliggjøre kommunenes ansvar (Kommunal- og regionaldepartementet, 2010- 2012). Det er behov for forbedring, blant annet når det gjelder kontinuitet i tjenestene, informasjon og samarbeid mellom ulike aktører (Haugan & Rannestad, 2014).

Kommunehelsetjenesten skal fremme folkehelse, forebygge og behandle sykdom eller lyte (St.prop.nr 90L). Kommunene velger selv hvordan de vil møte de rammer som lov og forskrift setter. Det er viktig at kommunene møter de lokale forhold og behov på en hensiktsmessig måte. Loven skal også legge føringer for kommunenes tilrettelegging av et helhetlig koordinert helse- og omsorgstilbud. De forebyggende oppgavene i distrikts helsetjeneste skal dermed kombineres med kurativt arbeid (St.prop.nr 90L). Denne Loven legger også vekt på kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid (St.prop.nr 90L).

Mye har dreid seg om nye former for markedsstyring både i privat og offentlig sektor (Molander & Terum, 2010). Den offentlige sektorens profesjoner og organisasjoner har særlig stått i fokus. Til sammen har endringene ofte blitt kalt New Public Management (Molander & Terum, 2010). Lov og reformer har blant annet blitt beskrevet som mer kommersielle og finansielt innrettede med mål og visjoner som er drevet av både politikere og sjefer (Molander & Terum, 2010). Kritikken mot byråkratiet, med dets standardiserte og gamle rutinepregede arbeidsmåte, og antatt mangel på effektivitet, vilje og nyskapningsevne, endret dette seg til at effektive styringsteknikker inntok den politiske samtalen (Molander & Terum, 2010).

Byråkratiet er ikke tilpasset fleksibel oppgaveløsning, serviceorientering, kostnadseffektivitet og målorientering (Vike, 2004). Løsningen som foreskrives i ny offentlig styring, dreier seg blant annet om desentralisering av ansvar, økt lederansvar på alle nivåer, institusjonell fristilling og styring gjennom incitament fremfor kommando, og bruker (Vike, 2004).

Det har i media og i litteratur fremgått bekymring for hvorvidt velferdsstaten virkelig er et bærekraftig prosjekt i økonomisk forstand. Det har likevel vært stort fokus på velferds- og skolepolitikk som har vært preget av optimisme når det gjelder muligheter til å skape et bedre samfunn ved hjelp av større ressurser og nye forbedrede ordninger (Vike, 2004). Kommunene og de som er ansvarlige for å realisere de gode hensiktene, altså Stortinget, regjeringen og departementene, er de som har ansvaret for å yte og samtidig fordele knappe ressurser til dem som trenger det mest (Vike, 2004). Kommunene, med lokalpolitikere og fagfolk skal bestemme seg for hva som skal ytes i praksis, blir avgjørelsen tatt i en samlet vurdering av kapasitet, ofte den økonomiske (Vike, 2010).

*”Kommunene er på mange områder ute av stand til å følge opp lovpålagte oppgaver, og de virkelig politiske prioriteringene i velferdsstaten kommer dermed til å dreie seg om på hvilken måte den sentrale stats offisielle politikk i realiteten må undergraves lokalt (Vike, H 2004:35).”*

Staten kan legge til rette for styring, men ikke detaljstyring som det er et forsøk på gjennom for eksempel frisklivssentralene, hverdagsrehabilitering og andre tiltak i kommunene. Det bør være opp til den enkelte helsefagarbeider med sitt faglige verdigrunnlag til å vurdere hvordan tjenesten best utføres i samarbeid med bruker (Vike, 2004). Som for de fleste helseprofesjoner og ergoterapeuter er arbeidsoppgavene lagt til rette slik at de skal sørge for de mest nødvendige tjenestene i kommunen opprettholdes (Vike, 2004).

### **3 Metode**

I dette kapitlet presenteres vitenskapsteoretisk forankring, valg av metode og fremgangsmåte for tilvirkning og analysering av data. Deretter følger en diskusjon om de metodiske valgene og betraktninger rundt studiens troverdighet, etiske vurderinger og refleksjon rundt metode. Gjennom forskningen kreves bevissthet omkring utfordringer, begrensninger og etiske implikasjoner som påvirker prosessen og den skriftlige fremstillingen.

Jeg begynte på master i flerfaglig helsefag høsten 2011. Allerede i det første året opparbeidet man seg kunnskap om feltet man ønsket å forske på, metode for tilvirkning av data og laget en prosjektplan som skulle jobbes gjennom. I november/ desember 2012 ble intervjuene gjennomført sammen med informantene. Av ulike personlige årsaker har ikke masteroppgaven blitt ferdigstilt rett i etterkant av studieåret 2013. Løpet av årene som har gått har utviklingen vært betydelig i kommunehelsetjenesten. Endringene har staket ut en kurs som informantene ikke kjente til på intervjutidspunkt. Jeg har forholdt meg lojalt til det informantene snakket om, og jeg har drøftet utsagnene på bakgrunn av tidspunkt og settingen de uttalte seg i.

#### **3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv**

Det vitenskapelige ståsted danner grunnlaget for den forståelsen forskeren utvikler i løpet av forskningsprosessen (Thagaard, 2011). Fortolkning og utvikling av data er en gjennomgående aktivitet gjennom studien, og må sees i sammenheng med den forforståelsen forskeren bringer med seg inn i prosjektet (Thagaard, 2011).

Den fenomenologisk- hermeneutiske vitenskapstradisjon anses som en velegnet forankring av studien. Fenomenologiske hermeneutisk metode ble grunnlagt av Martin Heidegger, og videre utviklet av Hans-Georg Gadamer (Lindseth & Norberg, 2004). Til å besvare min problemstilling, «Hvordan utøver og erfarer ergoterapeuter helsefremmende og forbyggende arbeid i kommunehelsetjenesten», står disse vitenskapsteoretiske ståstedene sentralt.

Studien fokuserer på ergoterapeutenes egne erfaringer som jeg har en forforståelse for gjennom det å være ergoterapeut selv. Gjennom fortolkning av intervju har jeg ervervet meg en forforståelse for temaet helsefremming og forebygging. Jeg har valgt å forklare fenomenologi og hermeneutikk hver for seg.

### 3.1.1 Hermeneutikk.

Hermeneutikk betyr å fortolke, og fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende (Thaagard, 2011). Jeg har valgt hermeneutikk som et vitenskapsteoretisk ståsted fordi jeg i prosessen fortolker hva informantene mente under intervjuene, og jeg fortolker teksten jeg har fått ut fra intervjuene jeg gjennomførte. Jeg har også opparbeidet meg en formening om helsefremming og forebygging i kommunehelsetjenesten, og hvordan ergoterapeuter utfører dette arbeidet.

Hermeneutisk metode legger vekt på at det ikke finnes noen sannhet og at fenomener kan tolkes på flere nivåer (Thaagard, 2011). Mening kan bare forstås i lys av den sammenheng vi studerer er en del av. Vi kan alltid finne fortolkninger av mennesker og den verden vi er en del av (Thaagard, 2011). Det betyr ikke at den fortolkningen jeg gjør ikke er en sannhet for, for det er slik jeg oppfatter det jeg står ovenfor. Det informantene frembringer under intervjuene fortolker jeg på min måte, dersom noen andre hadde gjort det samme kunne de tolket informasjonen annerledes enn det jeg har gjort (Thaagard, 2011).

Studien søker å se ergoterapeuters utøvelse av helsefremming og forebygging i kommunehelsetjenesten. Ergoterapeutenes erfaring av utøvelse av helsefremmende og forebyggende arbeid er satt sammen av flere delopplevelser. Når disse delene knyttes sammen av et felles innhold til en helhet, og utgjør en opplevelse eller erfaring, det er denne måten å tenke på som kalles hermeneutikk (Dalland, 2007). Det er ved hjelp av hermeneutikk studien skal nærme seg denne opplevelsen til ergoterapeutene (Dalland 2007). \*

Den hermeneutiske filosofi handler om hvordan man møter en tekst som ikke gir sin mening fra seg (Thaagard, 2011). Tolkningen av intervjuetekster preges av den sammenhengen personene er i, fortolker og bringer med seg inn i situasjonen (Thaagard, 2011). Det omhandler forståelsen som den utfolder seg i hele spekteret av menneskelig omfang med verden (Thaagard, 2011). Forforståelsen undersøker med andre ord hva som alltid skjer, når vi fortolker og forstår. Teksten som ligger fremfor en fremstår ikke alltid slik den fremstår. Når jeg legger teksten vekk og leser den enda en gang, slår opp fremmedordene og forsøker med ulike midler, kan jeg danne meg en forståelse for det som blir sagt (Thagaard 2011).

Gadamer (2012), beskrev den interpretative prosess som et sirkelforhold, kjent som den hermeneutiske sirkel hvor en skal forstå helheten av en tekst, delene av teksten og deler i

forhold til helheten. Forskeren går inn i en dialog med teksten, hvor forskeren hele tiden stiller spørsmål til dets mening ut fra sin forforståelse (Gadamer, 2012).

### **3.1.2 Fenomenologi**

Edmund Husserl grunnla fenomenologien som filosofi rundt 1900 tallet, og ble etterhvert utvidet til også å omfatte menneskets livsverden (Kvale 2010). Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse meningen i ergoterapeutenes erfaringer (Thagaard, 2011). Studien har en tilnærming som vektlegger ergoterapeutenes erfaring, hvor målet er å bidra med kunnskap basert på at ergoterapeutenes erfaringer blir synlig og eksplisitt (Thaagard, 2011).

I denne studien er fenomenologi et begrep som peker på en interesse for å forstå fenomener ut fra ergoterapeutenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene (Kvale, 2010). Fenomenologien bygger på en antakelse om at realiteten er slik menneske oppfatter at den og den kan åpne for forskning hvor den daglige opplevde erfaring står i sentrum (Thagaard, 2011). Dette innebærer en tilnærming som vektlegger ergoterapeutenes opplevelse av sin situasjon, og hvor jeg som forsker er trofast mot deres ståsted (Thaagard, 2011).

## **3.2 Metodevalg**

Denne studien er en kvalitativ studie. Hvilke forskningsmetoder som velges for å bruke i en oppgaver er avhengig av problemstilling og studiens formål (Thaagard, 2011). Denne studien har til formål å undersøke ergoterapeutenes utførelse og erfaring i helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten. Ved kvalitativ tilnærming samler man inn data fra informanter som har kunnskap om noe interessant å bidra med i forhold til det som skal undersøkes og med et såkalt strategisk utvalg (Thagaard, 2011). Kvalitative metoder innebærer ofte kontakt mellom forsker og de som skal studeres gjennom deltakende observasjon og intervju (Thaagard, 2011).

Thagaard (2011) fremhever systematikk og innlevelse som to viktige aspekter ved kvalitativ forskning. Kvalitativ metode passer godt til undersøkelser av personlige og følsomme temaer som omfatter subjektive forhold i menneskers liv (Thaagard, 2011). Metoden kan være velegnet for å få frem informantenes subjektive fortolkninger og egne problembeskrivelser, og jeg kan invitere informantene til å gi forholdsvis detaljerte beskrivelser av utøvelse av helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten (Howe et al., 2005).

Kvalitativ forskningsmetode kan åpne for et mangfold av svar på problemstillingen, og kan også føre til nye spørsmål som kan være utgangspunkt for videre forskning (Malterud, 2003). Metoden kan også egne seg for å belyse et felt som er lite kjent for ergoterapeuter, og som kan bidra til ny informasjon om hvordan ergoterapeuter erfarer sin jobb i kommunehelsetjenesten – i et helsefremmende og forebyggende perspektiv.

### **3.2.1 Utvalg av informanter**

Det ble foretatt et strategisk utvalg av informanter sammensatt ut fra målsetning om at informantene hadde potensial til å belyse problemstillingen (Malterud, 2003). Det ble gjort for å få høyest mulig kvalitativt innhold.

Det strategiske utvalget er gjort med utgangspunkt i kvinner, menn og tjenestested i kommunehelsetjenesten. Det ble ikke stilt krav til hvor lenge informantene hadde jobbet i kommunen. Valget ble gjort for å få flere variabler med ergoterapeuters utøvelse av helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten. Jeg kjente ikke til informantene på forhånd eller hadde annet kjennskap til utvalget.

Det var ønskelig med en geografisk spredning på utvalget for å sikre variabilitet og anonymisering av informantene. Med variasjon geografisk og i innbyggertall menes her at store og mindre kommuner skulle være representert gjennom informantene i utvalget.

Kontakt og tilgang til forskningsfeltet ble opprettet ved å ringe og sende en utfyllende skriftlig informasjon om prosjektet til aktuelle ergoterapeuter i ulike kommuner med forespørsel om de kunne tenke seg å delta i prosjektet. Etter at kontakt var opprettet sendte jeg skjema for samtykkeerklæring og frankert returkonvolutt i forkant av intervjuene.

Jeg har forsøkt å få tilgang til data med vise en forskningsetisk standard. Det var ikke nødvendig å få tilråding fra Regional etisk komite, men prosjektet ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste før igangsetting.

Deltakelsen var basert på frivillighet. Informantene fikk informasjon om at de kunne trekke seg uten konsekvenser, også etter at intervjuene var gjennomført. Alle personidentifiserbare opplysninger er behandlet konfidensielt (Thaagard, 2011). Alt forskningsmateriale er anonymisert, og det er ikke mulig å identifisere enkeltpersoner i denne studien.

Utvelgelsen av kommuner ble gjort på bakgrunn av wikipedia og innbyggertall. Etter at dialog ble opprettet fikk informantene informasjon om studien med samtykkeskjema (vedlegg 1).

Det var fire ergoterapeuter som ga samtykke til deltakelse i studien. De jobbet alle i ulike kommuner, der to kommuner var av tilsvarende størrelse, og to kommuner som var større. Utvalget bestod av 3 kvinner og en mann fra 4 ulike kommuner (tabell 1).

Det ble valgt to mindre kommuner og to større kommuner, hvor ergoterapeutene jobbet i kommunehelsetjenesten. Ut fra forskningsspørsmålene var det ønskelig å snakke med de som jobbet i kommunen som har flere ulike arbeidsoppgaver. Tjenestestedene ble valgt ut fra antall innbyggere i kommunen og tilgjengelighet for å holde kostnadsnivået nede, og ble kontaktet per telefon av forfatter. Til sammen ble 4 informanter spurt om å delta i studien. Ingen takket nei til deltakelse.

**Tabell 1. Oversikt over informantene**

	Kvinner	Menn
Liten kommune	3	
Stor kommune		1

### **3.2.2 Innsamling av data**

Formålet med et intervju er å få fylldig og omfattende informasjon om hvordan informantene erfarer sin situasjon, hvilke synspunkter og perspektiver de hadde på temaene som ble tatt opp i intervjusituasjonen (Thaagard, 2011). Thaagard (2011) skriver at intervju gir et godt grunnlag for å få innsikt i informanters erfaringer, tanker og følelser. Forskningsintervjuets struktur var likt dagligdags samtale, men involverte også en bestemt metode ved at jeg hadde noen fastsatte tema jeg ville informantene skulle dele sine opplevelser med meg (Kvale, 2010)

Det ble på forhånd utarbeidet en temaguide, også kalt intervjuguide, som mitt forskningsspørsmål omhandler (Vedlegg 2). Det ble anvendt et semi- strukturert intervju, også kalt for dybdeintervju (Maltetrud, 2003, Tjora, 2012). Temaguide var ment som et hjelpemiddel for å sikre at alle relevante temaer ble belyst under intervjuene, samt for å bidra til økt bevisstgjøring av egen forforståelse omkring forskerspørsmålet. Temaene har ikke styrt intervjuene, men ble benyttet når det passet og til slutt for å se at ikke noen tema ble glemt. Intervjuguiden ble ikke styrende, og dialogen var naturlig. Meningen er at informanten skal få mulighet til å reflektere over de erfaringer og meninger hun/han har til tema. Spørsmålene i intervjuguiden er relativt åpne spørsmål for å gi informantene mulighet til å gå i dybden der de har mye å fortelle, og som kan åpne opp for nye spørsmål underveis (Maltetrud, 2003.,



Tjora, 2012). Kvale, 2010) skriver at det er viktig at intervjueren er åpen for at informanten kan ta opp temaer som ikke var planlagt i forkant.

Før intervju hadde jeg satt meg inn i kommunehelsetjenestens virksomhetsområde, målgrupper og derigjennom funnet temaer og spørsmål for intervjuguiden (Kvale, 2010). Det er nødvendig å stille spørsmål som informanten opplever som relevante. Teori og mine erfaringer utgjorde mitt faglige perspektiv og min forforståelse til intervjuene. Dette fikk betydning i forberedelse av intervjuguiden, gjennomføring og tolkning av intervjumaterialet. Dette gav meg kunnskap til å utforme temaene som skal tas opp i intervjuene (Kvale, 2010). Tolkningene av intervjumaterialet fikk andre tolkninger etter hvert som mine faglige perspektiver og teori ble utviklet sammen med intervjudata (Kvale, 2010).

I bruk av kvalitative metoder er det viktig å fremheve at forskeren til en viss grad ”skaper” data i forhold til den forståelse hun eller han har av samfunnet (Thaagard, 2011). Formulering av spørsmål i intervjusamtalene og min delaktighet var med på å drive samtalene fremover og fikk også betydning for den informasjonen jeg fikk. Min oppmerksomhet, interesse og engasjement ved å gi respons på informantenes fortellinger og stille tillegsspørsmål, komme med kommentarer og andre uttrykk drev samtalen (Thaagard, 2011).

Datainnsamlingen ble utført på informantenes arbeidsplasser over en tidsperiode på 2 måneder (oktober- desember 2012). Vi fikk gjennomført intervjuene på egnede rom hvor det ikke ville oppstå forstyrrelser underveis. Intervjuene varte fra 45 minutter til 2 timer. Diktafon ble benyttet i gjennomføringen, slik at jeg kunne fokusere på informanten og at samtalen skulle holde fokus. Bruk av diktafon gjorde det mulig å høre opptakene flere ganger i etterkant.

### **3.2.3 Forskerrollen og forforståelsen**

Å være ergoterapeut og samtidig å ha en forskerrolle hvor jeg samler intervjudata hos andre ergoterapeuter, kan betegnes som ”å forske i eget felt og egen kultur” (Paulgaard, 1997). I følge Paulgaard (1997) kan dette være både en styrke og en begrensning for forskningen. Jeg hadde ikke fordel av langvarig og inngående kjennskap til informantenes arbeidssituasjon da prosjektet med masteroppgaven startet.

Ved intervjuundersøkelser kan ytre kjennetegn som alder og kjønn ha betydning for hvordan informantene oppfatter forskeren (Thaagard, 2011). Jeg opplevde det som en fordel å ikke ha innsikt i kommunehelsetjenesten som organisasjon, samspillet mellom kollegaer og

faggrupper, eller andre forhold som har betydning for organiseringen. Som uerfaren kan man lettere få rolle som nykommer eller lærling. Informantene kan dermed få anledning til synliggjøring grunnleggende implisitte forutsetninger i egen fagutøvelse som de ellers ville ha tatt for gitt og forbigått i taushet enn dersom de formidlet til en mer erfaren ergoterapeut (Paulgaard, 1997). Informantene visste at jeg var ergoterapeut, men gav grundige beskrivelser og resonnement over deres arbeidssituasjon. Tillitten og troverdigheten som oppnås under intervjuet er det som gir grunnlag for at informanten kan fortelle åpent om sine erfaringer i kommunen (Thaagard, 2011).

Intervjuene vil utgjøre hoved- dataene i min kvalitative studie. Jeg innehar også en aktiv rolle i form av at jeg identifiserer tema som er av interesse, og videreformidler det til leseren.

I studien har jeg forsøkt å ikke identifisere meg selv med informantene, og forsøkt å møte de med et åpent sinn og med håp om å ny og bredere forståelse. Thagaard (2011) skriver at det kan være utfordrende å møte informantene med åpent sinn, å unngå at egne verdier preger intervjusituasjonen. Målet er at informantene ikke skal påvirkes til å svare det jeg som forsker «forventer». Thaagard (2011) skriver videre at det ikke er til å unngå at informantenes atferd preges av den relasjonen som etableres til forskeren. Det er naturlig at relasjonen oppleves enklere med enkelte mennesker, kontra andre mennesker, og at dette kan påvirke intervjusituasjonen. Enkelte av informantene hadde mye å fortelle som ikke omhandlet nødvendigvis tema, men jeg lot dem snakke fritt om det de opplevde viktig der og da.

### **3.2.4 Transkripsjon**

Informantene er anonymisert og teksten utformet slik at deres identitet er tilslørt (Thaagard, 2011). Jeg har brukt fiktive navn i sitater, og har unnlatt å beskrive forhold som kan bidra til identifikasjon. Det ble forsøkt å gjøre en ordrett transkripsjon av materialet uten å transkribere på dialekt. Thaagard (2011) beskriver at metodisk sett er det riktig å presentere informanten slik at vedkommende fremstår for forskeren, men etisk sett er det viktig å skjule hans eller hennes ”identitet”. Jeg har forsøkt å få frem mine perspektiver og hva som er informantenes forståelse. Sitater er selektivt utvalgt og knyttet opp mot temaer som diskuteres. Når intervjuene blir transkribert blir intervjusamtalene strukturert slik at de er bedre egnet for analyse, og det er lettere å få oversikt (Thaagard, 2011).

Intervjuene ble tatt opp på diktafon, etter avtale og samtykke fra informantene, og lagret i henhold til etisk forsvarlighet (Halvorsen, 2008). Etter hvert intervju transkriberte jeg innholdet i en sammenhengende tekst. Det innebærer at jeg skriver ned det som kommer frem

i intervjuene til en sammenhengende tekst. Jeg vil kunne få et helhetsinntrykk av intervjuene og deretter velge ut tema som illustrerer hovedinntrykkene i transkriberingen (Halvorsen, 2008).

Hvert intervju ble tatt opp på lydbånd. Etter hvert intervju, som hadde en varighet på gjennomsnittlig 1 time. Intervjuene ble transkribert så snart intervjuene var ferdige, og jeg skrev ned de umiddelbare inntrykk og resonneringer, uttrykk, tanker og ideer. Utskrift fra de fire intervjuene ble på 44 sider, og i første transkripsjon ble det gjort nøyaktig med pauser, latter, nøling og forstyrrelser. Transkripsjonene ble etter førstegangs transkripsjon anonymisert.

### **3.3 Metode for analyse**

Systematisk analyse utgjør den viktigste forskjellen mellom forskning og overfladisk «synsing» (Malterud, 2017). Hensikten med bruk av analyse er en metode for å vise til de erfaringer og meninger ergoterapeutene har til tema og problemstilling (Thaagard, 2011).

Analysen ble gjort med en kvalitativ innholdsanalyse slik Graneheim & Lundman beskriver (2004). Kvalitativ innholdsanalyse har som hensikt å identifisere, kode og kategorisere data som handler om sosiale fenomen, med fokus på subjekt og kontekst (Graneheim & Lundman, 2004). Viktigheten av tema ble avgjort av hvor relevant svaret var til forskningsspørsmål. Jeg forsøkte å være oppmerksom og konsekvent i hvordan jeg vurderte relevans i analysen, ved å knytte data til tema i relasjon til problemstilling og være nøye med å vise til hva som kan regnes som tema eller mønster fra intervju (Braun & Clarke, 2006).

I følge Thaagard (2011) er temasentrert tilnærming kritisert for ikke å ivareta helheten. Derfor var første trinn i analysen å lese gjennom den fullstendige teksten for å få et helhetsinntrykk. Hvert intervju ble deretter analysert enkeltvis. Så gikk jeg gjennom hvert enkelt intervju og kategoriserte hva de ulike avsnittene i intervjuene handlet om. Meningsbærende enheter ble tatt ut og overført i en matrise for å skape systematikk og oversikt over materialet jeg hadde fremfor meg. Jeg forsøkte å være oppmerksom og konsekvent i hvordan jeg vurderte relevans i analysen til tema. Kategoriseringen handler alt i alt om å søke gjennom data for å finne repeterte mønster av mening (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg leste aktuell teori underveis i analyseprosessen for å finne analytiske begreper som kunne relateres funnene.

### **Proessen i analysen:**

- Det transkriberte materialet fra intervjuene ble lest og opptakene ble hørt på flere ganger for å få en helhetsforståelse av materialet.
- Meningsbærende enheter ble identifisert, og teksten ble deretter sortert i innholds områder.
- Hvert innholds område inneholdt tekst fra alle intervjuene og utgjorde en analyseenhet.
- De fire intervjuene ble satt opp mot hverandre, og det ble utført analyse på tvers av intervjuene hvor en trakk ut koder som gikk igjen i flere av intervjuene. Deretter ble kodene sammenliknet, og sortert inn i ulike kategorier.

(Granheim & Lundman, 2004).

De tre analyser enhetene handlet om helsefremmende arbeid, forebyggende arbeid og kommunehelsetjenesten. Utdrag fra analyse (vedlegg 3).

#### **3.3.1 Troverdighet**

Innsamlede data er blitt nøye vurdert og kontrollert. Jeg har forsøkt å gi et troverdig bilde på hvordan ergoterapeuter utøver helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten. I kvalitative studier er det et viktig mål at forskningen skal oppfattes som troverdig, og at den er utført på en tillitsvekkende måte (Thaagard, 2011). I metoddelen beskriver jeg forskerrolle, valg av informanter, innsamling og analyse av data og forskningsetiske forhold. Her forsøker jeg å redegjøre for hvordan dataene er anvendt og videreutviklet i den hensikt å opptre troverdig. Min forståelse og tolkning av ergoterapeutenes bidrag i kommunehelsetjenesten er utviklet gjennom hva informantene snakket om sin utøvelse i sin arbeidshverdag og mitt faglige ståsted. Når forsker og informant står for nær hverandres selvforståelse eller for langt fra hverandre kan det oppstå etiske dilemma (Thaagard, 2011). Jeg har forsøkt å gi et troverdig bilde på ergoterapeutene utfører og erfarer helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten.

Resultatene er belyst ved sitater fra informantene for å gi leseren mulighet til å validere resultatet og kvaliteten på analysen. Hvert sitat etterfølges av henvisning til informant med fiktivt navn. Forskeren kan komme i etiske dilemmaer mellom hensynet til deltakernes anonymitet og hensynet til å fremstille resultatene på en måte som oppfyller kravene til

pålitelighet og etterprøvnbarhet (Thaagard, 2011). I studien har jeg forsøkt å presentere informantene slik at de fremstod for meg.

### **3.4 Etiske vurderinger**

Før oppstart av studien forelå godkjenning fra NSD (Personvernombudet for forskning), og studien anses å være gjennomført i samsvar med Helsinki- deklarasjonen (Vedlegg 4). Siden studien ikke ble ferdigstilt til planlagt tidspunkt, ble det sendt endringsmelding til NSD. At dato for prosjektslutt var utvidet, spilte ingen rolle så lenge det ikke foreligger personidentifiserbar form. Prosjektet kunne derfor fortsette på samme grunnlag som planlagt (vedlegg 5). For å ivareta personvernet og bevare informantenes integritet, er det skriftlige materialet anonymisert, og ingen kjennetegn som kan spores direkte til enkeltpersoner er gjengitt.

Lydfilene og det skriftlige materialet har vært oppbevart i tråd med retningslinjene til NSD. Lydfilene ble slettet etter at transkribering og anonymisering var ferdigstilt.

Det er viktig at jeg som forsker viser aktsomhet ovenfor informantene. Informantene gir sin kunnskap og erfaring til meg, noe som gjør det svært viktig med god kontakt mellom meg og informant, som igjen krever gjensidig tillit og respekt (Malterud, 2003). Jeg var klar over at datainnsamling representerer en potensiell intervensjon som kunne åpne for refleksjon blant informantene om deres egen tilstedeværelse ved kommunehelsetjenesten. Jeg forsøkte å sørge for at informanten føler seg trygg på at anonymiteten ble ivaretatt. Det stiller store krav til meg i formidling i teksten at de ikke skal kunne bli gjenkjent. For å sørge for dette i høyest mulig grad, bruker jeg fiktive navn, dialektuttrykk i sitater, alder, og spesifikke hendelser vil bli utelukket (Malterud, 2003).

#### **3.4.1 Validitet, overførbarhet og reliabilitet**

Studiens validitet er knyttet til spørsmål om kunnskapens gyldighet, altså hva er dette gyldig om, og under hvilke betingelser (Malterud, 2017). Malterud (2017) beskriver at vi må spørre oss selv om metoden vi har brukt er en logisk vei til kunnskap og som belyser problemstillingen.

Det er viktig å ta stilling til hva metoden og materialet sier noe om, og hvilken rekkevidde og overførbarhet resultatene har (Malterud, 2017). Kvalitativ metode med semi- strukturert intervju, har ført til at jeg har fått svar på det jeg ønsket å få svar på da jeg startet prosjektet.

Metoden har også ført til at jeg «oppdaget» tema jeg ikke hadde reflektert over i forkant av intervju, noe jeg mener har bidratt til å se helheten i utsagnene til informantene.

Overførbarhet handler om mine funn kan overføres til andre sammenhenger, hovedsakelig utøvelse av ergoterapi i kommunehelsetjenesten (Malterud, 2017). Andre ergoterapeuter og helseprofesjoner kan dra nytte av studien, blant annet ved at endringene i kommunehelsetjenesten gjør at helseprofesjoner må være dynamiske og tilnærme seg utøvelse av fagprofesjonene på andre måter. Dette i takt med den demografiske og helsefaglige utviklingen i Norge.

Relabilitet henviser til hvor pålitelig og nøyaktig jeg har vært i utvelgelsen av informanter, innsamling av data samt bearbeiding av data (Kvale, 2010). Som jeg har vist til tidligere, gjorde jeg en nøye utvelgelse av informanter, og hadde utarbeidet temaguide i forkant av intervju som ble benyttet i alle intervjuene (vedlegg 2). Under transkripsjon forsøkte jeg å være så nøyaktig som mulig, og jeg hørte på lydopptakene flere ganger for å være sikker på at jeg hadde hørt riktig og forstod det som ble sagt. Jeg var nyutdannet ergoterapeut som forsket i eget felt, noe som kan ha påvirkning på om informantene ville endret svar i et intervju til en annen forsker (Kvale, 2010).

### **3.5 Refleksjon av metoden**

Gjennom metodekapittelet har jeg redegjort for forskningsprosessen slik at leseren skal kunne følge stegene som er blitt gjort, og selv vurdere om tolkningen er sannsynlig og logisk (Malterud, 2017).

Jeg har benyttet en kvalitativ forskningsmetode for å belyse min problemstilling. Fordelene med kvalitativ analyse er at man kan gå i dybden på problemstillingen. Samtidig kan det føre til at kunnskapen blir for smal og ikke kan overføres til andre. Jeg mener at studien kan relateres til andre helseprofesjoner, spesielt med tanke på at man bør være delaktig i utviklingen, samt at profesjonene må være dynamisk i takt med samfunnets endringer.

Som forsker i eget felt, og som nyutdannet ergoterapeut opplevdes bruk av semi-strukturert intervju som ny forsker som utfordrende. Informantene hadde mye å fortelle om sin arbeidshverdag, og sine egne erfaringer. I intervjusituasjonen ønsker man ikke å avbryte informantene når retningen går fra å være relatert tema, til ikke omhandle tema. Jeg var bevisst på å ikke avbryte informantene, men å la de snakke ferdig om det de mente var viktig for seg i kommunehelsetjenesten. Som det kommer frem av intervjuene hadde informantene forskjellige arbeidsfelt de anså som helsefremmende og forebyggende i sin arbeidshverdag.

Jeg mener at studien belyser ergoterapeutenes utførelse av helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten. Den viser både hvilke muligheter informantene så i forbindelse med endringer i kommunehelsetjenesten, samt hvilke utfordringer de opplevde. Funnene kan gi ergoterapeuter og andre interesserte innsikt i hvordan ergoterapeuter utøver og erfarer helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten.

Jeg ser i ettertid at i lojalitet til hva informantene har uttalt seg om i sitt forebyggende og helsefremmende arbeid, kanskje ikke har like stor betydning som det jeg hadde håpet på – eller kanskje forventet. I ettertid mener jeg at intervjuguiden skulle vært enda mer spisset, og kanskje fått informantene til å beskrive med egne ord hva de mente helsefremmende og forebyggende arbeid betydde. Samtidig ønsket jeg å åpne intervjuene ”forsiktig” for å skape tillit til informantene. Metoden jeg har brukt har vist seg å være nyttig, lærerikt, og satt meg på utallige prøver på hvor jeg står i samsvar med data- materialet.

Som nevnt i innledningsvis i dette kapitlet, har det vært en metoderefleksjon med utgangspunkt i at intervjuene ble gjennomført i 2012, og studien ferdigstilles 2018. Det er viktig at leseren har med seg dette perspektivet i det kommende kapitlet «resultat og drøfting».

## 4 Resultat og drøfting

I dette kapittelet presenterer jeg resultatene i studien og en drøfting rundt resultat følger fortløpende. Relatert til hensikten med studien kan den deles inn i to hovedtema:

- Helsefremmende og forebyggende arbeid
- Kommunehelsetjenesten

I intervjuene var hovedtemaet ”ergoterapeutenes bidrag til helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten”. Kategorien ”helsefremmende og forebyggende arbeid” har tre underkategorier. ”Kommunehelsetjenesten” har en underkategori, og ett undertema.

Underveis i teksten presenteres transkriberte utdrag fra intervjuene som er markert som sitater og i kursiv. Gjentakelser og innskutte setninger uten betydning for sammenhengen er tatt bort og markert med (...). Det var nødvendig å presisere bestemte ord for å få fram det meningsfylte i sitatet.

Dette har jeg gjort for å belyse problemstillingen: **Hvordan utøver og erfarer ergoterapeuter helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten?**

Underkapitlene viser en tolkning av resultatene på tre ulike nivåer (Kvale, 2010). Første del er en sammenfatning av funnene, neste del trekker frem aspekter ved utsagnene, mens siste nivå er en drøfting opp mot aktuell teori. Til sammen skal dette gi en helhetlig fremstilling som kan belyse problemstillingen. Underveis i drøftingen har jeg benyttet sitater for å presisere det som kom frem i de meningsfylte sitatene.

I henhold til krav om anonymisering har de fire informantene blitt tildelt hvert sitt fiktive navn som er Ove, Silje, Tone og Kari.

<b>Tabell 3. Hvordan utøves helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten?</b>		
<b>Kategorier</b>	<b>Underkategorier</b>	<b>Undertema</b>
<b>Helsefremmende og forebyggende arbeid – «Mest mulig funksjon lengst mulig»</b>	Aktivitet og deltakelse	
	Pårørende og frivillige	
	Empowerment	



<b>Kommunehelsetjenesten</b>	«Vi er hele tiden litt på hælan»	
	Forutsetninger i kommunehelsetjenesten	
	Endringer i utøvelse av ergoterapi	Hverdagsrehabilitering

## 4.1 Avgrensning

Som nevnt i teorikapittelet har vi tradisjon for å skille mellom helsefremmende- og sykdomsforebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2010). I internasjonal forskning inkluderes begge komponentene i *Health Promotion*. Jeg har i dette kapittelet valgt å implementere det forebyggende perspektivet til helsefremmende arbeid i en felles kategori – «*mest mulig funksjon lengst mulig*». Årsaken til dette valget, er at jeg i intervjuene ikke gjorde et klart skille på det helsefremmende og det forebyggende arbeidet. Tilsvarende gjorde ikke informantene et skille på hva de utførte og erfarte spesifikt til forebygging eller helsefremming. Jeg opplevde at disse perspektivene var tett knyttet til hverandre i arbeidshverdagen til informantene. Dette ble understøttet i analysen. Utgangspunktet til utøvelse av ergoterapi startet ofte først når de hadde fått henvisning til en bruker. Da har allerede brukeren ofte en funksjonsnedsettelse – helsefremmende og forebyggende arbeidet følger dermed som en del av utøvelsen av ergoterapi. I tillegg reflekterte informantene over at de helsefremmende tiltakene ofte hadde en forebyggende effekt. Dette drøftes videre i de neste kapitlene.

## 4.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid – «*mest mulig funksjon lengst mulig*»

Hovedtema *helsefremmende og forebyggende arbeid* omhandler informantenes egne erfaringer om deres utøvelse av helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette er en hovedkategori, og det vil følge tre underkategorier for å systematisere informantenes utsagn og som kan knyttes til helsefremmende og forebyggende arbeid.

Informantene trakk frem koordinering av ulike tjenester og arenaer som et viktig bidrag i kommunen. Slik kunne aktivitetsnivået forbli høyt og brukernes ressurser vare over tid. Tett samarbeid og tilrettelegging for å utnytte potensialet for bedring kunne bidra til at brukerne

forsøkte nye aktiviteter. Informantene peker på viktigheten av å tenke mer forebyggende med fokus på at pasientene skal tidlig hjem fra institusjoner, og at tilbudene måtte stå klare.

*(...) å kartlegge hva som er det reelle behovet til brukerne, for der synes jeg vi har en kompetanse som ikke så mange andre har(...) Mest mulig funksjon lengst mulig(...) Silje*

En annen informant mente at ergoterapeutene lærte å tenke helhetlig i tilnærming ovenfor brukerne. Han sa videre at ergoterapeutene gjennom utdanning og via tjenestene de utførte, blant annet i rehabiliteringstjenester førte til at man måtte tenke helhetlig:

*Det tror jeg har litt med bakgrunnen til ergoterapeutene å gjøre, og kanskje også gjerne i utdanningsløpet. Man lærer å tenke litt vidt og helhetlig tror jeg, ikke bare fokus. Ove*

I tillegg til å jobbe helhetlig og kartlegge hva som var det reelle behovet til brukerne reflekterte noen av informantene rundt oppfølging og koordinering:

*(...) det å få på plass oppfølging (...) det å få et overblikk over funksjon, hvilke tjenester må inn, hvilken oppfølging trenger vedkommende, individuell plan, det å tenke tverrfaglig, tenke helhetlig. Kari.*

*(...) Vi ser at vi får flere yngre med behov for langvarige koordinerte tjenester. Kari*

Hun sa videre at hun hadde erfaring med at koordineringen av de ulike tjenestene kan føre til en klinsj med tjenesteapparatet:

*For jeg opplever at veldig mange av dem har forventninger som ikke stemmer helt i forhold til det som er realistisk også bruker de veldig mye krefter og energi på det som kunne vært brukt på en annen måte. Også ender de i klinsj med tjenesteapparatet. Kari*

En annen informant opplevde det som utfordrende å koordinere de ulike aktørene ovenfor brukerne sine. Flere av informantene vektla det å få på plass oppfølging og interaksjon så tidlig som mulig før et eventuelt funksjonsfall. Man hjalp familier og brukere med individuell plan og fungerte som en talsmann innad i systemene. Skole, barnehage og de ulike arenaene barn deltar i opplevde informanten utfordrende. Dette synliggjøres i utsagnene under:

*(...) det er jo også ofte mange arena som ungen er på. Og de utfordringene det innebærer om at de ulike arenaene har ulike mål og tanker. Så det å samkjøre disse tingene er jo ikke alltid like lett. Ove.*

*(...) er deres talsmann innad i systemene(...) Ove*

En informant reflekterte over at ergoterapeutene ofte kommer tidlig inn til folk, noe som gjør at man har en god mulighet til å være tidlig ute med tiltak og oppfølging:

*Jeg ser jo også at som ergoterapeut kommer jeg ofte tidligere inn til folk enn resten på omsorg, slik at man da har større mulighet til å komme inn før funksjonsfallet er stort.” Silje*

En informant fortalte at hun forsøkte å bidra til fallforebygging og annet forebyggende arbeid når hun var på hjemmebesøk hos brukerne. Hun sa hun snakket mye om det og forsøkte å påvirke brukeren:

*(...) Det blir jo bare dråper, i samtaleform oftest, men jeg ser jo så jeg kan jo komme med litt tips og sånt. Men det er jo hos di man er hjemme hos. Bevisst ,ubevisst. Det er veldig mye av det jeg gjør som ikke er så bevist. Silje*

Utsagnene viser at informantene har ulike erfaringer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Informantene ble ofte benyttet som koordinatører når det var behov for en helhetlig tilnærming og når flere virksomheter og arbeidsfelt jobber sammen. Som en av informantene sa, så er det ofte ergoterapeutene som får koordinatørrollen siden de har en yrkesutøvelse som ser helheten. Med dette mente de det å samkjøre skole, barnehage og de ulike arenaene brukerne skulle være aktive i.

Informantene mente det var viktig å legge til rette for at brukene kunne komme hjem tidligst mulig. Gjennom kartlegging og helhetstenkning, kunne informantene bidra til at pasienten kommer tidlig hjem, og at oppfølgingen skjedde koordinert med alle involverte. Kari opplevde at man hadde forventninger som ikke stemte helt i forhold til det som var realistisk, også brukte de veldig mye tid og krefter på det som kunne vært brukt på en annen måte. («... også kommer de i klinsj med tjenesteapparatet»..). Kari. Informanten beskrev at flere brukere forventet at alt skulle fikses i kommunen, og at kommunen hadde ansvaret for alt. Derfor var det viktig at brukerne viste hva som var deres ansvar, kommunens ansvar og hvor brukerne kan finne den hjelpen de trenger. Deriblant hvordan brukerne kan benytte seg av en ansvarsgruppe og individuell plan. De peker på at tjenesteapparatet er stort, og ganske komplekst, derfor bruker informantene tid på opplæring for alle rundt brukerne, og brukerne selv.

Det er et mål at pasienter og brukere skal få en tydeligere rolle i fremtidens helse- og omsorgstjeneste (St. Meld.nr 16. (2011-2015)). Brukerne skal ha større innflytelse over utforming av tjenestetilbudet. Informantene jobbet helsefremmende med å koordinere de ulike arenaene slik at aktivitetsnivået forble høyt, og at brukerens egne ressurser skulle bevares så

langt det var mulig. Tidlig interaksjon er et viktig forebyggende og helsefremmende virkemiddel i kommunehelsetjenesten. Ved tidlig interaksjon har man muligheten til å kartlegge funksjon, muligheter og begrensninger. Befolkningen og barn spesielt endrer seg over tid. Det fører til at det sjeldent er mulig å slå fast med sikkerhet hvor mye de ulike påvirkningene enkeltvis bidrar. Ofte er det en kombinasjon av faktorer over tid som fører til endringsprosess (Mæland 2010). Utsagnene til informantene viser at intensjonene i lov og forskrifter følges opp og prioriteres. Ved tidlig interaksjon hadde informantene mulighet til både forebygge og bidra helsefremmende. Informantene hadde mulighet til å stanse sykdomsutvikling eller tilbakefall som er viktig ved tidlig intervensjon (Mæland, 2010).

De koordinerte tjenestene skal sørge for god tilgang til helse- og omsorgstjenester, jf. Nasjonal Helse- og omsorgsplan (St. Meld. Nr. 16. (2011-2015)). Informantene var klar over at nå som samhandlingsreformen og nye lovverk var et aktuelt tema for alle helseprofesjoner ville føre til at kommunene setter opp ulike tiltak for å møte disse rammene (St. Meld. Nr. 16. (2011-2015)). Individuell plan skal sikre helhetlig og koordinert tjenestetilbud til brukerne. Den skal fungere som brukerens egen plan og bygges på brukerens mål om deltakelse sosialt og i samfunnet for øvrig (St. Meld. Nr. 16. (2011-2015)). Informantene løftet frem behovet og nyttigheten av å utarbeide individuell plan med brukerne, slik at man sammen kunne se målsetninger og bedring. Dette virkemidlet bidro til å koordinere tjenestene på en god måte, slik at man unngikk å bli hengende bak, som Ove sa: (...) *man ble liksom halsende bak på en måte(...)*. Samtidig sier Ove at ergoterapeuter ofte tar rollen som i kommunene, og at det kunne komme av bakgrunnen til ergoterapeutene. (...) *men så det er ergoterapeutene her som mest tar de rollene* (...) Ove. Informantene beskriver også at andre helseprofesjoner og brukere ønsker å ha med ergoterapeut og at de ofte får koordinatroroller og liknende. Pizzi (2017) sier at nøkkelen til beste praksis som fremmer helse er å gi mulighet til deltakelse og engasjement i aktivitet som er meningsfull for pasientens eget liv. Dersom ergoterapeuter skal være foregangspersoner innen helsevesenet, må det man fortsett å skape forbindelser mellom aktivitet og forebygging av sykdom og funksjonsnedsettelse (Pizzi & Richards, 2017).

Det forebyggende arbeidet Kari snakker om, er hvordan man tilnærmer seg brukerne, og kan sette seg inn i hva som utgjør helserisiko. Ergoterapeuter benytter ofte strukturerte kartlegginger i sin søken etter å forstå hvilke ressurser og begrensninger brukeren har. I dette arbeidet viser det seg ofte områder man kan forebygge for tilbakefall, eller forebygge mot faktorer som påvirker helsen negativt for den enkelte. I en helhetlig forståelse av mennesket i samsvar med sine omgivelser og i sitt levesett, vil man kunne se hva som utgjør risiko for

helsen. Ofte er det slik at man som ergoterapeut og for den del andre profesjoner også ser løsninger, men også hva som potensielt kan bli farlig for brukerne.

Et godt forebyggende og helsefremmende utgangspunkt er ofte tidlig intervensjon før funksjonsfall hos brukerne. Tidlig intervensjon kan både omhandle individrettede eller familiære forhold. For at den forebyggende og helsefremmende interaksjonen skal være hensiktsmessig er må man ha en felles målsetning i kommunen. Ergoterapeutene i kommunen bør derfor planlegge hva hvilke forebyggende og helsefremmende grep som skal gjøres hos individet, eller befolkningen. Planlegging er fundamentalt for at kvaliteten på tiltaket skal være godt. De må finne ut hva som behøves, hva som ønskes og hva som krever for å gjennomføre tiltaket.

Informantene la vekt på å være tett på brukerne, og tidlig ute. Ove fortalte at han «*..Syr i hop tilbudet, blant annet med individuell plan(...) Ove*». Ergoterapi har en unik rolle i folkehelsearbeidet på grunn av fokus på de helsemessige effektene av målrettet, produktiv og meningsfylt virke (Brownson and Scaffa, 2001). Ergoterapeuter kan tilnærme seg en balansert egenomsorg, arbeid, hvile og fritid og understreker betydningen av meningsfulle aktiviteter (Brownson and Scaffa, 2001). Tone mente at bidraget ved å få brukerne tidligst mulig hjem var viktig «Da har jeg gjort et godt bidrag». Dette samsvarer med artikkelen til Morris (2017) som viser til at både ergoterapeuter og fysioterapeuter har evnen til å se når pasienten blir i stand til å delta i aktiviteter som fremmer livskvalitet og bedrer helsen.

Informantene mente at den helhetlige tilnærmingen til brukerne gjorde at de utførte dette arbeidet på en god måte, og at det ofte var ergoterapeuter som hadde rollen som koordinator. «*(...)Man lærer å tenke litt vidt og helhetlig tror jeg, ikke bare fokus. Ove*». Ergoterapi går under betegnelsen profesjon som er en type yrke som utfører tjenester basert på teoretisk kunnskap ervervet gjennom en spesialisert utdanning (Molander & Terum, 2010).

Profesjonene kan kjennetegnes ved at yrkesutøverne er sertifisert til å forvalte bestemte typer kunnskap (Molander & Terum, 2010). Som profesjoner flest møter ergoterapeutene ulike krav og forventninger, og de skiller mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Teoretisk kunnskap er ofte blitt tilegnet på bestemte steder og måter, uavhengig av hvem som har den, hvordan den brukes eller hvor den brukes forandres den ikke (Molander & Terum, 2010). Den praktiske kunnskapen uttrykkes gjennom hvordan ergoterapeuten handler, vurderer og bedømmer hvordan den brukes (Molander & Terum, 2010). Ergoterapeuter kan bidra til å identifisere begrensninger i omgivelsene til brukerne, og bidra til endring (Kielhofner, 2008).

Utgangspunktet til informantene er hvordan kan brukerne oppnå endring. Kielhofner (2008)

er en ergoterapeut som har medvirket i utallige bøker innenfor ergoterapi. Mest kjent er ”Model of Human Occupation” som kan kalles en håndbok i interaksjon med pasienter og brukere. Den beskriver hvordan omgivelsene, roller, vaner, interesser utførelseskapasitet har av betydning for mennesket. Den beskriver også hvordan man kartlegger mennesket med utgangspunkt i hele mennesket. Det kan tenkes at gjennom utdanningen blir ergoterapeutene opplært til å ivareta hele mennesket – omgivelsene, roller, vaner, interesser og utførelseskapasitet (Kielhofner, 2008). Utsagnet om at man lærer å tenke helhetlig er i samsvar med at utdanning en viktig premissleverandør for folkehelsen (Mæland 2010).

Noen av informantene jobbet i forhold til yngre funksjonshemmede og livsstils- overgangene deres, og dermed kunne bidra til å forebygge der. I bidraget til gode livsstils overganger la informantene vekt på var fra barnehage til skole, og fra eget hjemmet med foreldre til egen bolig. Fokuset deres var hvordan de kunne sikre overgangene der slik at de hadde alt de trengte av hjelpemidler, og at personell som skulle overta hadde opplæring. Det var også snakk om det var muligheter for at personell som de yngre funksjonshemmede hadde i skole eller barnehage kunne være med gjennom livsstils- overgangene. Det var også snakk om det var muligheter for at personell som de yngre funksjonshemmede hadde i skole eller barnehage kunne være med gjennom livsstils- overgangene. Flere av informantene reflekterte over at ofte ble det gitt veiledning i forbindelse med fall forebygging, eller andre forslag til tiltak som kunne bidra til bedre funksjon i hjemmet (...) *bevisst, ubevisst (...)* Silje.

Gillespie (2012) forsket på effekten av tidlig intervensjon med hensikt til å redusere fall blant eldre som lever i kommunene. Deres resultat viste at hjemmebasert assistanse og intervensjon var effektiv mot fall i hjemmet. Resultatet deres kunne tyde på at ”Home Safety Interventions” (sikkerhet i hjemmet intervensjon) var mer effektivt hvis det ble utført av en ergoterapeut (Gillespie et al., 2012). Intervensjon i hjemmet med fokus på gruppe og hjemmebasert trenings program reduserte fall og risiko for fall (Gillespie et al., 2012). Kari fortalte at (.. «*Det klart at da kommer vi allerede inn på et stadiet hvor det allerede er begynt å gå nedover. Man har ikke fått kommet inn før fallet.*»...) Hun fortalte at hun kunne jobbe med fallforebygging i pasientsaker der det var mulig, samt legge til rette for at brukeren skulle mestre eget hjem lengst mulig. Dette samsvarer med funnene til Nagayama (2015) sin artikkel fant at ergoterapi kliensentrert mål og fokus på meningsfull aktivitet ble vurdert som klinisk implikasjoner. Denne form for intervensjon ble anslått til å kunne bidra til at brukerne opprettholdt egen helse og at de er potensielle kostnadseffektive. informantene brukte å gi råd til brukere som et virkemiddel i forebyggende og helsefremmende perspektiv, gjennom tips

og råd til hvordan ting kunne gjøres for å unngå ulykker, og kartlegge faktorer som kunne være en fare.

En rekke sentrale offentlige satsninger har de siste årene satt forebyggende hjemmebesøk til eldre på dagsordenen (Førland et al. 2015). Forebyggende hjemmebesøk skal bidra til å bevare og styrke funksjonsevne og helse for å forhindre innleggelse på institusjon (Førland et al, 2015). Dette samsvarer med arbeidet Silje utførte. Hun mente at mye av arbeidet hun gjorde ved hjemmebesøk var bevis og ubevist, hvor målsetningen var å påvirke brukerne i positiv retning.

#### **4.2.1 Aktivitet og deltakelse – «Det er masse fokus på fysisk aktivitet egentlig»**

Dette er underkategorien til helsefremmende og forebyggende arbeid. Underkategorien aktivitet og deltakelse ble fremhevet som en viktig del av utøvelse av ergoterapi til brukerne og et viktig moment i en bedrings prosess, og at kontinuiteten måtte opprettholdes over tid.

Målsetningen til brukerne ble trukket frem som et viktig moment i en bedrings prosess. Informantene begrunnet det med at det var meningsløst å trene hvis ikke brukerne jobbet sammen med informantene. Fokus på aktivitet og deltakelse til de som var i fare for å falle ut fra samfunnet, eller i en arena var viktig ellers hadde ikke treningen noe utbytte.

*(...)Det er masse fokus på fysisk aktivitet egentlig. Silje*

Bidrag informantene la vekt på var at brukerne skulle gjøres i stand til å delta selv om de hadde en funksjonsnedsettelse. Spesielt ble deltagelse i barnehage, skole, arbeid og sosiale sammenhenger med familie og venner fremhevet som viktig. Informantene fungerte også i noen tilfeller som motivatorer som kunne bidra til å skape litt engasjement. Dette synliggjøres i utsagnene under:

*(...)Vi kan bidra til at de prøver ting og er med litt rundt i samfunnet generelt og øver på bestemte oppgaver som kan gjøre dem i stand til å delta.” Ove*

*(...) Sørg for at de får delta å være med selv om de har et problem så skal ikke det være en hemsko for å være med på noe på mest mulig lik linje med de andre(...) Ove*

En annen informant så sitt forebyggende bidrag i å tilrettelegge for at brukerne kunne være uavhengige. Dette ble sett i samsvar med at det ofte var snakk om hjelpemidler som en del av

tilretteleggingen for brukerne. Det ble både fremhevet som viktig slik at brukerne kunne være aktive og delta i samfunnet på lik linje med andre. Dette synliggjøres i utsagnene under:

*Det er forebyggende på mange måter. Og det å tilrettelegge for at de kommer seg dit de vil, være uavhengig. Og når de selv ser muligheter så er det med på å forebygge. Mener jeg. Tone*

*Det er klart at det gjør noe forebyggende (...) det å kunne komme seg bort, det å kunne gjøre ting. (...)det er jo en forebygging hold på å si psykisk for ikke å bli isolert, og delta i denne verden på lik linje med alle andre folk. Tone.*

En annen informant mente at hjelpemiddel ikke utgjorde så stor del av arbeidet og sa blant annet:

*(...)jeg har kanskje litt mer fokus på andre ting enn hjelpemidler. Jeg bruker å si at hjelpemidler er det siste tiltaket jeg setter i verk hos folk. Det er jo mye hjelpemidler, det er kjempeviktig. Silje*

En annen informant sa at ved henvisning på hjelpemidler, så kunne de se at det var andre behov som måtte prioriteres:

*”Vi prøvde å se om det var utstyr som var behovet, eller om det egentlig var behov for trening eller tilrettelegging.” Ove.*

Informantene fremhevet at det var viktig at pasientene kunne delta på lik linje med andre. Tilsvarende gjaldt for idrettslag og andre organisasjoner. Informantene mente at arbeidet som ble gjort med formidling, og deltakelse i idrett var viktig for pasientene i et helsefremmende perspektiv.

*«unge brukere har ønske om å delta i en eller annen idrettssammenheng av et eller annet slag» Tone*

Informantene mente at ved å gi informasjon om de ulike tilbudene som fantes i kommunen, hadde det positiv effekt på helsen til brukerne dersom de deltok.

*(...) De har jo eldretreffene sine og slike ting. Litt sånn her type ting, som treffer de som fortsatt er aktiv og i full vigør. Silje*

Informantene kunne bidra til at brukerne prøvde ulike aktiviteter og tilpasninger slik at de hadde mulighet til å delta i samfunnet. I startfasen av tilrettelagt trening eller tilpasninger testet informantene sammen med bruker hvilket funksjonsnivå, eller fysisk form brukeren var i. Testene de benyttet var varierte fra fysiske tester til tester som var oppgavefokuserede,



avhengig målsetningen til brukeren. Slik fikk informanten lokket motivasjon i brukeren.

*(«hvordan kan vi legge til rette for at vedkommende kan mestre lengst mulig...» Kari).*

Brukerne fikk da i mange tilfeller se at de var blitt sterkere, eller at de håndterte oppgaver bedre nå enn på et tidligere stadium. En slik strategi sammen med brukerne gjorde at de fikk opp mestringsfølelse og over tid mestret de oppgaven på lang sikt.

Informantene ga uttrykk for at de forsøkte å utnytte potensialet for bedring til brukerne gjennom trening, tilrettelegging og tett samarbeid. En balanse mellom fysisk, mentalt og sosialt velvære oppnås gjennom meningsfull aktivitet (Brownson & Scaffa, 2001). Potensialet til bedring som ergoterapeutene snakker om, kan også knyttes til Antonovskys (2000) modell som definerer helse som et kontinuum, altså grader av helse. Helsen er ikke bare et mål i salutogenetisk tenkning, men også et middel for et godt liv, og en måte å forholde seg til faktorer som fremmer eller styrker helsen (Antonovsky 2000., Sletteland & Donovan, 2012). Man bør i en slik tenkning fokusere på menneskets ressurser og evne til å skape god helse fremfor å fokusere på hva som fører til dårlig eller negativ helse (Mæland 2010). Det salutogene fokuset kan blant annet forstås ut fra deres aktivitetssyn. De er opptatt av folks hverdagsliv, og de snakker om at aktiviteter handler om å gi hverdagen innhold. Dette er i tråd med Ottawa Charter (Mæland, 2010). World Health Organization, (1986) som sier at helse skapes der hvor folk er og at helse skal ses på som en ressurs i hverdagslivet. Ergoterapeuter har ofte stor påvirkningskraft ovenfor brukerne, derfor er det viktig at måten vår hensikt blir formidler slik at brukeren opplever kontroll over egen helse (Hauge & Mittelmark, 2006., NOU, 1998:18). For at brukerne skal bli klar over egne ressurser, ønsker og muligheter er det viktig med kommunikasjon med fokus på dialog med brukerne (Hauge & Mittelmark, 2006). *(...)Sørge for at de får delta å være med selv om de har et problem (...)* Ove.

En del av rollen til ergoterapeuter er å forstå positive og negative utfall (Brownson and Scaffa, 2001) Ved å motivere brukerne ved å legge til rette for aktivitet kunne brukeren oppnå forbedring senere i livet (Brownson and Scaffa, 2001). Nasjonale anbefalinger for ulike nivå av fysisk aktivitet for å opprettholde helse, eller redusere risiko, har ikke i anbefalingen tatt høyde for å tilpasse eller endre aktiviteter for brukere med ulik helse eller funksjon (Brownson and Scaffa, 2001). Planleggingen av en atferdsendring bør innbefatte mulighetene for tilbakefall og strategier for å mestre disse (Mæland 2010). Informantene fremhevet deltagelse i barnehage, skole, arbeid og sosiale sammenhenger med familie og venner. På dette nivået av helsefremming kan ergoterapeuter bidra til å fremme fysisk aktivitet for alle, også de med nedsatt funksjonsevne ved å tilpasses aktivitetene til å være hensiktsmessige

endre omgivelsene og utstyr etter behov i treningsmiljøer (Brownson and Scaffa, 2001). I det forebyggende arbeidet beskrev informantene fokus på tilrettelegging, aktivitet i dagliglivet og fysisk aktivitet. Folkehelseoven (2011) har til formål å bidra til samfunnsutvikling som fremmer folkehelsen. Aktivitet og deltakelse i samfunnet er en viktig faktor for å nå dette målet. For å utøve godt forebyggende arbeid er det vesentlig å være klare over helsedeterminanter i samfunnet (Sletteland & Donovan, 2012). Samfunnet har de siste 30 årene vært i en endring fra daglig aktivitet, til opptil to timer tv titting (Sletteland & Donovan, 2012). I dag brukes bil og alternative metoder for å komme seg rundt, i stede for å gå eller sykle (Sletteland & Donovan, 2012).

Gronski (2013) beskriver at ergoterapeuter har en unik mulighet til å være involvert, spesielt for barn med psykisk helse. Ergoterapeuter som jobber i kommunehelsetjenesten kan fungere til å lede arbeidet med å etablere og implementere tiltak rundt barn (Gronski et al., 2013). Informantenes fokus på aktivitet og deltakelse henger tett sammen med Helse- og omsorgstjenestelovens formål om å tilrettelegge for mestring av sykdom, skade lidelse og nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgstjenesteloven). Felles for informantene var at dersom man klarte å bygge på det brukeren hadde lyst til og finne løsninger sammen for å fremme aktivitet, kunne man unngå isolasjon og manglende deltakelse – altså man jobbet man forebyggende. For brukere som sto i fare for å ikke kunne delta, skulle det lite til for falle mot bedring eller falle mot en forverring av helse. Informantene reflekterte over viktigheten av å tenke mer forebyggende med fokus på at pasientene skal tidlig hjem fra institusjoner, og at tilbudene måtte stå klare.

Informantene hadde ofte fokus på hjelpemidler som et virkemiddel i yrkesutøvelsen. I det helsefremmende arbeidet diskuterte flere av informantene hjelpemidler som et bidrag for brukerne. Hjelpemidlene var en del av tilbudet de kunne tilby brukerne, avhengig av hvilke utfordringer brukeren hadde. For at brukerne skulle kunne delta i samfunnet var det i mange tilfeller også nødvendig med hjelpemidler.

Brukerne kompenserte funksjonsfall eller funksjonsnedsettelse med hjelpemidler selv om det ikke nødvendigvis var det rette tiltaket. Informantene diskuterte hvordan internett og andre kanaler gjorde brukerne bevisste hva de hadde krav på, spesielt hva de kunne få av hjelpemidler. Informantene syntes det var viktig å ikke fokusere kun på hjelpemidler. Det begrunnet de med at ergoterapi som ressurs ikke kunne brukes kun på hjelpemidler. Samtidig verdsatte informantene hjelpemidler som en måte å få kontakt med brukerne på. Selv om det ikke alltid endte med at de søkte på hjelpemidler, viste informantene til at det var en måte å

møte folk på. Det var mange tilfeller informantene fikk henvisninger på hjelpemidler hos brukere. Informantene så på det som en måte å møte folk på, og brukerne syntes det var enkelt for hjelpemidler er konkret og ikke så skummelt. Informantene fortalte også at det ble mindre fokus på ADL (Aktivitet i dagliglivet) og trening ettersom hjelpemidler hadde tatt over mye av det tilbudet de kunne tilby. Ofte ble de løpende rundt til for å fikse hjelpemidler og andre tilrettelagte gjenstander for brukerne. Hjelpemidlene som ble prioritert var mangfoldige, fra de minste til de største som f. eks biler.

Som ergoterapeut i kommunehelsetjenesten står man ovenfor stadige endringer i brukernes funksjon og størrelse. Ove beskrev at det må være et fleksibelt apparat rundt brukerne, og at man må lære opp systemet rundt brukerne i forhold til utstyr og andre hjelpemidler. Derfor er det viktig at de som er i størst kontakt med brukerne har opplæring på ulike hjelpemidler, og kjennskap til gjeldende problematikk for brukerne. Som ergoterapeuter er man klare til å identifisere og forebyggende aspekter og er ideelt plassert i kommunehelsetjenesten (Gronski et al., 2013). AOTA støtter ergoterapeutens rolle i helsefremming, og understreker aktivitet som et viktig element i helsefremmende strategier, ikke bare til enkeltpersoner men også til befolkningen (Gronski et al., 2013). Informantene opplevde å samkjøre, skole, barnehage og de ulike arenaene som en utfordrende oppgave. Ergoterapeuter kan skape støttende miljøer og ta og ta opp de underliggende faktorene av helse og jobbe helsefremmende (Gronski et al., 2013). Selv om oppgaven var utfordrende, sa Ove «. *”Så der føler jeg at jeg virkelig får hjulpet dem med den biten.”* Ove.

Informantene mente at det var viktig å fokusere på aktivitet fokus på aktivitet til de som var i fare for å falle ut fra samfunnet, eller i en arena, var viktig ellers hadde ikke treningen noe utbytte. I følge (Brownson and Scaffa, 2001) fokuserte man på risikofaktorer som tobakk, ernæring og fysisk inaktivitet i det helsefremmende arbeidet tidligere. Mange personer med nedsatt funksjonsevne ignorerer ofte livsstil faktorer som kan være en risiko for helsen. Informantene beskriver at fokus på aktivitet til de som var i fare for å falle ut av samfunnet eller i en arena, var viktig ellers hadde ikke trening utbytte. (Brownson and Scaffa, 2001) mener at den nasjonale anbefalingen for fysisk aktivitet ikke har noen måter å tilpasse eller endre aktivitet for de med funksjonsnedsettelse, eller andre helseforhold. De beskriver at ergoterapeuter kan bidra til å fremme regelmessig fysisk aktivitet ved å tilpasse de fysiske aktivitetene til den enkelte. Primærforebygging for personer med funksjonsnedsettelse kan bli oversett på grunn av fokuset på tilstanden eller fordi praksis og anbefalinger ikke kan nå

denne befolkningen, for man antar at primærforebyggingen ikke er aktuell, eller at man ikke kan ta hensyn til funksjonsnedsettelsen (Brownson and Scaffa, 2001).

Aktivitet i dagliglivet er meningsfullt og fyller en persons hverdag og er ofte kategorisert som selvhjelp (Brownson and Scaffa, 2001). Meningen med rehabilitering ligger målet om å muliggjøre aktivitet og deltakelse hvor pasienten hører hjemme (Park, 2017). Som informantene fremhevet, ønsker unge brukere å delta i idrettssammenheng trengte rullestoler i forhold til hurtighet, eller andre faktorer for å lette treningshverdagen og aktivitetshverdagen. Informanten la vekt på at brukerne skulle kunne komme seg bort, gjøre ting som for andre kanskje er en selvfølge. Dette er arbeidet er helt i tråd med et helsefremmende og forebyggende perspektiv, hvor brukeren får mulighet til å delta på lik linje med andre. Det er mye god helse i aktivitet og deltakelse på lik linje med andre, noe som ble fremhevet av de informantene.

#### **4.2.2 Pårørende og frivillige – «Pårørende setter veldig pris på dette»**

Denne underkategorien viser til informantenes erfaring med pårørende og frivillige i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Informantene hadde lang erfaring i kommunehelsetjenesten. De opplevde å være en støtte både for brukerne og pårørende. Informantene bidro med å skape ryddige forhold rundt brukerne og da også trygghet for pårørende. Brukerne, pårørende og andre instanser forsøkte – sammen med informantene – å vinkle ut områder å jobbe mot for å slippe å henge etter i forhold til målsetninger. Tilsvarende hadde informantene hadde ofte oversikt over hvilke tilbud kommunene hadde, blant annet frivillige organisasjoner og lag. Noen av informantene mente det var forskjell å jobbe med barn og eldre. Spesielt i samarbeidet med de pårørende, da de pårørende ofte var tettere på barna enn på voksne. Informantene trakk frem i hvilken grad man hadde ansvar ovenfor pårørende når arbeidet involverte barn. Dette synliggjøres i utsagnene under:

*Det er ikke slutten på livet, men det har litt andre praktiske konsekvenser når man får en funksjonsfall og man må tenke fremover. Ove.*

*Tidligst mulig egentlig for å klare å vinkle ut områder man vil satse på slik at man slipper å komme halsende bak i forhold til målsettinger og eventuelt utstyr og alt slikt. Ove*

*For mange er jo i en slags sjokk tilstand og det er jo, det skjer jo aldri med en sjøl. Ove*

Noen av informantene fortalte at de hadde pårørendeskoler hvor de hadde ulike tema som hvordan man møter utfordrende atferd, hjelpemidler i hjemmet, varslingsystemer og

fallforebygging. Informantene fulgte opp tilbudet om pårørende skole jevnlig gjennom samtalegrupper og møter. Flere av informantene beskrev sitt samarbeid med pårørende som positivt, og at de lærer mye av å samarbeide med pårørende. På denne arenaen kunne de pårørende treffe andre i samme situasjon, og fungerte som nettverksbygging, og var et sted pårørende kunne finne støtte.

*Vi bidrar med å hjelpe pårørende hva de kan se etter, samtaler, opplysning om sykdommen og hvilke tilbud som finnes i kommunen. Silje.*

Informantene verdsetter også samarbeidet med pårørende og sier at de lærer mye av hverandre. De pårørende har betraktninger både hvordan de opplever hjelpeapparatet på positiv og negativ, og hvordan kunnskap de har på hva som fungerer.

*"Pårørende setter veldig pris på dette, fordi de trenger noen til å det hjelper dem (...)  
Og det blir litt nettverksbygging også, de treffer andre i samme situasjon. Så det er en litt artig måte å jobbe på." Ove.*

Informantene hadde god erfaring med ulike frivillige grupper som de samarbeidet med, eller gav informasjon om til pasientene de møtte i arbeidshverdagen.

*Det går også mye på forebygging. Det er også en helt frivillig organisasjon, under selvhjelp Norge. De driver aktivt, med selvhjelpsgrupper som driver seg selv videre. Silje  
Men en selvhjelpsgruppe er jo selvhjelp, der likemannsarbeid, sånn type der man har grupper som er taushetsbelagt og kan luften det de måtte ønske. Silje*

En informant mente at idrettslag ofte kunne være en utfordring for brukerne som ikke hadde mulighet til å delta på lik linje med alle andre:

*"Tilbudene fra idrettslag er ofte rettet mot den allmenne befolkning." Ove*

Som utsagnene til informantene viser, hadde samarbeid med pårørende og frivillige stor betydning for arbeidet med brukerne. Spesielt i et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Informantene benyttet de frivillige tilbudene som et ledd i å videreutvikle og bedre helsen til brukerne, og la opp til brukeren skulle benytte seg av tilbudene som fantes.

Informantene hadde lang erfaring i kommunehelsetjenestene og ble dermed også en støtte for brukerne og pårørende. God behandling og omsorg har stor betydning også for pårørendes helse og livskvalitet (NOU, 1998:18). Barn er ofte aktive på ulike arenaer som barnehage, skole, idrett eller andre aktiviteter. Ove mente at de ulike arenaene hadde ulike mål og tanker for hvordan ting skulle gjøres. Samtidig var det noen pårørende som gikk inn i en krise og

brukte lang tid på å komme ut av situasjonen. (...) *man kan være med å rydde litt i hodet kanskje, i et hode som er kanskje litt kaotisk(...)* Ove. Sammen med brukerne, pårørende og andre instanser vinklet informanten ut områder de måtte satse på for å slippe å komme halsende bak i forhold til målsettinger og eventuelt utsyr og slik. Ove beskrev at han forsøkte å jobbe tidligst mulig sammen med for å sette målsetninger sammen med bruker og pårørende. Brukere og pårørende er ofte i ukjente omgivelser blant helseprofesjoner, men er usikker på hva de har behov for av hjelpemidler og hva de har krav på av tjenester (Sletteland & Donovan 2012). Her kunne ergoterapeutene bidra til å skape ryddige forhold rundt brukerne og da også trygghet for pårørende.

Informantene trakk frem at de ulike frivillige organisasjonene har treff for sine brukere. Eldre treff var en arena de mente gjør en utmerket jobb i et helsefremmende perspektiv. Kari mente at hvis det kom tydeligere informasjon om tilbudene fra frivillige, kunne aktuelle brukere se hva som passet for seg, eller at pårørende kunne se at det passet til noen de kjente.

Hjemmeboende aktive eldre ble nevnt som aktuelle brukere av treningstilbud. Det er viktig at forebygging skjer i samarbeid med lokalbefolkningen (Mæland 2010). Frivillig innsats har vesentlig betydning i et folkehelseperspektiv i blant annet forebygging av sosial isolasjon og mentale lidelser (NOU, 1998:18). Frivillig arbeid kan bidra til styrking av verdier og gi mulighet til ansvar, delaktighet, mestring og kontroll som vil kunne redusere forekomsten av livsstilsrelaterte sykdommer (NOU, 1998:18). Menneskene som bor å lever i samfunnet bør gis ansvar slik at de kan bidra til at kompetanse utvikles lokalt, og bevares lokalt (Hauge & Mittelmark, 2006).

Eldre treff kan kalles selvhjelps grupper for eldre som har muligheten til å delta i. De frivillige lagene har ulike aktiviteter til blant annet eldre med trim og sosiale aktiviteter (...) *Jeg tenker at det er en måte å nå ut til folk på. Uten at det blir et helse og omsorgstilbud(...)* Kari. Informantene sier organisasjonene gjør en utmerket jobb, og at det hender de samarbeider med ergoterapeuten for å diskutere problemområder og ulike tema. Både for å samkjøre prosjekter og utveksle kontakter. *Vi har en del samarbeidsprosjekter i forhold til problemområder.* Ove. Thyness (1999) skriver at fagfolk ikke kan forvente stor takknemlighet eller avhengighet fra selvhjelpsgruppens side. Disse gruppene ønsker allierte velkommen men, vil unngå fagfolk som vet hva som er best for seg, altså paternalisme (Thyness 1999). Ove beskriver samarbeid med frivillige og selvhjelpsgrupper med utgangspunkt i problemområder, kontakt utveksling og samkjøring av prosjekter. Selvhjelpsgrupper er et uttrykk for ønsket om å stole på egne krefter, men vil godta råd når de

har bedt om det, og motstand mot styring og kontroll fra fagfolk (Thyness 1999). Mange kommuner har ulike tilbud i forhold til forebygging og helsefremmende tiltak for beboere i kommunen. Noen tilbud kommer sådan ikke fra kommunen, men fra frivillige organisasjoner som selvhjelp Norge.

Informantene beskrev at de ofte hadde oversikt over hvilke brukere som kunne være aktuelle til å benytte seg av tilbudene i kommunene. Silje sa blant annet « *Det er også en helt frivillig organisasjon, under selvhjelp Norge. De driver aktivt med selvhjelpsgrupper som driver seg selv videre* ». Et nærmiljø som inkluderer mennesker kan medvirke til endrings og utviklingsprosesser (Hauge & Mittelmark, 2006). De frivillige tilbudene som gis til alle aldersgrupper ble benyttet av informantene til å videreutvikle og bygge opp om slik at folk skulle benytte seg av tilbudene selv. Ved å flytte fokuset fra en persons funksjonsnedsettelse til samspillet mellom personen og nærmiljøet må en kjenne til hvor og med hvem den enkelte skal fungere med og hvilke krav aktiviteter på de ulike arenaene stiller (Ness et al, 2012). Dette kan gjøres i en kombinasjon av tiltak i forhold til funksjon og mestring, samt tilrettelegging av aktiviteter og omgivelser (Ness et al, 2012)

De ulike selvhjelpsgruppene har ulike formål, ideologier og arbeids- stiler og kan gir tilbud på nær sagt alle livets områder (Thyness 1999). Variasjonen i hvilke grupper som finnes i kommunene avgjøres ofte av om det er en større kommune, eller om det er tradisjoner for frivillige som stiller opp for personer som har behov for det (Thyness 1999). I intervju og analyse kom det ikke frem at det var stor forskjell mellom stor og liten kommune. De mindre kommunene syntes i større grad å benytte frivillige organisasjoner som en samarbeidspartner i et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Dette kan henge sammen med at det var få kommunalt styrte tiltak til befolkningen, og at frivillige grupper selv opprette tilbud som aktuelle brukere kunne benytte seg av. Vi har i Norge i dag et godt utarbeid velferdstilbud, men det er fortsatt utfordringer med tilbudene (Thyness 1999). Det er nettopp her at frivillige organisasjoner kan "lette på trykket" for det offentlige. Organisasjonene letter ikke bare på trykket for det offentlige, men også for personer som har muligheten, ikke minst behov hjelp kan finne sin løsning i selvhjelpsgrupper (Thyness 1999).

Ove mente at det var en vei å gå i forhold til idrettslag og tilpasning for personer med funksjonsnedsettelse. Utfordringen mener Ove er at det blir et tilbud ved siden av hovedtilbudene i idrettslag, og at det ikke blir full deltakelse for barn og unge. *"Tilbudene fra idrettslag er ofte rettet mot den allmenne befolkning."* Ove. Informanten forsøkte å bidra til at brukerne kunne delta og at ingen ting hindret de i å delta på lik linje med andre barn og unge.

Dette kan ses i sammenheng med at miljøet man er en del av har stor betydning for hvilken helse- adferd man har, og at helse skapes der folk bor, arbeider, leker og elsker (Sletteland & Donovan, 2012). Tette sosiale nettverk man bygger i idrettslag og i aktivitet er en ressurs når problemer oppstår, og styrker individers mestringsevner gjennom at de kan å hjelp fra kjente ved behov (Hauge & Mittelmark, 2006). Mæland (2010) skriver at det helsefremmende arbeidet også må involvere ”den tredje sektor” som er næringsliv og frivillige organisasjoner av alle slag. Informantene fortalte at de ofte gav opplysninger om hva som var av tilbud for de brukerne de møtte i sin arbeidshverdag. Informantene jobbet for at aktuelle brukere i kommunene skulle vite hva som skjer rundt om kring, og kunne bygge opp om de tilbudene slik at folk benytter seg av tilbudene. Samarbeid mellom fagfolk og de frivillige organisasjoner og ”naturlige hjelpere” kan utvikles og forbedres (Mæland, 2010). Kari mente at hvis det kom tydeligere frem i informasjon om tilbudene fra frivillige kunne aktuelle brukere se hva som passer for seg, eller pårørende kunne se at det passer til familiemedlemmet. Lokalsamfunnet blir fremhevet som en særlig viktig arena for helsefremmende arbeid (Sletteland & Donovan, 2012). Helsen vår blir formet der vi er, og er i konstant utvikling. Lokalsamfunnet beskrives som en viktig helsedeterminant, vi lar oss påvirke av det miljøet vi er en del av (Hauge & Mittelmark, 2006). Gjennom samhandling mellom mennesker er en ressurs når problemer oppstår (Hauge & Mittelmark, 2006).

Samarbeid mellom befolkningen og fagmiljø kan bidra til kartlegging av behov og mobilisering av felles ressurser for å iverksette ulike tiltak i nærmiljøet (Hauge & Mittelmark, 2006). Ikke bare er det viktig for de ulike faggruppene å jobbe sammen, men også for befolkningens rett til medvirkning. Det samme gjelder skoler som har hatt som mål om at alle skal integreres i skolen. (...) *Det har blitt et stort fint miljø med egne biler, og muligheter for å dra på turer og slikt(...)* Ove. Han fortalte også at det hadde kommunen endret på, slik at det var en egen enhet hvor elever med funksjonsnedsettelse hadde et eget miljø. Dette viste seg å være bedre både for elevene og de som jobbet sammen med elevene.

#### **4.2.3 Empowerment – «brukerne har løsninger selv»**

En viktig faktor for helsefremmende arbeid er å sikre at individet og samfunnet er delaktig. Det handler om at brukeren skal istandsettes til å få mer kontroll over egen helse. I dette underkapittelet vil jeg vise til resultat og drøfting rundt hvordan informantene oppmuntret til medvirkning i egen helse. Informantene var opptatt av at for at helse skulle skapes, måtte



brukerne være delaktig i prosessen. Brukerens medvirkning i tiltak og oppfølging av avgjørende for et vellykket resultat og samarbeid. Dette synliggjøres i utsagnene under:

*Så skal man ha tilpasninger inne i hjemmet. Og brukeren og det her, tilgjengelighet over alt.  
"Hvordan fungerer nå egentlig det her vi har holdt på uten brukeren". Tone*

Informanten sa videre:

*Og etter hvert så ser jeg hos brukerne at de har løsninger selv. De har sin egen måte å gjøre ting på. Tone*

Når pasientene gjorde mest mulig selv bidro dette til bedring av seg selv. En informant sa blant annet:

*Det skal som regel bare litt lengre tid så har man så mye mer igjen for det senere i livet. Ove.*

En informant mente at det var viktig å involvere brukerne:

*For at jeg bruker å si til de at det er meningsløst å gå inn å trene og slikt hvis man ikke har bruker som vil mer med seg selv. Det blir litt sånn spøtt i havet. Tone.*

Hun sa videre:

*(...)etter hvert ser jeg at brukerne har løsninger selv. De har sin egen måte å gjøre ting på, og kan fortelle hva som er best for meg, ikke slik som du sier. "Tone*

En annen informant mente det var viktig at brukerne kjente til tjenesteapparatet slik at de hadde kunnskap om hvilke muligheter som finnes:

*(...) Kjenne tjenesteapparatet og litt sånn hva er ditt eget ansvar (...) Kari*

Utsagnene til informantene viser at de mente at man måtte jobbe sammen med brukeren i en prosess slik at kontroll over egen helse kunne ivaretas og samtidig forbedre egen helse. Dette samsvarer med Ottawa Charter som beskriver helsefremming som: «*En prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse*». (Mæland, (2010:73). Det helsefremmende arbeidet skal ta utgangspunkt i brukernes egne ønsker og mål, og styrke de resursene brukerne har for god helse (Mæland, 2010). I et helsefremmende perspektiv, bidro flere av informantene med informasjonsarbeid om å vise til muligheter for egenmestring og kontroll over eget liv og økt livskvalitet. Det er alltid den enkelte selv som må ha makt og kontroll over helsen. Aktivitet ville ikke hatt godt utbytte hvis brukeren ikke ønsker å medvirke til bedre helse (Mæland, 2010). Som Tone sa selv (...)Det blir litt sånn

*spøtt i havet»*. Hovedstrategien for å fremme god helse er å påvirke forutsetningene for god helse (Mæland, 2010). Helsetilstanden i befolkningen påvirkes av ulike forhold.

I det helsefremmende arbeidet betraktes ikke folk som en målgruppe, men som aktive samarbeidspartnere (Mæland 2010). Målet og strategiene var åpne for diskusjon og påvirkning fra brukerne, og Ove var bevisst å involvere brukerne og tjenesteapparatet i alle fasene av arbeidet. Denne måten og arbeide på er med på å skape økt selvfølelse, identitet og tilhørighet (Mæland 2010). Det helsefremmende arbeidet er fleksibelt hvor aktivitetene utvikles i dialog med brukerne, hvor det siste ordet ligger hos nettopp brukerne (Mæland 2010). Selv om barnet i mange tilfeller brukte lengre tid på å gjøre aktivitetene selv, er det viktigste at barnet selv avgjør hvem, og hvordan aktivitetene skal gjøres. Ove mente at barn hadde så mye motivasjon at hvis han kunne legge til rette for aktivitet, og at barnet fikk gjøre mest mulig selv, fikk barnet et godt utbytte senere i livet. (...)for det ligger så mye motivasjon i ungene uansett at du trenger ikke drive noe motivasjonsarbeid(...) Ove. Selv om barnet i mange tilfeller brukte lengre tid ved å gjøre aktivitetene selv, enn hvis andre tok over aktiviteten, og utførte oppgaven for barnet. Ved å legge til rette for aktivitet kunne bedringen komme av seg selv. Uansett hvordan tiltak det var snakk om, så jobbet informantene med selvinnsikt og forsøkte å gjøre brukerne i stand til å prøve ut nye ting og være med i samfunnet generell er viktig for alle mennesker. Informantene hadde en tilnærming til brukerne som kunne gjøre de i stand til å tro på seg selv, og delta i samfunnet og arenaer de mestret.

En vellykket implementering av forebygging, helsefremming og behandling forutsetter en forståelse av motivasjonsteori, fordi intervensjonens suksess avhenger av at brukeren er aktivt engasjert i behandlingen og ikke passiv mottaker fra ergoterapeuten (Creek, 2002). Den viktigste forutsetningen for implementering er at brukeren kjenner en indre motivasjon (Creek, 2002). Den indre motivasjonen vil bidra til at brukeren benytter sine evner til å påvirke omgivelsene. Intervensjonen fra informantene forutsetter at brukeren motiveres til å medvirke frivillig. Mangel på motivasjon til å handle skyldes sjeldent manglende interesse for å oppnå personlige eller sosiale mål. Det er mer sannsynlig at det er en følelse av hjelpeløshet vedrørende mulighetene for at målene blir oppfylt eller ikke (Creek, 2002).

Et godt samarbeid mellom brukerne og ergoterapeuten kan avgjøres av terapeutisk strategi, som kan påvirke brukernes gjøremål, hvordan de føler seg, eller hvordan de tenker rundt endringer (Kielhofner, 2008). De terapeutiske strategiene er basert på fundamentet av klientens situasjon (Kielhofner, 2008). Derfor må ergoterapeuter tilnærme seg forsiktig og

fremheve brukernes erfaring fra sykdom (Kielhofner, 2008). Informantene løftet frem hvordan de jobbet med selvinnsikt til brukerne, og at mange ofte hadde dårlig selvinnsikt, samt lite tro på egne ressurser. Ved å tilnærme seg brukerne forsiktig, og fremheve brukerens erfaring, vil de terapeutiske strategiene kunne påvirke brukernes gjøremål og hvordan de føler seg. Ergoterapeutens rolle er å støtte opp under ansvaret for helsefremmende og forebyggende oppgaver, men til syvende og sist er hovedansvaret hos den enkelte (NOU, 1998:18).

Det Kari gjorde med å hjelpe brukerne med å kjenne tjenesteapparatet kunne føre til mer kunnskap over forhold som påvirker egen helse. Det betyr at folk må få mer kunnskap om disse forholdene, kunne påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen, og delta aktivt i arbeidet for et sunnere samfunn (Mæland, 2010). Det å oppleve at man har rimelig kontroll over sitt liv er sentralt for selvbildet og mestringssevnen. Som følge av dette har det betydning for den mentale og fysiske helsen (Mæland 2010).

Flere av informantene bidro med råd og veiledning ovenfor brukerne, slik at brukerne ble klar over og i stand til å vurdere selv hva de ønsket å delta på. Naidoo (2009) beskriver at å gi helserelatert informasjon er en viktig oppgave for de fleste i praksis, men for å kunne gi informasjon må praksis også forstå brukerne, og sørge for at informasjonen blir mottatt. Informasjonsarbeid er et virkemiddel til primærforebygging og bør formidles på en tydelig måte for å få et helseutfall (Lee & Garvin, 2003., & Helsedirektoratet, 2010). Det informantene gjorde med å hjelpe brukerne til å kjenne tjenesteapparatet kunne føre til mer kunnskap over forhold som påvirker helsen. Det betyr at folk må få mer kunnskap om disse forholdene, kunne påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen, og delta aktivt i arbeidet for et sunnere samfunn (Mæland, 2010). Det å oppleve at man har rimelig kontroll over sitt liv er sentralt for selvbildet og mestringssevnen. Som følge av dette har det betydning for den mentale og fysiske helsen (Mæland, 2010).

Ergoterapeutenes verdier, erfaringer og vil påvirke hvilken informasjon som blir gitt (Lillefjell, 2013). Å gi informasjon er ofte startpunktet for en endring av adferd (Naidoo & Wills, 2009). Kommunikasjon mellom ergoterapeut og bruker, er ofte i en setting som antar at informasjonen er nødvendig for å forbedre adferd, og over tid – helsen (Lee & Garvin, 2003). Lee (2003) beskriver at kommunikasjon mellom bruker og profesjon ofte er basert på antakelsen om individ kunnskap, holdninger og tro vil føre til endring av adferd. Ved informasjonsarbeid kan man anta at den er tilstrekkelig til å gi et bedre helseutfall til individer og populasjoner (Lee & Garvin, 2003). Når informasjon er gjort tilgjengelig, er det opp til brukerne å benytte seg av den tilegnede kunnskap (Lee & Garvin, 2003). Når

kommunikasjonen mellom informant og bruker er en dialog, og ikke monolog, fungerer de som samarbeidspartnere i det helsefremmende arbeidet med en åpen kommunikasjon (Mæland, 2010).

### **4.3 Kommunehelsetjenesten – ”vi er hele tiden litt på hælan”**

Dette er en hovedkategori som omhandler informantenes egne utsagn om forutsetninger for å jobbe helsefremmende og forebyggende i kommunehelsetjenesten. Dette hovedtema har et underkategori og et undertema. Noen av informantene beskrev utfordringer med å få tatt tak i det forebyggende arbeidet i kommunen. De begrunnet det med stor pågang fra sykehusene, nedskjæringer i kommunene og større ansvar i forhold til samhandlingsreformen gjorde at de slet med å ta tak i det forebyggende. Informantene la også vekt på at som alene ergoterapeut ble den forebyggende biten for liten. Kommunene hadde retningslinjer og lovverk å forholde seg til, som ofte ble prioritert høyere enn det forebyggende arbeidet. Noe motsigende var det at selv om informantene opplevde det krevende å jobbe forebyggende, mente Ove at dette falt kanskje falt naturlig siden man hadde grunnleggende ergoterapi som utgangspunkt. Jeg tror han mente både det helsefremmende og forebyggende, for som man ser av tidligere utsagn er det helsefremmende arbeidet noe som informantene utførte som en naturlig del av arbeidet. Informantene mente de hadde mange muligheter til å jobbe helsefremmende og forebyggende i kommunen. Dette fremheves i utsagnene under:

*Vi ser jo sånn i bølgene at nå gjør sykehuset veldig mange planlagte operasjoner da er trykket stort på hjelpemidler og trykk i forhold til fysioterapi stor, vi er hele tiden litt på hælan (...) Kari*

*(...) jeg tror vi blir nødt til å tenke mer forebyggende, men dilemmaet er at nå får vi dem tidligere hjem. Kari*

En informant mente at på grunn av alle nedskjæringene var en informant usikker på om kommunen holdt seg innenfor lovverket:

*(...) Likevel holder du deg kanskje innenfor lovverket for nødvendig helsehjelp, det gjør du nok. Tone*

Samtidig som informantene mente de ikke hadde anledning eller kapasitet til å jobbe forebyggende, mente Ove at ergoterapeuter hadde et godt utgangspunkt til å kunne jobbe helsefremmende og forebyggende:

*(...)man har liksom det her grunnleggende ergoterapi bunnen som kommer ut da, holdt på å si. Ove*

Det ble reflektert over at det var vanskelig å få tid til å jobbe systematisk og målrettet forebyggende i kommunen, men at det forebyggende arbeidet kanskje falt naturlig.

*”forebygging faller kanskje naturlig” Ove*

Ergoterapeuter bidrar ofte til individer eller grupper som har spesifikke sykdommer eller funksjonsnedsettelse (Morris & Jenkins, 2018). Fokuset på forebygging og helsefremming øker og brukertilnærmingen utfordres (Morris & Jenkins, 2018). Ergoterapeuter må skifte perspektiv og tilpasse seg filosofien om å forebygge eller redusere tilfellene av sykdom og funksjonsnedsettelse i befolkningen (Morris & Jenkins, 2018). Donnelly (2013) sier ergoterapeuter i primærhelsetjenesten tradisjonelt levert solo-utøvermodeller. I tillegg har ergoterapeuters profesjon fokusert på rehabilitering eller avhjelp kontra helsefremmende (Donnelly et. al, 2013). At informantene opplevde å ikke få tatt tak i det forebyggende arbeidet kan henge sammen med kommunenes utøvelse og behov for nødvendig helsehjelp. Donnelly (2013) mener at ergoterapeuter og primærbehandling i kommunehelsetjenesten er tilpasset hverandre. Årsaken til det, er at begge ser på en helhetlig måte og søker å støtte enkeltpersoner og samfunn for å oppnå og opprettholde en sunn livsstil (Donnelly et. al, 2013). Samtidig har det vært få praksiseksempler på ergoterapeuters rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeid (Donnelly et. al, 2013). Som jeg har vist til tidligere i dette kapittelet hadde informantene flere praksiseksempler på hva de anså som helsefremmende og forebyggende.

Informantenes utfordringer med å jobbe helsefremmende og forebyggende kan sees i sammenheng med at endringene i kommunene er rettet mot New Public Management's menneskesyn på individet rommer store potensialer, men er samtidig opptatt av å maksimere egne interesser. Lerborg (2011) kaller dette å være ”opportunistisk”. Utgangspunktet er at den styrende (kommunen) og den styrede (ergoterapeuten) ønsker i kommunens interesse å styre ergoterapeuten slik at det oppnås størst mulig utnyttelse, mens ergoterapeuten omvendt forsøker å bevare så stort egenmakt som mulige (Lerborg, 2011). Det som da skjer er at kommunen sørger for at informantene må dokumentere og vise til hva de gjør i forhold til produktivitet, aktivitet og liknende (Lerborg, 2011). Den forebyggende virksomheten har liten til ingen målbar effekt. Det kan derfor ha tenktes at det er en av grunnene som gjør det forebyggende arbeidet har mindre fokus i kommunene. Informantene mente at forebygging falt naturlig, og at de hadde et godt utgangspunkt med å kunne jobbe forebyggende. Blant

annet fikk informantene tidlig henvisninger og kunne tilnærme seg brukerne før funksjonsfallet var for stort. Nedskjæringene i kommunen fører til at kollegaer og andre ergoterapeuter står i fare for å miste jobbene sine. Kommunenes mål- og resultatstyringsform som fører til konkurranseutsetter. En annen bakdel med NPM er dokumentasjonsstyring. Resultatkontraktenes mål er økt, og derfor har det vært et stigende krav til å dokumentere at målene er blitt nådd. Sammen med økt dokumentering er det også blitt et økt fokus på evidens, dokumentasjon og evaluering (Lerborg 2011).

Farene med nedskjæring er mange, spesielt hvis kvaliteten på arbeidet blir påvirket. Lerborg (2011) mener autonomi er stikkordet. Profesjonene bør selv styre deres egen faglighet (Lerborg 2011). Lokalpolitikere og fagfolk bestemmer hva som skal ytes i praksis, og de tar avgjørelsen på grunnlag av en mest mulig samlet vurdering av kapasitet, oftest den økonomiske (Vike, H 2004). I Ove's tilfelle handlet det om en utilfredshet ovenfor brukerne av tjenesten, og at tjenesten ble ryddig og oversiktlig, ikke bare for seg selv men også de som benyttet seg av tjenesten. Han unngikk også "ventelisteklemmen" ved få fokusere helt og holdent om det det han hadde interesse for, og hva han mente var viktig (...) *bare å unngå å havne i denne ventelisteklemmen*» Ove. Olsvold (2003) skriver i sin artikkel om profesjonsetikk i helsereformens tid, hvordan helsefagenes verdispørsmål ofte er knyttet til etikkfaget der det er en fremtredende tendens til å forankre moralen i individet. Dette kan føre til at individuelt ansvar i liten grad relateres til de faktiske rammebetingelsene for profesjonenes arbeid (Olsvold 2003). Kommunene har rammer de skal følge, men ut fra informantenes utsagn har de stort sett ansvaret for profesjonsutførelsen. Informantene hadde muligheten til selv å velge hva som hva hensiktsmessig i sitt virke, noe som kan komme av engasjement til faget. De hadde ansvar i kommunen, og forvaltet det på vegne av brukerne de jobbet med. *"Jeg synes kommunen har vært flink og bruke meg ut fra den kompetansen jeg har. Men jeg har også vært der å "dette kan jeg"*. Kari. ). Kari mente at den forebyggende biten ble for liten til at hun kunne ha fokus på den. Dette viser at valget hun gjorde om å ikke jobbe forebyggende ville redusere kvaliteten på det største arbeidsområdet, som synes å være det kurative arbeidet, brukere med behov for helsetjenester.

Bakgrunnen for nedskjæring er dårlig kommuneøkonomi, og satsninger kommunene gjør er på bakgrunn av insentiver fra staten. For å kunne bidra til forebygging legges det til rette med insentiver til frisklivssentraler og andre kommunale tiltak. Derfor er det noe motsigende med at informantene ikke får tak i det forebyggende. De ergoterapeuter som jobber i kommunene har ofte avgrensede interessefelt og arbeidsoppgaver som går på det "gammeldage"

kurative arbeidsområdet. De vil også kunne beskytte dette avgrensede feltet med bakgrunn i erfaringer og trygghet. Fokuset på forebygging har økt betraktelig de senere årene, og er et ”nytt” felt for noen ergoterapeuter å bevege seg inn i. Det kan tenkes at informantene valgte å holde seg til et fagområde de opplevde trygghet og hvor de faktisk kunne vise til dokumenterte resultater. Som det kommer frem av intervju, mente en informant at for ergoterapeuter falt forebygging naturlig. Jeg tror informanten mente at dette perspektivet var en naturlig del av utførelse av ergoterapi. Ved tidlig interaksjon, tett oppfølging og fokus på mestring i hverdagen fremmet man helse og forebygget større funksjonsfall, gjennom aktivitet og deltakelse. Dette samsvarer med (Townsend, 2011) som sier at ergoterapeuter er godt kjent med sekundær og tertiær forebygging som viser til de aktiviteter som forebygger eller hindrer sykdom eller skade, eller redusere nedsatt funksjonsevne. Ergoterapi er en kunst og en vitenskap som skal muliggjøre engasjement i hverdagen gjennom betydningsfulle aktiviteter og setter mennesker i stand til å utføre betydningsfulle aktiviteter som understøtter sunnhet og trivsel (Townsend, 2011). Ove beskrev blant annet «*man lærer å tenke vidt og helhetlig tror jeg, ikke bare fokus*». Kommunene har en samfunnsoppgave som er rettet mot befolkningen og utøves gjennom påvirkning av faktorer som har positive eller negative effekter på helsen. I dette arbeidet har ergoterapeuter som alle andre helseprofesjoner en viktig rolle. Helse skapes der mennesket er, der vi lever og virker (Mæland, 2010). Den innsatsen som gjøres for helsen på tvers av sektorer i samfunnet omtales som forebyggende og helsefremmende virksomhet (Båtevik et al, 2008). Dette samsvarer med informantens utsagn om sine erfaringer i kommunehelsetjenesten i et helsefremmende og forebyggende perspektiv.

#### **4.3.1 Endringer i utøvelse av ergoterapi – ”Vi kan ikke fortsette slik vi gjør”**

I forrige kapittel løftet jeg frem forutsetningen informantene hadde til å jobbe helsefremmende og forebyggende i kommunehelsetjenesten. I dette kapitlet vil jeg vise til informantens utsagn om endringer som skjer i deres yrkesutøvelse. Kommunehelsetjenesten er i endring. Informantene hadde ulike opplevelser av hva endringene betydde, og hva de kom til å si for fremtiden. Informantene la vekt på at samhandlingsreformen kom kjapt, og at de arenaene som kommunen tidligere har hatt er i ferd med å endre seg. Noen av informantene kunne også tenkt seg å ha større påvirkningskraft på de som ”trer” ned bestemmelser og ut i kommunene som er godt ment. Hardt pressede kommuner kommer i en klemme som også går ut over de som bor i kommunen. Informantene fortalte at de sliter med å se helheten med

samhandlingsreformen, og den røde tråden som skal gå gjennom alt. Felles for informantene var at de til nå ikke hadde blitt så påvirket av samhandlingsreformen enda, og at det var litt usikkert hvordan den ville komme til å påvirke deres arbeidshverdag. Det minnes om at intervjuene ble gjennomført samme år som samhandlingsreformen, folkehelseloven og helse og omsorgstjenesteloven trådte i kraft (2012). Dette har betydning for informantenes utsagn. Dette synliggjøres i utsagnene under:

*Vi kan ikke fortsette slik som vi gjør. Verken den måten vi driver eldreomsorgen på, eller måten mange lever på, det er nødt til å skje noe, om noen år så er det ikke nok folk lengre til å ta seg av, altså ta den omsorgsrollen som trengs i Norge og verden så man må begynne å tenke annerledes. Ove*

*Vi ser at vi ikke har mulighet til å fortsette i samme spor som tidligere. Måten tjenesten blir gitt på i dag, slik jeg ser det nesten umulig å klare å fortsette med i fremtiden. Silje.*

Endringene som kommer for kommunehelsetjenesten fremsto som uklart for de fleste informantene. Kommunene i endring førte til at det var nedskjæringer i forhold til ressurser. Dette synliggjøres i disse utsagnene:

*(...) man lurer noen ganger på hvem de har konferert med på en måte. Ove*

*(...) Men det er ingen ressurser som følger med disse visjonene. Tone*

*Det er så til kniven, det er helt nedskjært. Da går det litt på stumpen. Tone*

Når vi diskuterte spesifikk hva samhandlingsreformen kom til å si for ergoterapeutene ble det blant annet sakt:

*(...) Fine ord og flott på papir (...)den kan vell bare henge der i luften (...) Tone*

*jeg har ikke klart å finne ut helt enda hva det kommer til å bety(....)Jeg ser ikke helt hvordan den kommer til å slå inn. Kari.*

Det Tone mente med dette, slik jeg forstår det, at målene for samhandlingsreformen er for omfattende. Hun mente at kommunen manglet både kompetanse og ressurser til å kunne ta i mot den massive pasienttilgangen fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skriver ut pasientene mye tidligere enn før, noe som krever større innsats fra kommunene som tar i mot pasientene etter utskriving.

Silje hadde et utsagn i forhold til samhandlingsreformen og sa som følger:



*”Jeg føler at, det er mye av det her med samhandlingsreformen, de her måtene å tenke på er så mye ergoterapeutisk at ergoterapien har hatt stor påvirkning på alle de her prosessene som går. På en eller annen måte. Jeg regner ikke med di har ramlet ned fra himmelen disse tankene som går. ”.Silje*

Som det kommer frem av utsagnene til informantene var de usikre på hva som kom til å skje videre i kommunehelsetjenesten. De var godt klar over hvilke insentiver som var planlagt, og hvilke grep kommunene måtte gjøre for å være i stand til å ta i mot endrede brukergrupper og nye måter å tenke på. Når intervjuene ble gjort, var dette i startfasen av de lovpålagte endringene i kommunehelsetjenesten. Det har også fått følger for hva som ble delt av informantene. Det var mye usikkerhet, samtidig som de var sikre på at kommunene og de selv måtte gjøre endringer. At ergoterapeuter hadde hatt påvirkning på prosessene som skjedde/- og skjer i kommunehelsetjenesten er et interessant utsagn.

Endringene i kommunene fører med seg gir store utfordringer i forhold til å bevare og videreutvikle de sentrale velferdsordningene i Norge. Nye strukturer krever vilje og mot innenfor flere samfunnssektorer. Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av økonomi og bosted vil fortsatt være den Norske velferdsmodell (St.meld.nr 47). Informantene var klar over at nå som samhandlingsreformen og nye lovverk var et aktuelt tema for alle helseprofesjoner ville føre til at kommunene setter opp ulike tiltak for å møte disse rammene. De mente at det var nødvendig med endringer i kommunehelsetjenesten, som Ove uttrykte (...) *Vi kan ikke fortsette slik som vi gjør(...)*. De av informantene som hadde direkte kontakt med pasienter fra sykehusene og som å samarbeide tett med fysioterapeutene så at presset økte på kommunene. Spesialisthelsetjenesten skriver ut pasientene mye tidligere enn før, noe som krever større innsats fra kommunene som tar i mot pasientene etter utskriving. De helhetlige pasientforløpene skal legge bedre til rette for at pasienter med behov for spesialiserte tjenester finner den rette kompetansen.

Samhandlingsreformen søker etter helhet i helse- og omsorgssektoren, men det synes å gi større ansvar på kommunens enkelte arbeid. Informantene mente at kommunene hadde en lang vei å gå for å oppfylle de rammene reformen er laget til. Felles for informantene var at intensjonene med reformen er gode, men at ressursene manglet for å kunne møte ambisjonene til samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen skal i større grad oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpene tidlige faser (St.meld.nr 47). Det skal satses på forebyggende og helsefremmende tjenester i kommunene, men når informantene slite med ventelister åpner det seg ikke rom for helsefremmende og forebyggingene arbeid. Kommunen

får insentiver for å understøtte den ønskede oppgaveløsningen og gi grunnlag for gode pasienttilbud og ikke minst kostnadseffektive løsninger (St.meld.nr 47).

Informantene hadde ulike opplevelser av hva endringene i kommunen betydde, og hva de kom til å si for fremtiden. Informantene la vekt på at samhandlingsreformen kom kjapt, og at de arenaene som kommunen tidligere har hatt er i ferd med å endre seg. Noen av informantene kunne også tenkt seg å ha større påvirkningskraft på de som "trer" ned bestemmelser og ut i kommunene som er godt ment. Hardt pressede kommuner kommer i en klemme som også går ut over de som bor i kommunen. Brukerne av tjenestene er ofte syke eller har behov for hjelp i en eller annen grad. Lerborg (2011) sier profesjonene har tillitt til egne kompetanser, og det kommer av utdanningsmessig bakgrunn og at de faglige organisasjonene spiller stor rolle når man skal styre eller forså. De profesjonelle er ofte mer lojale ovenfor deres profesjon og kollegaer enn ovenfor institusjoner eller arbeidsplasser (Lerborg, 2011). Ergoterapeutene uttrykker bekymring for hvordan nedskjæringer vil påvirke arbeidshverdagen, og farene med nedskjæringer er mange, spesielt hvis kvaliteten på arbeidet blir påvirket (Lerborg, 2011. Stortingsmelding 26 (2014-2015) beskriver at det er mange utfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 26). Det er en målsetning om at fremtidens tjeneste skal ha nødvendig fleksibilitet og omstillingsevne (Meld. St. 26). Friheten informantene hadde til å variere arbeidsoppgaver kan relateres til hvordan kommunene selv får i oppgave å avgjøre hvordan tilbudene skal være. Kommunene i endring er et forsøk på å skape et bedre samfunn ved hjelp av resurser og nye forbedrede ordninger fra velferdsstaten, gjennom reformer og lovverk (Vike 2004). De som er ansvarlige for å realisere de gode hensiktene av reformen og lovverket er de som utøver praksis i kommunehelsetjenesten, deriblant informantene. Som jeg har vist til tidligere fokuserte informantene på hva som var hensiktsmessig i sin fagutøvelse, basert på hva som hadde skjedd andre steder i verden og hvordan de ønsket å jobbe innenfor de rammer tjenesten lå under.

Spenningen mellom profesjoner og byråkrati kan lede til spenninger og konflikter mellom profesjonell autonomi og administrativ styring (Molander & Terum, 2010). Kommunal administrasjon må basere seg på tillitt til utøverne, til deres kompetanse og motivasjon, men den kan ikke alene sikre oppfyllelsen til krav om tjenesteytingens kvalitet, effektivitet, behovstilpasning og rettferdighet (Molander & Terum, 2010). Trivsel, mulighetene til å endre arbeidsoppgaver og samtidig få noen nye i et fellesskap med andre profesjoner var hovedargumentene for de gode erfaringene til informantene. Kvaliteten på tjenestene og

forholdene for pasientene i møte med helsevesenet kan i stor grad være avhengig av at helseprofesjonene har gode arbeidsforhold og gis mulighet til å foreta handlingsvalg som fremmer deres egen moralske integritet og dømmekraft (Olsvold, 2003). Friheten informantene hadde til å variere arbeidsoppgaver kan relateres til hvordan kommunene selv får i oppgave å avgjøre hvordan tilbudene skal være. Kommunene i endring er et forsøk på å skape et bedre samfunn ved hjelp av resurser og nye forbedrede ordninger fra velferdsstaten, gjennom reformer og lovverk (Vike, 2004). De som er ansvarlige for å realisere de gode hensiktene av reformen og lovverket er de som utøver praksis i kommunehelsetjenesten, deriblant ergoterapeutene. Informantene fokuserte på hva som var hensiktsmessig i sin fagutøvelse, basert på hva som hadde skjedd andre steder i verden og hvordan de ønsket å jobbe innenfor de rammer tjenesten lå under. Ove viste til hvordan han prioriterte sin fagutøvelse i samsvar med sin øverste leder. Kommuneledelsen styrer ofte enheten gjennom krav til budsjett, men ansvaret for tjenesten delegeres til lederne som må vise at de kan levere gode tjenester til brukerne innenfor det gitte budsjettet (Rasmussen, 2011). Lederne er avhengig av sine ansatte for å få informantene til å gjøre sitt beste i å levere gode pleie- og omsorgstjenester til alle som har rett til det, på tross av knepne eller utilstrekkelige resurser (Rasmussen, 2011). Informantene viste også til måten eldreomsorgen drives, og den kommende eldrebølgen. Som et ledd i det arbeidet med å endre måten eldreomsorgen drives på peker informantene på hverdagsrehabilitering som et positivt virkemiddel i endring av helsetjenestene.

*«Jeg føler at, det er mye av det her med samhandlingsreformen, de her måtene å tenke på er så mye ergoterapeutisk(...)Silje.* Dette er et meget interessant utsagn som kan forklare noe av prosessene med helhetlig tankegang i samhandlingsreformen. Det har aldri tidligere vært et slikt fokus på helhetlige tjenester i helse- og omsorgssektoren. Dette kan vi se i sammenheng med evidensbasert medisin hvor Helge Ramsdal beskriver hvordan evidensbasert medisin har blitt en sentral del av helsepolitikken i alle moderne samfunn (Grimen & Terum, 2009). Selv om helse- og sosialsektoren er organisert, finansiert og styrt på flere ulike måter legger den evidensbaserte medisin premisser for utviklingen av helsearbeid (Grimen & Terum, 2009). Den påvirkningen ergoterapeuter og andre helsefag profesjoner har kommet av evidensbasert medisin. Den vitenskapelige baserte kunnskap vi produserer er ment til å endre atferd (Grimen & Terum, 2009). Når prosessene fra kunnskap blir til regler handler det om vitenskapelig basert kunnskap blir regler for atferd (Grimen & Terum, 2009). Informanten mente at mye av måtene å tenke på i samhandlingsreformen var ergoterapeutisk, at hun mente

at ergoterapeuter måtte hatt stor påvirkning på prosessen. *”jeg regner ikke med de ramlet ned fra himmelen disse tankene som går”* Silje. Samhandlingsreformen søker etter helhet i helse- og omsorgssektoren, men det synes å gi større ansvar på kommunens enkelte arbeid.

Informantene mente at kommunene hadde en lang vei å gå for å oppfylle de rammene reformen er laget til. Felles var at intensjonene med reformen er gode, men at resursene manglet for å kunne møte ambisjonene til samhandlingsreformen. (...) *Vi har store geografiske områder hvor vi må prioritere hva som skal gjøres.*” Trine. Med samhandlingsreformen og hvor pasienter tidligst mulig skal ut av spesialisthelsetjenesten som sykehus får informantene epikriser der de får vite hva de har jobbet med på sykehuset og pasientens problematikk. Silje påpekte at i Nord- Norge har vi store geografiske områder hvor man må prioritere hva man skal gjøre. Hos henne fikk man ikke tid til ADL trening for hun brukte mer tid på kjøring til brukerne enn selve ADL treningen. Dermed blir det også store forskjeller fra sykehuset til pasientene kommer hjem. På sykehusene er det tett oppfølging av ulike helseprofesjoner. Men det er det ikke når de kommer hjem.

Det er viktig å flytte fokus fra sykdom og diagnose til funksjon og mestring, og her har ergoterapeuter synliggjort sin rolle ved å gi konkrete råd og innspill for rehabilitering og forebygging i Norge. Det kan man blant annet se av st.meld. 26 (2014-2015) hvor helse og omsorgsdepartementet legger frem tiltak som skal legge til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste. Den la også føringer for at ergoterapi skulle bli en lovpålagt tjeneste, blant annet med begrunnelsen av at kommunene skal få større ansvar og flere oppgaver innen særlig habilitering/rehabilitering (St.meld.nr. 26). Informantene hadde altså rett, ergoterapeuter har bidratt aktivt på alle nivå i utarbeidelse av handlingsplaner, og spesielt i forhold til rehabilitering og habilitering.

Ergoterapeutene skaper og formidler organisasjonens produkt i møtet med brukerne, og bærer dermed organisasjonens ansvar på egne skuldre (Olsvold 2003). Ut fra de tilbakemeldingen informantene hadde, viser det at de gjør en god jobb som organisasjonens flaggbærer. Informantenes utsagn kan tyde på at de er moralsk forpliktet til å ta ansvar for å utføre det kommunen måtte prioritere gjennom lovgivning og handlingsplaner har forpliktet seg til å gjøre, men hvis de skal holde budsjettet ikke har råd til å legge til rette for alle aktiviteter (Olsvold 2003). Dermed må informantene på best mulig måte legge til rette for at både bruker av tjenesten, og at de forholder seg innenfor lovgivning og de vedtatte handlingsplanene.

#### **4.3.1.1 Hverdagsrehabilitering – ”Ergoterapeuter som nøkkelpersoner”**

På bakgrunn av endringene i kommunehelsetjenesten tok informantene opp hverdagsrehabilitering som et satsningsområde de kun hadde sett noen få eksempler på. Informantene anså oppstart av hverdagsrehabilitering i kommunene som et viktig bidrag i fremtiden for det forebyggende arbeidet. I dette kapittelet vil jeg vise til hva informantene sa om hverdagsrehabilitering, og til slutt drøfte hvilke endringer dette har ført til. Som nevnt tidligere ble intervjuene gjennomført på et tidspunkt hvor mye var uavklart i kommunehelsetjenesten. Det var mange insentiver som var planlagt og i oppstartsfase. Blant annet hverdagsrehabilitering. Utsagnene nedenfor viser informantenes refleksjon over hverdagsrehabilitering:

*”Hvis vi klarer å implementere den tankegangen i alle ledd i hele pleie- og omsorgssektoren så kommer du ganske langt, eller et langt steg på veien, og med de holdningene” Silje.*

*”Det er altså den tankegangen jeg tenker at folk som skal inn å hjelpe folk må vite om, også klare å bygge opp under.” Kari.*

*”Jeg ser jo det at med hverdagsrehabilitering må jeg enten prioritere bort noe, eller få en til ergoterapeut.... et langt steg på veien, med de holdningene.” Kari*

*”I disse teamene er det ergoterapeuter som er tiltenkt nøkkelpersoner, altså som veilederroller, og det her for typer hjemme- trenere som er tenkt da. Og da må ergoterapeutene ha erfaring i dette og vite hva det er snakk om.” Ove.*

*”Egenverdet til hver enkelt person som vi i helsevesenet er i kontakt med å få fokus på det i hele kommunen.” Silje.*

Informantene hadde nettopp begynt å se på mulighetene for hverdagsrehabilitering i egen kommune. De mente at det var en viktig tankegang i hele pleie- og somsorgssektoren. Det ble også reflektert over farene ved å bare kaste seg over hverdagsrehabiliteringen. Det ble fremhevet av noen av informantene at det måtte bygges sakte men sikkert, slik at alle jobbet i samme retning med prinsippet om hverdagsrehabilitering. Med det presset kommunene står ovenfor i utviklingen av helsetjenestene må tjenestene også endres mot det samfunnet vi har i dag. Blant annet kommer den mye omtalte eldrebølgen. Det fører til en del endringer i samfunnet, og hverdagsrehabilitering kan ses på som et ledd i dette arbeidet. Hverdagsrehabiliteringen mente de ville tvinge seg frem, ved å gå inn tidlig med mye

ressurser til aktuelle brukere av hverdagsrehabilitering, heller slippe av ressursene etter hvert. Informantene ønsket å ha fokus på trening, tilrettelegging og hjelpemidler gjennom fokus på hva brukerne egentlig ønsket, og hvordan de ville ha det i livet. Informantene mente at å kunne ta i mot folk og sørge for at de som evner det og har potensialet til å fortsette å bo hjemme var viktig.

Hverdagsrehabilitering var et prosjekt som anbefales til kommuner i et ledd om i å gjennomføre samhandlingsreformen, og skal støtte opp om tenkningen om helsefremming og forebygging (NOU, 2011:11., & Ness et al, 2012). Kommunene skal fremme helse, aktivitet og deltagelse hos en økende andel eldre, forebygge livsstilssykdommer, og gjennomføre holdningsendringer i befolkningen og helsetjenesten fra behandling- og kompensere kultur til mestringskultur (Ness et al, 2012). Hverdagsrehabilitering er ment som et forebyggende og rehabiliterende tankesett. Dette tiltaket i kommunene kan bidra til mål om en aktiv alderdom, og kvalitativt bedre tjenester for innbyggerne (Ness et al, 2012).

Ness (2012) beskriver at utviklingen mot hverdagsrehabilitering synliggjør et behov for nasjonal koordinering og støtte til utviklingen av hverdagsrehabilitering i Norge. WHO (2011) mener nasjoner har hatt flere tiår på å forberede årene med flere eldre.

Hverdagsrehabilitering vil medføre en dreining fra kompensere tiltak til aktivisering og egenmestring i hverdagen (St. meld. nr. 19). Det vil kunne medføre vedlikehold av funksjon og helse, og dermed utsette mer omfattende pleiebehov og igjen medføre økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos brukerne (St. meld. nr. 19). Dette samsvarer med informantenes tilnærming og syn på hverdagsrehabilitering (...)*Ved å gå inn tidlig med mye ressurser til aktuelle brukere av hverdagsrehabilitering og heller slippe av ressurser etter hvert» Ove.*

Hjemmerehabilitering er et satsningsområde flere kommuner velger. Tanken er her at man skal hjem til spesielt eldre og kartlegge så tidlig som mulig hvilke behov som ligger til grunn for at brukerne skal kunne være hjemme lengst mulig.

I arbeidet med hverdagsrehabilitering er tanken at fysioterapeuter og ergoterapeuter skal få en form for nøkkelroller, noe som samsvarer med utsagnet til Ove (...)*disse teamene er det ergoterapeuter som er tiltenkt nøkkelpersoner(...)*. Det innebærer at hjemmetjenesten eller hjemme trenere skal fortsette det daglige arbeidet med brukerne av tjenesten. Ergoterapeuter kartlegger hva brukernes målsetninger, og hva som skal jobbes med. Hverdagsrehabilitering som metode går ut på å gi de som for eksempel mottar hjemmesykepleie eller annen bistand, trenes opp til å bli mer selvhjulpne (NOU, 2011:11). Treningen foregår i eget hjem og skal ta utgangspunkt i ressurser, ønsker og muligheter (NOU, 2011:11). Dette arbeidet er tertiær

forebygging, og betyr at innsatsen rettes mot noen som står i fare for å få funksjonsfall. En viktig del av rehabiliteringen er å forebygge tilbakefall, og sørge for at atferdsendringen holdes fast over tid (Mæland, 2010). Arbeidet med kompenserende tiltak etter hvert som funksjonsevnen avtar skal føres over mot mye ressurser i tidlig, med håp om å bryte opp en ond sirkel og hindre eller redusere funksjonstap. (NOU, 2011:11). Det gjør at brukerne kan være uavhengig av et tjenesteapparat. Dette innebærer at man må drive oppsøkende virksomhet, tidlig intervensjon for å ”finne” de som ikke allerede benytter seg av tjenesteapparatet (NOU, 2011:11). Fra et faglig ståsted blir det også lettere å se brukeren i sammenheng med sitt eget miljø, individuelle utfordringer og kunne legge opp treningen på riktig nivå (NOU, 2011:11). I Norge har fokuset kommet på hverdagsrehabilitering, og regjeringen vil bidra til en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom større vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig innsats (St.meld.nr 16).

Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i å avdekke hvilke muligheter brukeren selv har til å bidra aktivt med å gjenopprette eller øke tidligere funksjonsnivå (Ness et al, 2012). Det er viktig at brukernes egne ressurser, ønsker og personlige mål er utgangspunktet for arbeidet (Ness et al, 2012). Brukerne skal være med på å beskrive og definere hva som er vesentlig for å kunne oppnå mestring i eget liv i større grad tradisjonelle tjenester (Ness et al, 2012). Tiltakene blir rettet mot aktivisering og egenmestring i hverdagen, i motsetning til kompenserende tiltak (Ness et al, 2012). Hverdagsrehabilitering skal føre til at brukerne bevarer og vedlikeholder funksjonsnivå og helse, og dermed utsette pleiebehovet. Den er også ment som en forebyggende tjeneste for kommunen (Ness et al, 2012).

Allerede i planlegging og rapport for hverdagsrehabilitering legges grunnlaget på samarbeid mellom ulike profesjoner. Ulike profesjoner har bidratt i prosessen med hverdagsrehabilitering gjennom ”hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering” (Ness et al, 2012). Den har blitt til gjennom et tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og forbundene. Rapporten er et grunnlag for kommuner med planer om et tilbud til hverdagsrehabilitering og gir eksempler på god praksis for kommunene. Kari mente at det var viktig at alle hadde samme tankegang. Rapporten viser også til at det har vært stor interesse rundt teamet hverdagsrehabilitering fra ulike kommuner. Silje mente at alle måtte dra i samme retning, og at det måtte implementeres sakte men sikkert, «(...)så kommer du ganske langt, eller et langt steg på veien, og med de holdningene» Silje.

Samhandlingsreformen skal innføres sakte men sikkert, men som man ser ut fra rapport hverdagsrehabilitering, er kommunene hissige på grøten (Ness et al, 2012). Det er behov for å

dokumentere erfaring og utprøving av ulike modeller, verktøy og arbeidsformer tilpasset behovet i Norske kommuner (Ness et al, 2012).

Ergoterapeuters kartlegging, og fokus på aktivitet og deltakelse er viktige grunnkjerne i hverdagsrehabilitering. Informantene beskriver kartlegging som en viktig del av arbeidshverdagen. I rapport for hverdagsrehabilitering (Ness et al, 2012) beskrives det kartlegging at kartlegging kan gjøres på flere måter. Det avhenger av brukers ønsker, opplevelser og funksjon med tanke på å utarbeide mål, tiltaksplaner og evaluering av måloppnåelse. Det legges også vekt på hvordan pårørende og medarbeidere erfarer tjenesten som tilbys. COPM (Canadian Occupational Performance Measure) er et ergoterapeutisk kartleggingsredskap som ofte brukes av ergoterapeuter til å kartlegge nåværende ønsker og erfaringer.

Informantenes fokus på hva folk egentlig ønsker, med fokus på aktivitet og deltagelse, er helt i ledd med hva hverdagsrehabilitering egentlig handler om. Det handler om at brukerne av hverdagsrehabilitering selv sier hva de ønsker og blir inkludert. Brukermedvirkning er et viktig ledd for at hverdagsrehabiliteringen skal bli vellykket og et mål i seg selv. Silje mente at å bygge opp om tankegangen om brukernes egne ønsker, er viktig for alle helsefagprofesjonene. *Egenverdet til hver enkelt person som vi i helsevesenet er i kontakt med å få fokus på det i hele kommunen.*” Silje. Hverdagsrehabilitering er ikke et begrep som er benyttet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011), og ikke i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Ness et al, 2012., Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, (2011),.Forskrift om habilitering og rehabilitering, (2011)). Hverdagsrehabilitering kan derfor ses på som en arbeidsform som samsvarer med lovens intensjoner og definisjon av rehabilitering (Ness et al, 2012). Helsetjenesten skal vri innsatsen mot forebygging og tidlig innsats mot risikofaktorer på individnivå. I forhold til tjenesteperspektivet skal helse og omsorgstjenesteloven skal tilby forebyggende tjenester og nye oppgaver i forhold til spesialisthelsetjenesten. Dette skal vris mot folkehelseperspektivet som legger vekt på innsats mot faktorer som påvirker risiko for helse i befolkningen. Dette skal folkehelseloven (2011) sørge for gjennom bredt samfunnsrettet folkehelsearbeid.



## 5 Avslutning

Jeg har forsøkt å finne svar på hvordan ergoterapeuter utøver og erfarer helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten. De viktigste trekkene i funnene er at ergoterapeuter utfører både helsefremmende og forebyggende arbeid. Samtidig opplever de å komme i klemme mellom krav til tjeneste og hva som er praktisk mulig å gjennomføre. Det økonomiske ressursene var tilnærmet like i store og små kommuner, og felles for mange var at de ikke hadde verken tid eller anledning til å jobbe målrettet og systematisk med helsefremmende og forebyggende arbeid. Forskjellen mellom store og små kommuner, var at i de minste kommunene var det ofte bare en ergoterapeut. Det førte til at informantene i stor grad måtte prioritere sine valg av utførelse av ergoterapi i kommunen. I de litt større kommunene hadde de også mulighet til å prioritere innsats mot brukergrupper de mente var viktigst. Det forebyggende og helsefremmende arbeidet har liten målbar effekt, og ser ut til å være en av grunnene til at helsefremming og forebygging har mindre fokus blant ergoterapeutene. Til tross for utfordringer med nedskjæringer, viser funnene at ergoterapeuter ofte bidrar til individer eller grupper med funksjonsnedsettelse i et helsefremmende og forebyggende perspektiv.

Hovedtrekk i studien er at informantene snakket om sitt bidrag til helsefremmende og forebyggende arbeid som et felles begrep. Funnene viser at begrepene var tett knyttet til hverandre i arbeidshverdagen. En av årsakene til dette er at informantene ofte ble involvert etter at de hadde fått henvisning. Likevel hadde ergoterapeutene mulighet til å identifisere helsefremmende og forebyggende aspekter i arbeidshverdagen. Gjennomgående i studien var ergoterapeutenes fokus på økt, eller bedret funksjon i hverdagen. Dette ble sett i sammenheng med mennesket i et helhetlig perspektiv, fysisk og psykisk i samspill med omgivelsene.

Et skille mellom forebygging og helsefremming ble ikke vurdert nødvendig, siden ergoterapeutene vektla prosessen som den viktigste faktoren for helsefremming og forebygging. Aktivitet og deltakelse på ulike nivå hadde et viktig helsefremmende og forebyggende aspekt i ergoterapeutenes arbeid, og et viktig moment i en bedrings prosess. De la vekt på at brukerne skulle gjøres i stand til å delta selv om de hadde en funksjonsnedsettelse.

Funnene viser at det det var på flere områder informantene mente å utføre helsefremmende og forebyggende arbeid. De ulike områdene som ble fremhevet hadde i stor grad samme målsetning, som omhandlet aktivitet og deltakelse. Dette vurderte informantene å henge

sammen med en helhetlig tilnærming ovenfor brukerne. Ved tidlig interaksjon hadde de mulighet til å kartlegge funksjon, muligheter og begrensninger. Sammen med brukeren la de til rette for å mestre eget liv i større grad gjennom aktivitet og deltakelse. I helhetstilnærmingen hadde informantene mulighet til å sette seg inn i hva som utgjorde en helse- og livsrisiko for brukeren. Blant annet gjennom strukturert kartlegging, noe som kunne bidra til bedre helse, og forebygge tilbakefall eller faktorer som påvirket helsen negativt. Viktige tiltak informantene benyttet var ofte hjelpemidler til brukeren. Slik kunne brukeren delta aktivt sammen med andre.

Informantene relaterte pårørende og frivillige som en viktig bidragsyter til det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Informantene jobbet i flere tilfeller tett med ulike organisasjoner, og ikke minst satte de brukerne i stand til å kunne delta i de ulike tilbudene kommunene hadde. I det helsefremmende og forebyggende arbeidet til ergoterapeutene er tilnærmingen om at brukeren skal få mer kontroll over egen helse sentralt. Informantene var opptatt av at for at helse skulle skapes, måtte brukerne være delaktig i prosessen. Brukerens medvirkning i tiltak og oppfølging av avgjørende for et vellykket resultat og samarbeid.

Informantene opplevde at endringene i kommunen både som nødvendig og utfordrende. Stor pågang fra sykehus og nedskjæringer i kommunene gjorde at de slet med å ta tak i det forebyggende. Ofte som et resultat av å være alene som ergoterapeut i kommunen. Samtidig som informantene opplevde å jobbe forebyggende ble det fremhevet at forebygging falt naturlig for ergoterapeuter. I stor grad uten å være klar over dette, som en av informantene sa: det er grunnleggende ergoterapi. Funnene viser at det kurative arbeidet hadde helsefremmende og forebyggende effekt.

Samhandlingsreformen kom kjapt, men de så ikke hvordan det kom til å påvirke deres hverdag. Som jeg har vist til i funnene er endringene mange. Det var mye usikkerhet, samtidig som de var sikre på at kommunene og de selv måtte gjøre endringer. Funnene viser at ergoterapeuter har hatt og har en viktig rolle i utviklingen av fremtidige helsetjenester. En av de viktigste endringene for ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten, er satsning på hverdagsrehabilitering. Dette ble vurdert som et viktig satsningsområde for å bidra i større grad til helsefremmende og forebyggende arbeid. Det har spesielt de siste årene vært mye fokus på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, både i media og i kommunale høringer. I arbeidet med hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring har ergoterapeuter vært sentrale. Dette har også bidratt til at ergoterapi løpet av år 2020 vil bli en lovpålagt tjeneste.

Endringene i kommunehelsetjenesten synes å være påvirket av ergoterapeuter både på systemnivå og lokalnivå.

Kommunehelsetjenesten vil være i en stadig endring, og det er viktig at ergoterapeuter i står frem som en aktiv deltaker i utviklingen av – og utførelsen av de nye metoder for helsetjenestene. Endringene utfordrer ergoterapeutene til å tenke over sin rolle i kommunehelsetjenesten, og hvor de vil plassere seg i helsevesenet. Blant annet grunnleggende ergoterapi som fokus på aktivitet og deltakelse, brukerperspektiv, samarbeid med pårørende og frivillige i et helsefremmende og forebyggende perspektiv.

Det forebyggende og helsefremmende perspektivet i helsevesenet er kommet for å bli. Da synes det ekstra viktig og kunne planlegge nøye hvordan man skal implementere dette i sin arbeidshverdag. Det vil også være viktig at det helsefremmende og forebyggende arbeidet tydeliggjøres i utdanningene slik at studenter forstår betydningen av dette arbeidet, både på individnivå og systemnivå.

Det må forskes mer på praktiske eksempler hvor ergoterapeuter jobber helsefremmende og forebyggende i kommunehelsetjenesten. Det bør også forskes på om økonomiske begrensningene legger begrensninger for utførelse av helsefremmende og forebyggende arbeid. Ved å analysere det empiriske materialet i lys av teori om helsefremming, forebygging og kommunehelsetjenesten, har det tilkommet en økt forståelse og bevissthet omkring temaet. Studien har relevans til fagfeltet og kan bidra til at ergoterapeuter og andre helseprofesjoner ser nye muligheter i det helsefremmende og forebyggende perspektivet. Samtidig er det behov for videre forskning på dette temaet for å få mer kunnskap om hvordan ergoterapeuter kan levere gode helsetjenester i kommunene.

## 6 Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77 – 101.
- Brownson, C. A. & Scaffa M,E. (2001). Occupational therapy in the Promotion of Health and the Prevention of Disease and Disability Statement. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(6).
- Båtevik, F.O, Barstad, J. Bergem, R. Aarflot, U. (2008). *Ein resept å gå for?* Møreforskning i Volda. [online] Tilgjengelig fra: <http://www.moreforsk.no/publikasjoner/rapporter/samfunn/ein-resept-a-ga-for-evaluering-av-modellar-for-fysisk-aktivitet-roykeslutt-og-sunt-kosthald/1075/170/> [01.04.18]
- Creek, J. (2002). *Occupational Therapy and Mental Health*. Churchill Livingstone. 3. Utgave.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Donnelly, C., Brenchley, C., Crawford, C., Letts, L (2013): The integration of occupational therapy into primary care: a multiple case study design. *BMC family practice*. [Online] Tilgjengelig fra: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2296-14-60> [01.04.18]
- Ergoterapeuten, (2012). *Ergoterapeuten*. Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund. Nr. 5. 2012/55.
- Fertman, C.I. Allensworth, .D.D. (2010). *Health Promotion program: From theory to practice*. *Society for public health education*.
- Folkehelseinstituttet (2011): *Bedre føre var. Rapport 2011:1*. Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. [Online] Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/> [05.02.2018]
- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (1996).

- Internkontrollforskriften*. [Online] Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127?q=internkontrollforskriften> [15.mars 2018]
- Førland, O., Skumsnes, R., Teigen, S., Folkestad, B. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjons- prosesser og spredning – Preventive home visits to older people in norwegian municipalities. Prevalence, diffusion and dissemination. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 02/2016 (Vol 1).
- Gadamer, H.G. (2012). *Sannhet og metode: Grunntrekk i filosofisk hermeneutikk*. 2. Utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gillespie, L.D., Robertson, C.M., Gillespie, W.J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson., L.M., Lamb, S.E. (2012). Interventions for preventing fall in older people living in the community. [Online] Tilgjengelig fra: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007146.pub3/full> [23.04.2018]
- Grimen, H. & Terum, I. L red (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Gronski, P. M., Bogan, E, K., Kloeckner, J., Russel-Thomas, D., Taff, D, S., Walker, A, K., Berg, C. (2013). Childhood Toxic Stress: A Community Role in Health Promotion for Occupational Therapists. *American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 67: 148-153.
- Halle, D. A. Mroz, M. T. Fogelberg, J.D. & Leland, E.N. (2018) Occupational therapy and Primary care: Updates and Trends. Health policy Perspectives. *American journal of Occupational therapy*. Vol 72.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet. En innføring I samfunnsvitenskapelig metode*. 5. Utgave. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Hauge H.A. & Mittelmark, M.B (red) 2006. *Helsefremmende arbeid i en brytningstid*. Fra monolog til dialog? Bergen: Fagbokforlaget.
- Haugan, G. & Rannestad, T. (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Capellen Oslo: Damm Akademisk.

- Helsedirektoratet (2010). Folkehelsearbeidet. *Veien til god helse for alle*. [Online]  
Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet-veien-til-god-helse-for-alle> [01.04.18]
- Hensrud, D.D. (2000). Clinical preventive medicine in primary care: background and practice: 2. Delivering primary preventive services. *Mayo Clinic Proceedings*. Vol 75(3), 255-64.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2002-2003). St. Meld. Nr. 16. *Resept for et sunnere Norge*. [Online] Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/> [01.04.18]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010-2011). St. meld 16. *Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015*. [online] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/5/7.html?id=639822> [30.03.18]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014-2015). St. Meld. 19. *Folkehelsemeldingen - mestring og muligheter*. [Online] Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/> [02.02.18]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006-2007). St. meld.nr. 20. *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. [Online] Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-20-2006-2007-/id449531/> [03.04.18]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014-2015). St.meld. nr. 26 *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. [online] tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/sec1> [28.03.18]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009): St. meld. nr. 47. *Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid*. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/2.html?id=567203> (19.01.18)

- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Samhandlingsreformen - lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Nasjonal veileder.) [Online] Tilgjengelig fra:  
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger\\_og\\_brosjyrer/2011/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb.html?id=661886](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/2011/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb.html?id=661886) (10.04.18)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010-2011): Prp. 91 L. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* (helse- og omsorgstjenesteloven). [Online] Tilgjengelig fra:  
[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/sec1?q=91#match\\_0](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/sec1?q=91#match_0) (10.01.18)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010-2011). Prp. 90 L. *Lov om folkehelsearbeid. Helse i alt vi gjør*. [Online] Tilgjengelig fra:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-90-l-20102011/7/2.html?id=638540> [01.04.18]
- Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. [online] Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/> [02.03.14]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. [online] Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/> [01.04.18]
- Holmberg, V. & Ringsberg, K.C. (2014). Occupational therapists as contributors to health promotion. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol 21(2), 82-89.
- Howe, A. Høium, K. Kvernmo, G., Knutsen, R, I., (red) (4/2005). *Studenten som forsker i utdanning og yrke. Vitenskapelig tenkning og metodebruk*. Høgskolen i Akershus.
- Jaffe, E. (1986). The role of occupational therapy in disease prevention and health promotion. *American Journal of Occupational Therapy*. Vol 40(11), 749-752.
- Kommunal- og regionaldepartementet. (2010-2012). Prop. 115 S. *Kommuneproposisjonen 2012*. [Online] Tilgjengelig fra  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-115-s-2010-2011/10/2.html?id=645882> [01.05.2018]

- Kulturdepartementet (2006-2007). St.meld. nr 39. *Frivillighet for alle*. [online] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kud/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-39-2007-/7.html?id=478293> [30.04.18]
- Leland, E. N., Fogelberg, J. D., Mroz, M. T (2016). Occupational Therapy and Management of Multiple Chronic Conditions in the Context of Health Care Reform. *American Journal of Occupational Therapy*. December 2016, Vol. 71.
- Lerborg, L (2011). *Styringsparadigmer I den offentlige sektor. 2.* Utgave. Jurist- og økonomiforbundets forlag.
- Lillefjell, M., Knudsen, M.S., Wist, G., & Ihlbaek, C. (2013). From knowledge to action in public health management: experiences from a Norwegian context. *Scandinavian Journal of Public Health. Vol 41*.
- Lillefjell, M., Krokstad, S. & Espenes, G.A. (2007). Prediction of function in daily life following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain; a prospective study. *BMC Musculoskeletal Disorders. Vol. 8:(65)*.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of caring Science. Vol. 18(2), 145-153*.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). [Online] Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256> [25.04.14]
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (2005). *Arbeidsmiljøloven* [online] Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=Arbeidsmiljøloven> [15.03.18]
- Lov om folkehelsearbeid (2011). *Folkehelseloven*. [Online] tilgjengelig fra [http://Lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-029.html&emne=folkehelselov\\*&](http://Lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-029.html&emne=folkehelselov*&) [01. mai 2018]
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011). *Helse og omsorgstjenesteloven*. [online] [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse og omsorgstjeneste](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjeneste) [01.05.18].



- Mallinson, T., Fischer, H., Rogers, J.C., Ehrlich-Jones, L. & Chang, R. (2009). Human occupation for public health promotion: new directions for occupational therapy practice with persons with arthritis. *American Journal of Occupational Therapy*. Vol 63:(2).
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. En innføring. 1. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetode for medisin og helsefag*. 4. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, A. & Terum, I. L [red] (2010): *Profesjonsstudier*. 2. Opplag. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morris M, D & Jenkins R. G (2018). Preparing Physical and Occupational Therapists to Be Health Promotion Practitioners: A Call for Action. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol 15 (2).
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. 3 utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Møen, A. & Slaattelid, R.T (1999): *Det sivile samfunn. Oppsedning, verdier og offentlig mening*. Oslo: Aschehoug.
- Nagayama, H. Tomori, K. Ohno, K. Takahashi, K. Yamauchi, K. (2015). Cost-effectiveness of Occupational Therapy in Older People: systematic Review of randomized Controlled Trials. *Occupational Therapy International*. Vol 23(2), 103-120.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2009): *Developing practice for public health and health Promotion*. Third edition. Elsevier Ltd.
- Ness, N.E. et al 2012. *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Ved Prosjektgruppe "hverdagsrehabilitering i Norge". [Online] Tilgjengelig fra: [http://ergoterapeutene.org/content/download/59168/229791/file/Rapport%20Hverdagsrehabilitering%20031012.pdf](http://ergoterapeutene.org/content/download/59168/229791/file/Rapport%20Hverdags%20rehabilitering%20031012.pdf) [01.04.18]
- Norsk Ergoterapeutforbund. *Dette mener Norsk Ergoterapeutforbund om Folkehelse*.

- [Online] Tilgjengelig fra: <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/vi-mener/Dette-mener-vi-om> [01.04.18]
- Olsvold, N (2003): *Profesjonsetikk i helsereformenes tid*. Sosiologi i dag, årgang 33, nr. 2/2003.
- Park, H, J. (2018). The influences of client-centered therapy on the level of performance, the level of satisfaction of activity of daily living, and the quality of life of the chronic stroke patients. *Journal of Physical Therapy Science*. Vol 30(2), 347-350.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur - innenfra, utenfra eller begge deler? I: (Kompendium). Fossaskåret et al [red]: Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data. Oslo. Universitetsforlaget.
- Pizzi, A.M., Richards, G, L (2017). Promoting Health, Well-Being, and Quality of Life in Occupational Therapy: A Commitment to a Paradigm Shift for the Next 100 Years. *American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 71.
- Rasmussen, B (2011). Med frihet til å lede? Styring og ledelse i kommunal omsorg. *Tidsskrift Magma*. Vol 1, 65-72.
- Reitz, M, S. (1992). A historical review of occupational therapy's role in preventive health and wellness. *American Journal of Occupational Therapy*. 46(1), 50-55.
- Rootman, i., Goodstadt, M., Potvin, L., & Springett, J. (2001). A framework for health promotion evaluation. *WHO Regional Publications, Euroean series, No. 92*. [online] Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/evaluation-in-health-promotion.-principles-and-perspectives> [28.01.18]
- Scaffa, M. E, Slyke, N,V. Brownson C.A (2008). Occupational Therapy Services in the Promotion of Health and the Prevention of Disease and Disability. *The American Occupational Therapy*. Vol. 62(6), 694-703.
- Sletteland, N. & Donovan, R.M. (2012): *Helsefremmende lokalsamfunn*. 1. Utgave, 1. Opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sosial- og helsedepartementet, NOU 1998:18. *Det er bruk for alle. Styrking av*

- folkehelsearbeidet i kommunene*. [online], Tilgjengelig fra:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-18/id141324/sec1> [04.02.18]
- Sosialdepartementet (1992-1993). St.meld.nr. 37. *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. [Online] Tilgjengelig fra [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1992-93&paid=3&wid=d&psid=DIVL763&pgid=d\\_0513](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1992-93&paid=3&wid=d&psid=DIVL763&pgid=d_0513) [09.12.17]
- Thagaard, T. (2011): *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. 3. Opplag. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Torp, S., Riise, T. & Moen, B.E. (2000). Systematic health, environment and safety activities: do they influence occupational environment, behaviour and health? *Occupational Medisin*. Vol. 50(5), 326-333.
- Tuntland, H., & Ness, N. E., [red] (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser. Den Norske velferdsstaten ved veiskillet*. 1. Utgave, 1. Opplag. Oslo: Alribe.
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion* [online]  
Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> [01.02.18]

# **Vedlegg 1. Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjekt.**

## **Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjektet**

*”Ergoterapeuters bidrag til forebyggende og helsefremmende arbeid gjennom kommunehelsetjenesten. - Hvordan erfarer ergoterapeuter å jobbe i kommunehelsetjenesten?”*

### **Bakgrunn og hensikt.**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie som ser på ergoterapeuters bidrag til forebyggende og helsefremmende arbeid gjennom kommunehelsetjenesten. Hensikten med denne studien er å undersøke ergoterapeuters erfaringer med å jobbe med disse temaene i kommunehelsetjenesten. Studien er en mastergradsoppgave ved institutt for helse- og omsorgsfag, universitetet i Tromsø.

### **Hva innebærer studien.**

Jeg ønsker å intervju deg om dine tanker rundt ditt bidrag til forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunehelsetjenesten. Intervjuet er et personlig intervju, som skal omhandle tema og problemstilling. Samtalen vil bli tatt opp på bånd og jeg vil deretter skrive ut opplysningene fra båndet.

### Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun jeg som har adgang til navnelisten og kan finne tilbake til deg. Det skal ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når den er ferdigstilt. All informasjon du har gitt blir slettet når oppgaven er ferdigstilt.

### **Frivillig deltagelse.**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte

Torstein Bergene på tlf : 481 00 450. Mail [T.Bergene@hotmail.com](mailto:T.Bergene@hotmail.com)

Veileder Nils Henriksen, tlf: 77644859. Mail [Nils.Henriksen@uit.no](mailto:Nils.Henriksen@uit.no)

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

.....

(signert av prosjektdeltaker, dato, tlf. nummer)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

.....

(Signert, rolle i studien, dato)

## Vedlegg 2. Temaguide

### Temaguide

<b>Innledningsspørsmål</b>	<p>Hvilke erfaringer har du som ergoterapeut ved jobb i kommunehelsetjenesten med tanke på:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Interesse for faget</li><li>• Eventuelle oppfølgingsspørsmål: hvordan trives du på jobben?</li></ul>
<b>Hva er ditt viktigste bidrag til helsefremmende og forebyggende arbeid?</b>	<p>Hvilke viktige helsefremmende og forebyggende bidrag tilfører du i kommunehelsetjenesten gjennom å jobbe som ergoterapeut i kommunen?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Føler du at du har god kompetanse, og får du kurs når du har behov for det?</li><li>• hva kan ergoterapeuter gjøre for å tydeliggjøre helsefremmende arbeidet? Tydeliggjøre forebyggende arbeid?</li><li>• Forhold til fysisk aktivitet?</li><li>• Kosthold?</li><li>• Helhetssyn?</li><li>• Hjelpemidler?</li><li>• Samarbeid med frivillige og andre profesjoner?</li></ul>
<b>Hva har samhandlingsreformen å si for ditt daglige arbeid?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• merker du forskjell i ditt daglige arbeid etter innføring?</li><li>• Hvilken betydning vil det kunne få for ditt arbeid?</li></ul>
<b>Avslutningsspørsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• hvordan opplever du å bli møtt som ergoterapeut?</li></ul>

## Vedlegg 3. Utdrag fra matrise

	<b>Meningsbærende enhet.</b>	<b>Forkortet meningsenhet</b>	<b>Tolkning</b>	<b>Kode</b>	<b>Kategori</b>
Nr. 1 s.2	T: viktige bidrag? I: Det å få hjelpemidler, det å få plass oppfølging, det å få et overblikk over funksjon, hvilke tjenester må inn, hvilken oppfølging trenger vedkommende, individuell plan, det å tenke tverrfaglig, tenke helhetlig, ja...	Viktigheten av å få plass hjelpemidler, overblikk over funksjon, hvilke oppfølging som vedkommende behøver, individuell plan, tverrfaglighet	Betydningen av hjelpemidler, oppfølging, tverrfaglighet og individuell plan	Koordinering Funksjon Helhetstenkning Individuell plan Brukermedvirkning	Helsefremming Forebygging
Nr. 1 s.2	I: ja det blir jo slik. Og det er jo en av de store forskjellene å jobbe med unger kontra voksne. Man må jo hele tiden forholde seg til de rundt ungen, og det er jo også ofte mange arena som ungen er på. Og de utfordringene det innebærer om at de ulike arenaene har ulike mål og tanker. Så det å samkjøre disse tingene er jo ikke alltid like lett	Forskjell mellom barn og voksne. Pårørende og ulike arenaer for deltakelse	Barns deltakelse på ulike arenaer	Aktivitet og deltakelse	Aktivitet og deltakelse
Nr. 4. s.3	Nei så jeg synes det her med forebygging, helsefremming og folkeopplysning er... og det er jo nødt til å skje en del ting i samfunnet. Vi kan ikke fortsette slik som vi gjør. Verken den måten vi driver eldreomsorgen på, eller måten mange lever på, det er nødt til å skje noe, om noen år så er det ikke nok folk lengre til å ta seg av, altså ta den omsorgsrollene som trengs i Norge og verden så man må begynne å tenke annerledes.	Endringer i samfunnet. man kan ikke fortsette som tidligere, og vi er nødt til å begynne å tenke annerledes.	Endringer i kommunehelsetjenesten	Kommunehelsetjenesten	Endringer i utførelse av ergoterapi Tenke annerledes.

Nr.1 s. 4	vi hatt pårørende skole i høst med ulike tema, hvordan møte utfordrende adferd, hjelpemidler i hjemmet, hva kan man ha alt fra varslingsystemer til fallforebygging, hva kan de se etter som pårørende, samtaler, generelt om sykdommen, ja, tilbudene som finnes i kommunen.	Pårørendeskoler med fallforebygging, varslingsystemer, informasjon til pårørende om hvilke tilbud som finnes	Pårørendeskoler m fallforebygging, varslingsystemer, informasjon til pårørende om hvilke tilbud som finnes	Informasjon Pårørende Fallforebygging	Pårørende Informasjon
Nr. 4 S 2	Å den her hverdagsrehabilitering og den måten å tenke på tror jeg tvinger seg frem etter hvert over alt. Og i disse teamene er det ergoterapeuter som er tiltenkt nøkkelpersoner, altså som veilederroller og det her for typer hjemme trenere som er tenkt da. Og da må ergoterapeutene ha erfaring i dette og vite hva det er snakk om.	Oppstart med hverdagsrehabilitering i kommunen. Ergoterapeuter er tiltenkt nøkkellroller. Ergoterapeuter må da vite hva det er snakk om.	Ergoterapeuter med nøkkellroller i oppstart av hverdagsrehabilitering	Hverdagsrehabilitering	Nøkkellroller i hverdagsrehabilitering.

<b>Tema</b>	<b>Helsefremmende og forebyggende arbeid – «Mest mulig funksjon lengst mulig»</b>			
Undertema	Helsefremming og Forebygging	Aktivitet og deltakelse	Pårørende og frivillige	Empowerment
Kategorier	Kartlegging Helhetlig tilnærming Koordinering Forventninger Ulike arenaer Tidlig intervensjon Fallforebygging	Fysisk aktivitet Deltakelse Tilrettelegging Hjelpemidler Idrettssammenheng	Praktiske konsekvenser Målsetning Informasjon og veiledning Nettverksbygging Selvhjelp	Samarbeid med bruker Brukermedvirkning Brukerdeltakelse

<b>Tema</b>	<b>Kommunehelsetjenesten</b>		
Undertema	Kommunehelsetjenesten	Endringer i utøvelse av ergoterapi	Hverdagsrehabilitering
Kategorier	Nødvendig endring Nedskjæring Nødvendig helsehjelp Grunnleggende ergoterapi Naturlig forebygging Kompetanse	Nedskjæringer - visjoner Nødvendige endringer Samhandlingsreformen Uklart hva endringer vil bety Ergoterapeutisk	Implementering Holdninger Prioriteringer Nøkkelpersoner Egenverd



# Vedlegg 4. Meldeskjema NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



## MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.3) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konesesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjektittel		
Tittel	Ergoterapeuters bidrag til forebyggende og helsefremmende arbeid gjennom kommunehelsetjenesten.	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Tromsø	Velg den Institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personverombudet.
Avdeling/Fakultet	Det helsevitenskapelige fakultet	
Institutt	Institutt for helse- og omsorgsfag	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Nils	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Henriksen	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme Institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig Institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	Førsteamanuensis	
Arbeidssted	Universitetet i Tromsø	
Adresse (arb. sted)	IHO, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT	
Postnr/sted (arb. sted)	9037 Tromsø	
Telefon/mobil (arb. sted)	97401430 / 77644859	
E-post	nils.henriksen@uit.no	
		NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Torstein	
Etternavn	Bergene	
Akademisk grad	Lavere grad	
Privatadresse	Skagesundvegen 17	
Postnr/sted (privatadresse)	9010 Tromsø	
Telefon/mobil	48100450 / 48100450	
E-post	t.bergene@hotmail.com	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Formål med denne studien er å se på ergoterapeters bidrag til forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunehelsetjenesten, og hvordan ergoterapeuter erfarer å jobbe i kommunehelsetjenesten. Spesiell vekt vil bli lagt på ergoterapeutenes samhandling med og mobilisering av det sivile samfunn (tredje sektor).	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.  Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<input checked="" type="radio"/> Enkel institusjon <input type="radio"/> Nasjonalt samarbeidsprosjekt <input type="radio"/> Internasjonalt samarbeidsprosjekt	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere Institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige Institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		

7. Utvalgsbeskrivelse		
Utvalget	Ergoterapeuter som jobber i kommunehelsetjenesten.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Jeg vil gjennomføre et strategisk utvalg av informanter ut fra størrelse på kommune, og at informantene arbeider innenfor kommunehelsetjenesten. Jeg vil benytte i utgangspunktet 2 små kommuner, og 2-3 mellomstore/ store kommuner. Det vil bli sendt ut brev til leder av tjenesteområdet som omhandler ergoterapi hvor leder ved den enkelte institusjon/etat formidler kontakt med aktuelle ergoterapeuter til min studie gjennom å distribuere informasjons- og rekrutteringsskriv til aktuelle informanter..	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Jeg vil ringe til aktuelle kommuner å snakke med leder av det tjenesteområdet som omhandler ergoterapi tjenesten. De vil deretter motta informasjonsskriv angående min studie.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.  Les mer om førstegangskontakt
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	4-5 informanter inngår i utvalget.	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om inklusjon i forskning av myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke data/innsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar	Se vedlagt intervjuguide	
9. Datamaterialets innhold		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Jeg vil benytte en temaguide til som omhandler informantens erfaring i kommunehelsetjenesten, og deres bidrag til forebyggende og helsefremmende arbeid.	Spørreskjema, intervju-temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet.  NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er

Spesifiser hvilke		NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgaverapport, må det krysses av dersom direkte
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?		Kryss også av dersom IP-adresse registreres.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familie medlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
<b>10. Informasjon og samtykke</b>		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn Informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		<p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.</p> <p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer om krav til informasjon og gyldig samtykke, samt om forskning uten samtykke</p>
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarsipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
<b>11. Informasjonssikkerhet</b>		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/ koblingsnøkkel og hvem har tilgang til den?	Navneliste og andre personopplysninger vil bli låst i separat skap. utskrift og lyopptak vil være i eget låst skap.	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	

Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?	All utskrift med personopplysninger, lydopptak og båndopptaker vil bli oppbevart sammen og låst i et skap med tilgang kun av meg.	
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input checked="" type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.  Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil.  Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaskintilgang er beskyttet med brukernavn og passord. Utskrifter og opptak vil bli oppbevart i låst skap.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbare datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, eksterne harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	Bærbare Mac.	NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres  Les mer om databehandleravtaler her
Hvis ja, hvilken?		
<b>12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser</b>		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om

Kommentar		dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes  Regional komité for medisinsk og helsefaglig
Søkes det godkjenning fra andre Instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
<b>13. Prosjektperiode</b>		
Prosjektperiode	Prosjektstart: 15.08.2012	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangs kontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.
	Prosjektslutt: 01.07.2013	Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata.  Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Det vil bli brukt fiktive navn. Opplysninger om kommune vil ikke bli brukt i oppgaven. Ingen ting som som blir brukt vedrørende prosjektet vil kunne føres tilbake til enkeltpersoner eller kommune.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.  Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen Institusjon, offentlig arkiv eller annet.  Les om arkivering hos NSD
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		
<b>14. Finansiering</b>		
Hvordan finansieres prosjektet?		
<b>15. Tilleggsopplysninger</b>		
Tilleggsopplysninger		
<b>16. Vedlegg</b>		
Antall vedlegg	4	

# Vedlegg 5. Endringsmelding NSD

Torstein Bergene 

Sendt - Hotmail 29. juni 2013 kl. 12:41



Endringsskjema prosjektnr: 31342

Til: [personvernombudet@nsd.uib.no](mailto:personvernombudet@nsd.uib.no)

Hei.

Har gjort en endring i forskningsprosjektet angående utsettelse av ferdigsstilt prosjekt til desember 2013.

Mvh Torstein Bergene.



endringsskjema  
-1.doc

# Endringsskjema

for endringer i forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt

(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Meldeskjema sendes per e-post til: [personvernombudet@nsd.uib.no](mailto:personvernombudet@nsd.uib.no)

Vennligst les veiledning bakerst

1. BEHANDLINGSANSVARLIG <sup>i</sup>			
Institusjon: Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag		Dato for innsending: 29.06.13	
Adresse: HGA, Det helsevitenskapelige fakultet		Postnr.: 9037	Poststed: Tromsø
2. DAGLIG ANSVAR <sup>ii</sup>			
Navn (fornavn - etternavn): Nils Henriksen			
Arbeidssted (avdeling/seksjon/institutt): Universitetet i Tromsø		Stilling/grad: Førsteamanuensis	
Adresse – arbeidssted: HGA, Det helsevitenskapelige fakultet, UIT.		Postnr.: 9037	Poststed: Tromsø
Telefon: 77644859	Telefaks:	Mobil: 97401430	E-postadresse: Nils.henriksen@uit.no
3. VED STUDENTPROSJEKT <sup>iii</sup>			
Navn (fornavn - etternavn) på studenten: Torstein Bergene			
Arbeidssted (avdeling/seksjon/institutt): Gjøkvaen 59,		Grad: Mastergrad	
Adresse – arbeidssted:		Postnr.: 8630	Poststed: Storforsei
Telefon:	Telefaks:	Mobil: 48100450	E-postadresse: t.bergene@hotmail.com
4. PROSJEKTNUMMER OG PROSJEKTITTEL			
Nummer: 31342			
Tittel: <del>Ergoterapeuters bidrag til forebyggende og helsefremmende arbeid gjennom kommunehelsetjenesten.</del>			
5. ENDRING			
Prosjektet var planlagt avsluttet 1.07.13. Det ble ikke ferdig i tide, og melder derfor i fra om utsettelse av avslutning på prosjektet til desember 2013. Data jeg i dag besitter er anonymiserte og kan ikke spores tilbake til informantene.			

Er det spørsmål i forbindelse med utfylling av skjemaet, ta gjerne kontakt med Personvernombudet hos NSD, telefon 55 58 81 80

6. SPESIELLE TILLATELSER <sup>iv</sup>		
Er endringen meldt til Regional komité for medisinsk <del>forskningsetikk</del> ?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding
Gjør endringen at prosjektet nå blir fremleggelsespliktig for Regional komité for medisinsk forskningsetikk (inkludert melding om <del>forskningsbiobank</del> )?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding
Gjør endringen det nødvendig å søke om dispensasjon fra taushetsplikt for å få tilgang til data?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend dispensasjon
7. TILLEGGSOPPLYSNINGER		
8. ANTALL VEDLEGG		
Legg ved eventuelle nye vedlegg (forespørsel, intervjuguide, registreringsskjema, spørreskjema, tillatelser og lignende).		

### <sup>i</sup> Behandlingsansvarlig

I forskningsprosjekt er behandlingsansvarlig som regel den *institusjon, ved institusjonens øverste leder*, som forsker/student er ansatt ved/studerer ved.

Den behandlingsansvarlige har bestemmelsesrett over opplysningene og det er den behandlingsansvarlige som står ansvarlig utad for at behandlingen er lovlig. Den behandlingsansvarlige vil være den som kan saksøkes og pådra seg straffeansvar for overtredelse av lovens bestemmelser. Avgjørende moment når man skal avgjøre hvem som er ansvarlig er blant annet hvem som initierer prosjektet og om forskers befattning med prosjektet skjer i egenskap av å være ansatt eller ikke.

### <sup>ii</sup> Daglig ansvarlig

Forsker/veileder skal føres opp i dette feltet.

Daglig ansvarlig er den som kan ha det daglige ansvaret for riktig og forsvarlig etterlevelse av lovens bestemmelser om informasjonssikkerhet og internkontroll, gjerne definert ved forsker selv/studentens veileder.

### <sup>iii</sup> Studentprosjekt

Feltet fylles ut dersom behandlingen av personopplysningene gjennomføres som et studentprosjekt.

### <sup>iv</sup> Spesielle tillatelser

For mer informasjon om hvorvidt et prosjekt er fremleggelsespliktig for *Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK)*, vises det til [helseforskning.etikkom.no](http://helseforskning.etikkom.no)

For å få utlevert taushetsbelagte opplysninger fra offentlige forvaltningsorgan, sykehus, trygdekontor, sosialkontor m.m., må det søkes om *dispensasjon fra taushetsplikten*. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Søknad om utlevering av helseopplysninger rettes til REK.



**Juni Skjold Lexau**

Innboks - Hotmail 8. august 2013 kl. 11:09



Prosjektnr: 31342. Ergoterapeuters bidrag til forebyggende og helsefremmende arbeid gjennom ko... [Detaljer](#)

Til: Torstein Bergene, Kopi: Nils Oddbjørn Henriksen

---

Hei,

Vi viser til endringsmelding for prosjekt 31342, mottatt 29.06.2013.

Vi har registrert at data fra undersøkelsen nå er anonymisert, og avslutter derfor videre oppfølging av saken.

At dato for prosjektslutt er utvidet, spiller ingen rolle for oss så lenge data ikke lenger foreligger i personidentifiserbar form.

Ta gjerne kontakt hvis noe er uklart.

--

Vennlig hilsen

Juni Skjold Lexau  
Rådgiver ved Personvernombudet for forskning  
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Tlf. direkte: (+47) 55 58 36 01 - Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80  
E-post: [Juni.Lexau@nsd.uib.no](mailto:Juni.Lexau@nsd.uib.no) - [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)  
Adresse: Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN