

Ergoterapeutens bidrag i hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid i kommunen

*Occupational Therapist contributions within everyday
rehabilitation in community mental health services*

Merethe Seberg



Høgskolen i Hedmark

Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid

HØGSKOLEN I HEDMARK

2013

Forord

Da hverdagsrehabilitering er en forholdsvis ny arbeidsform i Norge, er begrepet og innholdet noe som diskuteres på mange arenaer. Jeg opplever at i denne masteroppgaveperioden fra januar 2013 til november 2013 så har hverdagsrehabilitering fått et økt fokus og det har eksplodert med ulike prosjekter rundt i Norge. Da jeg første gang leste om hverdagsrehabilitering syntes jeg at det inneholdt en rekke gode prinsipper som tilfaller mange av de verdiene jeg har og er opptatt av som fagperson. Det som fikk meg til å bestemme meg for at jeg ville undersøke dette nærmere i en masteroppgave, var at det finnes svært få prosjekter som retter fokuset mot hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid. Så jeg tenkte at dette er et område som fortjener å bli studert. Som ergoterapeut har jeg alltid sett på hverdagslivet som det mest sentrale i pasientenes liv.

Proessen med denne oppgaven har vært både en personlig og faglig utvikling for meg, og det er mange jeg vil takke i denne sammenheng. Først en stor takk til alle informantene som har stilt opp og kommet med flotte og utfyllende bidrag til denne oppgaven, uten dere hadde det ikke vært mulig.

Min veileder Bengt Eriksson takkes for verdifulle og oppklarende tilbakemeldinger. Videre rettes en takk til Bengt, Arild, Kari og Jan Kåre samt eksterne forelesere ved Høgskolen i Hedmark for inspirerende og lærerik undervisning. Og ikke minst takk til mine medstudenter for berikende refleksjoner og diskusjoner, og et godt sosialt miljø med mange hyggelige stunder. Jeg opplever å ha utviklet meg mye som fagperson gjennom dette året sammen med dere.

Takk til kollegaer for all støtte, og til min leder Anne Mari Bakøy som har tilrettelagt for en fleksibel jobbhverdag i innspurten.

En superstor takk til Åshild Skard og Cecilie Myhrvold for verdifull hjelp. En hjertelig takk til familie og venner som har vist omtanke, støtte og tålmodighet, og bidratt med oppløftende ord under utarbeidelsen av denne oppgaven. Dere er gull verdt ☺

Oslo, november 2013

Merethe Seberg

Innhold

FORORD	2
NORSK SAMMENDRAG.....	6
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	8
1. INNLEDNING	10
1.1 SENTRALE BEGREPER	11
1.2 HENSIKT	13
2. BAKGRUNN	14
2.1 SENTRALE FØRINGER OG NASJONALE DOKUMENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID.....	14
2.2 ERGOTERAPI.....	16
2.2.1 <i>Ergoterapiens historie</i>	16
2.2.2 <i>Det ergoterapeutiske fundament</i>	18
2.2.3 <i>Aktivitetsanalyse</i>	19
2.2.4 <i>Den ergoterapeutiske arbeidsprosessen</i>	19
2.3 PROSJEKT «HVERDAGSREHABILITERING I NORGE».....	20
2.3.1 <i>Hverdagsmestring – et grunnleggende tankesett</i>	21
2.3.2 <i>Hverdagsrehabilitering</i>	21
3. TEORETISKE UTGANGSPUNKTER	23
3.1 RECOVERY	23
3.2 HVERDAGSLIVETS BETYDNING	25
4. METODE	29
4.1 VITENSKAPSTEORETISKE OG METODISKE UTGANGSPUNKTER.....	29
4.2 UTVALG	30
4.3 DATAINNSAMLING OG TRANSKRIBERING AV INTERVJU	31
4.4 ANALYSE.....	32
4.5 FORFORSTÅELSE.....	34
4.6 ETISKE HENSYN	35
4.7 OM METODEVALG OG DATAKVALITET	36

5.	RESULTATPRESENTASJON	40
5.1	HVERDAGSREHABILITERING.....	41
5.1.1	<i>Eksisterende rehabiliteringsfokus i kommunene kan økes.....</i>	41
5.1.2	<i>Hverdagsrehabiliteringens innhold.....</i>	42
5.1.3	<i>Målgruppe for hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid.....</i>	44
5.1.4	<i>Dagens stigmatisering gir utfordringer.....</i>	45
5.2	SENTRALE MOMENTER VED HVERDAGSREHABILITERING	46
5.2.1	<i>Respekt for brukerens ønsker og perspektiv.....</i>	47
5.2.2	<i>Fleksible tilpasninger og varierte tilnærminger.....</i>	48
5.2.3	<i>Motivasjon er en sentral del i hverdagsrehabiliteringen</i>	49
5.2.4	<i>Tilstrekkelig med tid er avgjørende for bedring.....</i>	50
5.3	AKTIVITET VERSUS PASSIVITET	52
5.3.1	<i>Hverdagsrehabilitering som empowerment</i>	52
5.3.2	<i>Selvfulgelige hverdagsaktiviteter er viktig for den psykiske helsen.....</i>	54
5.3.3	<i>Å ha et sosialt nettverk er betydningsfullt</i>	55
5.3.4	<i>Pårørende er en viktig samarbeidspartner og ressurs</i>	56
5.4	ERGOTERAPEUTER SER VITENSKAPELIG PÅ HVERDAGSAKTIVITETER.....	57
5.4.1	<i>Aktivitetetsfokuset gjennomsyrrer ergoterapeutisk arbeid.....</i>	58
5.4.2	<i>Et helhetlig fokus – samspill mellom person, aktivitet og omgivelser</i>	59
5.4.3	<i>Fokus på ressurser, mestringsopplevelser og selvstendighet</i>	60
5.4.4	<i>Et helhetlig fokus i kartlegging, vurderinger og intervensjon</i>	61
5.4.5	<i>Aktivitetsanalyse.....</i>	63
6.	DRØFTINGER	65
6.1	DAGENS HVERDAGSREHABILITERING	65
6.1.1	<i>Målgrupper</i>	65
6.1.2	<i>Hverdagslivets betydning</i>	67
6.1.3	<i>Hverdagsrehabiliteringens innhold.....</i>	68
6.2	MOMENTER VED HVERDAGSREHABILITERING	70
6.2.1	<i>Brukerperspektivet</i>	70

6.2.2	<i>Fleksibel hverdagsrehabilitering</i>	73
6.2.3	<i>Håp som bærende element for motivasjon og bedring</i>	74
6.2.4	<i>Er tidsavgrensede prosesser mulig i hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid?</i>	76
6.3	AKTIVITET VERSUS PASSIVITET	78
6.3.1	<i>Hverdagsrehabilitering som empowerment</i>	78
6.3.2	<i>Hverdagsaktivitetens betydning for psykisk helse</i>	79
6.3.3	<i>Sosialt nettverk – viktig for mennesket</i>	80
6.4	ERGOTERAPEUTER SER VITENSKAPELIG PÅ HVERDAGSAKTIVITETER.....	82
6.4.1	<i>Fokus på hverdagslivet og hverdagsaktiviteter</i>	82
6.4.2	<i>Ergoterapeuters helhetlige perspektiv</i>	84
6.4.3	<i>Ressursfokus og mestringsopplevelser kan bidra til håp om bedring</i>	85
6.4.4	<i>Verdien av systematisk kartlegging og utarbeidelse av mål</i>	86
7.	KONKLUSJON	88
	LITTERATURLISTE	91
	VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV	95
	VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE	97

Antall ord: 27 300

Norsk sammendrag

Hensikten med denne studien er å bidra til å utvikle kunnskap om hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid, samt kunnskap om ergoterapeutens faktiske og potensielle rolle og bidrag innenfor hverdagsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser.

Det er benyttet kvalitativ metode i studien, og en eksplorativ og deskriptiv tilnærming. Eksplorativ fordi det finnes lite litteratur om hverdagsrehabilitering knyttet til psykisk helsearbeid, og deskriptiv fordi det gir mulighet for åpne og nyanserte beskrivelser fra informantene. Videre er det benyttet en fenomenologisk-hermeneutisk forståelse. Det fenomenologiske perspektivet brukes for å kunne gi presise beskrivelser av informantenes opplevelser og erfaringer knyttet til hverdagsrehabilitering, psykisk helsearbeid og ergoterapeutens bidrag. Mens hermeneutikken har gitt mulighet for en dypere forståelse for informantenes bidrag gjennom fortolkning av datamaterialet. Det er foretatt et strategisk utvalg av ti informanter hvor alle er ergoterapeuter. De arbeider eller har erfaring fra arbeid innen psykisk helsearbeid og/eller har kunnskap om hverdagsrehabilitering. Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av semistrukturerte kvalitative intervju. Studiens data er empiriske og Malteruds modell for kvalitativ innholdsanalyse er benyttet.

Funnene i studien er samlet i fire hovedkategorier; hverdagsrehabilitering, sentrale momenter ved hverdagsrehabilitering, aktivitet versus passivitet og ergoterapeuter ser vitenskapelig på hverdagsaktiviteter. Det beskrives at det allerede finnes et rehabiliteringsfokus innen psykisk helsearbeid i kommunene, men at det har kommet i skyggen av et stort fokus på pleie og omsorg. Derfor ønskes en større tyngde på hverdagsrehabilitering med fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid i fremtiden. Målgruppen anses å være alle med psykiske lidelser, men i denne studien henviser informantene hovedsakelig til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Hovedmålet for hverdagsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser vil være å forebygge psykoser og innleggelses. Det legges stor vekt på at alt arbeidet skal gjøres i samarbeid med bruker, og med respekt for den enkelte og menneskeverdet. Noe av det mest betydningsfulle helsepersonell kan bidra med i denne sammenheng er å formidle et håp om at forandring er mulig. Hjelp til selvhjelp i form av empowerment anses som viktig for å kunne hjelpe mennesker til å mestre hverdagen og oppleve kontroll over eget liv. Videre er fokus på at betydningen av det selvfølgelige hverdagslivet og de ordinære

hverdagsaktivitetene må ha et sentralt aspekt i dette arbeidet. Mange med psykiske lidelser er ensomme og isolerer seg, så det å ha et sosialt nettverk og forsøke å finne sosiale arenaer er noe av det mest elementære. Her kan pårørende i mange tilfeller være en viktig og ubenyttet ressurs. Mange av momentene som knyttes til hverdagsrehabilitering i studien, kan relateres til recovery/bedringsprosesser. Ergoterapeuter anses å ha en helt sentral rolle i arbeidet med hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Deres kunnskap om, forståelse for og bruk av aktivitet viser seg å være en god tilnærming til mennesker med psykiske lidelser. I denne sammenheng vises det til betydningen av aktivitetsanalyser for å kunne oppnå denne kunnskapen. Videre trekkes spesielt ergoterapeuters helhetlige tankegang med samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser frem, samt deres systematiske kartlegging, vurderinger og intervensjoner.

Nøkkelord: hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring, hverdagsaktiviteter, psykisk helsearbeid, psykisk helse, ergoterapi, recovery, bedringsprosesser

Engelsk sammendrag (abstract)

The purpose of this study is to contribute to development of knowledge about everyday rehabilitation in mental health, as well as knowledge about occupational therapist actual and potential role and contribution within everyday rehabilitation for people with mental illness.

The method of the study is qualitative and the approach is exploratory and descriptive. Exploratory because there is little literature on everyday rehabilitation related to mental health, and descriptive because it allows open and nuanced descriptions from the informants. Further on it uses a phenomenological-hermeneutic understanding. The phenomenological perspective is used to provide precise descriptions of the informants' experiences related to daily rehabilitation, mental health and occupational therapists contributions. While hermeneutics has provided the opportunity for a deeper understanding of the informants' contributions through the interpretation of the data. A strategic sample of ten informants have been made, all of which are occupational therapists. They work or have experience of working in mental health and/or have knowledge of everyday rehabilitation. The data collection was conducted using semi-structured qualitative interviews. The study data are empirical and Malteruds model for qualitative content analysis was used.

The findings of the study are contained in four main categories: everyday rehabilitation, significant aspects of daily rehabilitation, activity versus passivity and occupational therapists scientific look at everyday activities. It is described that there is already a rehabilitation focus in community mental health services, but it has been overshadowed by a major focus of care. Therefore a greater emphasis on everyday rehabilitation, with a focus on prevention and health promotion in the future, is desired. The target group is considered to be all mental disorders, but in this study informants refer mainly to people with severe psychiatric disability. The main objective of everyday rehabilitation for people with mental illness will be to prevent psychosis and hospitalizations. It is emphasized that all the work will be done in cooperation with the user and with respect for the individual and human dignity. One of the most significant things health care professionals can contribute is to convey a hope that change is possible. Self-help in the form of empowerment is considered important to help people cope with everyday life and experience control over their own lives. Furthermore, focusing on the importance of the obvious everyday life and the ordinary everyday activities

must be a central aspect of this work. Many people with mental illness are lonely and isolated, so having a social network and attempting to find social venues are some of the most elementary. Next of kins can in many cases be an important and untapped resource. Many of the factors associated with daily rehabilitation in the study, may be related to recovery. Occupational therapists are considered to have a central role in everyday rehabilitation and everyday coping. Their knowledge, understanding and use of activity turns out to be a good approach to people with mental disorders. In this context, reference is made to the importance of activity analysis in order to obtain this knowledge. Furthermore are particularly occupational therapists holistic thinking with the interaction between person, task and environment highlighted, as well as their systematic mapping, assessments and interventions.

Keywords: everyday rehabilitation, everyday coping daily activities, community mental health service, mental health, occupational therapy, recovery.

1. Innledning

Tre av ti i Norge oppgir at de har et helseproblem som påvirker hverdagen (Nes & Clench-Aas, 2011). Psykiske lidelser er en av de største helseutfordringene i Norge, og de vanligste lidelsene er angst, depresjon og rusrelaterte lidelser. Disse lidelsene topper statistikken over antall tapte arbeidsår, og personer med psykiske lidelser innvilges også uførepensjon tidligere enn personer med kroppslige lidelser (ibid). Holte (2012) henviser til at noe av det mest lønnsomme landet kan gjøre er å satse på tiltaksforskning der helsefremmende og forebyggende tiltak evalueres for å undersøke om de lar seg gjennomføre, lønner seg å gjennomføre og om folk vil ha det (ibid, s. 695). Bakgrunn for dette er at psykiske lidelser koster Norge mer enn noen annen sykdomsgruppe. Beregninger viser at årlige kostnader som skyldes psykiske lidelser er rundt 60-70 milliarder (ibid). Stadig flere av innbyggerne må leve med kroniske plager og funksjonsnedsettelse som påvirker hverdagen deres (Nes & Clench-Aas, 2011).

I mitt arbeid gjennom sju år som ergoterapeut på en psykiatrisk døgnavdeling har jeg møtt mange mennesker som sliter med å mestre hverdagens aktiviteter og utfordringer, og få hverdagslivet til å fungere. Jeg opplever at en hovedvekt av pasientene er inaktive og passive, og som ergoterapeut savner jeg stadig et fokus på hverdagslivet, aktiviteter og mestring fra helsevesenets side. Pasientene forteller ofte om et liv utenfor sykehuset preget av isolering og mangel på deltakelse i meningsfulle aktiviteter. Samtidig snakker pasientene om at de ønsker seg arbeid og et normalt liv. Det ergoterapeutiske perspektivet om at aktiviteter er viktig for alle mennesker, og at isolering og inaktivitet sjelden bidrar til bedring, er noe jeg alltid har satt høyt og har stor tro på.

Det er i liten grad utviklet forskningsbasert kunnskap om hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid (Laberg & Ness, 2012), og jeg kjenner ikke til noen norske studier. Ergoterapeut og fysioterapeut er to yrkesgrupper som blir sett på som en forutsetning i tverrfaglige rehabiliteringsteam i kommunene (ibid). Min erfaring er at det finnes svært få ergoterapeuter som jobber med ergoterapispesifikke arbeidsoppgaver knyttet til psykisk helse i kommunene. Samtidig har Riksrevisjonen sagt at kommunene har for få ergoterapeuter til at

disse kan prioritere å jobbe med pasienter som trenger trening av daglige aktiviteter i hjemmet (Riksrevisjonen, 2012).

Denne studien ser på hva hverdagsrehabilitering kan innebære for mennesker med psykisk lidelser, og hva som kan være ergoterapeutens rolle i denne sammenheng. Ergoterapi som fag har mye av sitt utspring fra psykisk helsearbeid (Ness, 2002), og jeg mener at ergoterapi derfor er en velegnet faglig tilnærming når det gjelder hverdagsrehabilitering innen dette feltet. Videre er ergoterapeuter utdannet til å ha fokus på hverdagsaktiviteter og klientsentrering (T. Borg, 2007). Den fenomenologisk hermeneutiske forståelsen som er benyttet i studien har bidratt til å løfte mine egne refleksjoner i oppgaven og synliggjøre eget faglig ståsted. Samtidig har de eksplorative og deskriptive tilnærmingene holdt mine øyne og øre åpne for det nye og mangfoldige.

Oppgaven starter med innføring i det som har vært bakgrunnen for denne oppgaven og der presenteres føringer for psykisk helsearbeid i Norge, ergoterapeutisk teori og prosjektet «Hverdagsrehabilitering i Norge». Teoretiske utgangspunkt for oppgaven er recovery, en teori om bedringsprosesser, og teorien om hverdagslivets verden av Alfred Schütz. Metodedelen gir en innføring i studiens metode, vitenskapsteoretiske tilnærming, gjennomføring av studien og refleksjoner om metoden. Resultatdelen beskriver de fire hovedkategoriene; hverdagsrehabilitering, sentrale momenter i hverdagsrehabilitering, aktivitet versus passivitet og ergoterapeuter ser vitenskapelig på hverdagsaktiviteter, som alle har flere underkategorier. Så følger drøftinger rundt ulike nyanser i de fire hovedkategoriene. Til slutt avsluttes oppgaven med en konklusjon og tanker rundt videre anbefalinger.

1.1 Sentrale begreper

Ergoterapi: utgangspunktet for ergoterapi er betydningen menneskets aktiviteter og deltakelse har for helse og livskvalitet (T. Borg, 2007). Alle mennesker har behov for å utføre meningsfulle, viktige eller nødvendige aktiviteter for å kunne delta i hverdags- og samfunnslivet (ibid). Det overordnede formålet med ergoterapi er sammen med brukeren og eventuelt andre faggrupper å medvirke til at mennesker kan leve et godt hverdagsliv (Wæhrens, 2008). Ergoterapeuten går sammen med bruker inn og forandrer hverdagslivet, der bruker ønsker det og det er behov for ergoterapeutisk støtte (ibid). Som Norsk

Ergoterapeutforbund har beskrevet det: «Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig!» (Ergoterapeutene, 2013).

Psykisk helsearbeid: kan anses som et paraplybegrep som har flere fokus (Bøe & Thomassen, 2009). Bøe og Thomassen (2009) benytter følgende beskrivelse «psykisk helsearbeid omfatter alle mulige arbeidsformer og tiltak som kan bidra til å bedre menneskers psykiske lidelse» (ibid, s.18). I veilederen *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) benyttes følgende definisjon på psykisk helsearbeid;

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering (ibid., s.7)

Psykiske lidelser: er en felles betegnelse på ulike lidelser og sykdommer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre (Folkehelseinstituttet, 2011). I denne studien henviser informantene hovedsakelig til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og Gråwe (2010) beskriver dette som «lidelser som har en vedvarende negativ effekt på personens psykososiale fungering», og det angår både hverdagslivet og mellommenneskelige relasjoner (ibid, s.138).

Rehabilitering: jeg har valgt å benytte definisjonen fra Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3 (Helse-ogomsorgsdepartementet, 2011a):

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Hverdagsrehabilitering: her benytter jeg Ergoterapeutforbundets beskrivelse av hverdagsrehabilitering:

Bygger på tankegangen om hverdagsmestring. Hverdagsrehabilitering er forebygging og rehabilitering mens brukeren bor i eget hjem. I hverdagsrehabilitering er innsatsen tverrfaglig. Hverdagsrehabilitering er basert på en intensiv innsats i oppstarten, og gradvis avvikling av

opptrening etter som aktivitetsfunksjonen bedres. For å sikre kontinuitet etableres det et team rundt hver enkelt bruker. Hverdagsrehabilitering skiller seg også fra ordinære pleie- og omsorgstjenester, ved at pleie, praktisk hjelp og bistand ikke gis før brukerne har fått en vurdering av sitt rehabiliteringspotensiale. Den enkeltes hverdagsmestring vektlegges før passive eller kompenserende tilbud (Ergoterapeutene, 2011).

Bruker-/klient-/pasientbegrepet: Det å være *pasient* innebærer at man er i behov av hjelp og støtte fra andre (Hummelvoll, 2005). I de fleste tilfeller brukes pasientbegrepet i forbindelse med innleggelse på døgnpsykiatrisk avdeling (Topor, 2006). Begrepet pasient er også et rettslig begrep gjennom pasientrettighetsloven (Sosial- og helsedepartementet, 1998a). *Brukerbegrepet* benyttes ofte på målgruppen av helsetjenestene i kommunene (Almvik & Borge, 2009). Innen ergoterapifaget er man utdannet til å arbeide klientsentrert. *Klient* kan i denne sammenheng være synonymt med for eksempel en enkelt klient, en familie eller en gruppe (T. Borg, 2007). Alle disse begrepene har vært og er omdiskuterte, og det er vanskelig å finne et ord for målgruppen (Topor, 2006). Jeg forstår at dette kan oppleves som dårlige begreper av de som får dem, og jeg skulle gjerne hatt et bedre begrep for målgruppen. I mangel av dette brukes disse begrepene synonymt i oppgaven.

Aktivitet: *aktivitetsbegrepet* i denne oppgaven innebærer en utvidet forståelse for hvordan de fleste er vant til å tenke på aktiviteter. Aktivitet/daglige aktiviteter/hverdagsaktiviteter refererer i denne sammenheng til alt mennesker gjør for å oppta og sysselsette seg selv.

1.2 Hensikt

Gjennom denne studien ønsker jeg å bidra til å utvikle kunnskapen om hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid, samt kunnskap om ergoterapeutens faktiske og potensielle bidrag og rolle i hverdagsrehabiliteringen innen psykisk helsearbeid.

Hensikten kan i konsentrert form beskrives som å søke svar på følgende forskningsspørsmål:

- Hva er hverdagsrehabilitering, med spesielt fokus på hva hverdagsrehabilitering innebærer for mennesker med psykiske lidelser?
- Hvordan kan ergoterapeuten bidra i hverdagsrehabiliteringen for mennesker med psykiske lidelser?

2. Bakgrunn

I dette kapitlet vil jeg vise til noen offentlige dokumenter som gir føringer for psykisk helsearbeid i Norge. Dokumentene påpeker også utfordringer det norske helsevesenet står overfor både nå og i fremtiden, og ses som en ramme for oppgaven. Videre presenteres ergoterapiens grunntanker som starter med en innføring i ergoterapiens historie etterfulgt av fundamentet ergoterapeuter er utdannet i. Til slutt beskrives hovedtrekk fra rapporten Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering som jeg synes har stor relevans for min oppgave.

2.1 Sentrale føringer og nasjonale dokumenter for psykisk helsearbeid

Lovverk, Stortingsmeldinger og retningslinjer fra sentrale myndigheter i Norge gir føringer for hva psykisk helsearbeid skal innebære (Sosial – og helsedepartementet, 1998b). Det blir trukket frem ulike utfordringer for fremtidens helse-Norge og hvordan helsevesenet skal forsøke å møte disse utfordringene på en best mulig måte (Sosial- og helsedepartementet, 1997, 1998b). Undersøkelser viser imidlertid mangler ved deler av det norske helsevesenet og at vi ikke klarer å følge opp disse føringene (Slettebak, Kaspersen, Jensberg, & Ose, 2013).

I Lov 2011 – 06 – 24. nr. 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester henvises det til at kommunen skal tilby sosial, psykososial og medisinsk re-/habilitering til alle pasient- og brukergrupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

I St.meld. nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* kom det frem at tjenestetilbudene innen psykisk helsearbeid hadde omfattende mangler og at det var behov for en omfattende styrking og omstrukturering (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Dette førte til *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006* med tydelige føringer for utviklingen av tjenestene til mennesker med psykisk lidelser (Sosial- og helsedepartementet, 1998b). Det er blant annet beskrevet at målet er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Styrking av tilbudet i kommunen, samt brukerstyring og informasjon er to hovedgrupper av tiltak som inngår i planen (ibid).

Fra 2012 er *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted - til rett tid* (2009) satt i verk og omhandler blant annet desentralisering av psykiske helsetjenester som fører til at flere mennesker med psykiske lidelser skal kunne få hjelp i sitt nærmiljø (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette innebærer blant annet at personer med psykiske lidelser skal kunne leve et selvstendig og verdig liv på egne premisser, bo i sine hjemkommuner og få den hjelpen de trenger der. Et mål er å utvikle humane tjenester forankret i et helhetlig menneskesyn. Det påpekes at det er for lite fokus på helsefremmende og forebyggende helsearbeid, og primærforebygging og tidlig intervensjon trekkes frem som viktige forebyggende og begrensende faktorer (ibid).

I april 2013 kom *St.meld. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg* som viser at Regjeringen fra 2013 har etablert en satsning på hverdagsrehabilitering i norske kommuner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013(a)). Det trekkes frem at Regjeringen i tiden fremover ønsker å stimulere kommuner til å prøve ut nye modeller som for eksempel hverdagsrehabilitering med et økt fokus på brukerens ressurser (ibid). I revidert nasjonalbudsjett følger Regjeringen opp stortingsmeldingen med å foreslå å bruke 100 millioner i 2013 til blant annet velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013(b)).

I rapporten *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011* kommer det frem at det er en stor utfordring for kommunene å prioritere forebyggende arbeid innen psykisk helse på grunn av knappe ressurser (Slettebak, et al., 2013). Samtidig rapporteres det om sterk økning i etterspørsel og krevende brukergrupper med behov for omfattende tjenester. Det henvises til at øremerkede midler kan gjøre det mulig for kommunene å prioritere forebygging, da dagens ressurser i hovedsak går til svært syke mennesker som krever mye oppfølging (ibid).

Hummelvoll (2005) beskriver at det kreves et samarbeid mellom faggrupper, etater og lokalbefolkningen dersom man skal kunne fremme psykisk helse. Han trekker også frem nødvendigheten av at de ulike yrkesgruppene kjenner til sin kjernekompetanse, og at rolle, funksjon og forventninger til psykiske helsearbeidere avdekkes (ibid). Ressursorientering, myndiggjøring, brukermedvirkning og bedringsprosesser/recovery er noen begreper som er svært aktuelle innen psykisk helsearbeid i dag (Skårderud, Stänicke, Haugsgjerd, & Engell, 2010). For de som skal jobbe med mennesker med psykiske lidelser trekkes

relasjonskompetanse frem som det mest sentrale. Videre henvises det til at å være «ekspert» innebærer å vite om ekspertkompetansens begrensninger (ibid).

2.2 Ergoterapi

Jeg vil starte med en kort presentasjon av ergoterapiens historie fordi jeg tenker at idégrunnlaget og fagutviklingen har vært sentralt for hva ergoterapi er i dag, og at ergoterapeuters fagidentitet er farget av historien. Samtidig viser historien hvilken betydning aktivitet har hatt gjennom hundrevis av år. Deretter presenteres det ergoterapeutiske fundamentet som skal legge grunnlaget for utøvelsen av ergoterapi.

2.2.1 Ergoterapiens historie

I flere tusener av år f.Kr. så kineserne og egypterne betydningen av aktivitet for å ha en god helse, og at inaktivitet kunne bidra til uhelse (Ness, 2002). Ness (2002) henviser også til Aristoteles og hvordan han trakk sammenhenger mellom lykke og det å være i aktivitet, samt viktigheten av balanse mellom ulike aktiviteter. I flere land, inkludert Norge, hadde kirken og klostrene ansvaret for hospitaldriften i middelalderen, og det var åpent for alle trengende. Arbeid og aktivitet ble da også sett på som viktig for sjelen, samt bønn og hvile. Men så ble hospitaldriften overført til kongen og mennesker med ulike psykiske problemer ble plassert i umenneskelige tukthus, med grusomme forhold. Opplysningstiden og den franske revolusjonen på slutten av 1700-tallet bidro til en humanistisk bølge hvor Moral Treatment kom som en reaksjon på tukthusene. Dette var en retning innen psykiatrien i Europa og Nord-Amerika, der mennesker med psykiske problemer ble sett på som mennesker med behov for å utvikle fornuften, og ikke som onde eller djevelbesatte. En grunnleggende idé var at mennesker måtte være i aktivitet for å bevare helse. Vektlegging av frihet, evne til egen tenkning og tro på at mennesker kunne forandre seg ble også fremhevet. Moral Treatment blir ofte beskrevet som ergoterapiens historiske utgangspunkt, men etter hvert forsvant Moral Treatment og et mer biologisk-medisinsk syn overtok og ble dominerende (ibid).

Rundt 1900 oppstod ergoterapifaget ved at en gruppe i USA tok opp igjen idéer fra Moral Treatment, samt hentet noen elementer fra pragmatismen (Ness, 2002). Pragmatismen innebar en praktisk orientering til opplæring og at det som praktisk kunne endres, ble vektlagt.

Grunnleggerne innen ergoterapi hadde ulik yrkesbakgrunn og erfaringer. De hadde et felles syn på at aktivitet var et menneskelig behov og at gjennom aktivitet kunne mennesker gjenopptrenes eller avledes fra sykdom. Deltakelse i aktivitet ble sett på som en mulighet for å trekke oppmerksomheten bort fra destruktive tanker (ibid). Ness (2002) henviser til noen grunnsetninger William Rush Dunton (1868-1966) skrev i sin andre ergoterapibok i 1919. Disse setningene står omtrent uforandret som ergoterapeuters grunnsyn frem til i dag:

That occupation is as necessary to life as food and drink.

That every human being should have both physical and mental occupation.

That all should have occupations which they enjoy, or hobbies. These are the more necessary when the vocation is dull or distasteful. Every individual should have at least two hobbies, one indoor and one outdoor. A great number will create wider interests, a broader intelligence.

That sick minds, sick bodies, sick souls may be healed through occupation. (ibid., 2002, s. 8)

I tillegg til pionerens idealer bidro verdenskrigene til utvikling av faget ved at det ble utviklet rehabiliteringsprogrammer for krigsskadde (Ness, 1995). Faget lot seg samtidig påvirke av reduksjonismen og fokuset ble flyttet fra aktivitetsutførelse til sykdom og indre mekanismer. Fagutviklingen i 80-årene la vekt på å hente opp igjen grunnlagstenkingen fra pionerene og vektlegging av pasientenes livskvalitet ble anbefalt. Andre sentrale begreper fra denne perioden er humanistisk og holistisk tilnærming, ivaretagelse av menneskers aktivitetsbehov, dyktighet i aktivitetsutføring, klientens behov og større fokus på forebygging (ibid). Ness (2002) henviser til en historie fortalt av Mary Reilly, professor i ergoterapi ved University of Southern California, for å understreke og poengtere menneskets aktivitetsnatur:

Det var mannen som døde og våknet opp med all verdens deiligheter rundt seg. Bare han pekte på noe fikk han serverte godbiter. Etter en stund ropte han på lederen, uttrykte glede over servicen og sa; «Nå, når jeg har mesket og gledet meg godt, ønsker jeg noe å gjøre. Hva finnes av aktiviteter i dette paradiset? Lederen svarte; «her skal du kun gjøre det du nå gjør». «Men», sa mannen, «jeg må jo få noe å gjøre, ellers vil oppholdet i himmelriket bli uutholdelig». Lederen svarte høflig; «hvem har sagt at du er i himmelen?» (Ness, 2002, s.17)

2.2.2 Det ergoterapeutiske fundament

Ergoterapeuters fokus på aktivitet bygger på en forståelse om at aktivitet er viktig for menneskers utvikling (Creek, 2005). Gjennom aktivitet utvikler vi oss som personer og en manglende evne til å utføre aktiviteter kan føre til mangelfull utvikling. Omgivelser utforskes gjennom aktiviteter og det er slik mennesket finner sin plass og blir integrert i sosiale og kulturelle fellesskap. Relasjoner til andre mennesker kan utvikles gjennom felles aktivitet. Aktivitet bidrar til en indre tilfredsstillelse og dannelsen av en personlig og sosial identitet. Ferdigheter kan læres og trenes gjennom aktivitet, og mennesket kan skape mening og tilfredsstille sine behov gjennom aktiviteter (ibid).

Grunnsyn om mennesket, aktivitet og omgivelser

Ergoterapi bygger på et holistisk og ressursorientert menneskesyn (Creek, 2005). Det holistiske innebærer å se på mennesket som en helhet hvor det fysiske, psykiske og åndelige ved mennesket fungerer sammen og ikke kan ses eller forstås som atskilte enheter. Det ressursorienterte fokuset omhandler å se hva mennesket faktisk gjør, hva det interesserer seg for og er delaktig i, istedenfor å fokusere på problemer og eventuelt funksjonstap (ibid).

En enkel beskrivelse av **menneskets aktivitetsnatur** er «å gjøre er å være», og ser på aktivitet som en vesentlig og nødvendig del av menneskers liv (Ness, 1995). Aktiviteter kan ha ulik verdi og mening, og den enkelte persons forståelse og opplevelse av aktivitet er av sentral betydning (ibid).

Aktivitetstap eller problemer med mestring kan være en følge av sykdom, skader, miljøbelastninger eller sammensatte problemer (Creek, 2005; Ness, 1995).

Aktivitetsproblemene oppleves individuelt og er et uttrykk for at det er blitt et gap mellom personens ferdigheter og miljøets muligheter og krav. Mennesket påvirkes av og påvirker også sine omgivelser, og må hele tiden ses i relasjon til sine omgivelser (ibid).

Aktivitetsmuligheter går ut på at man ser på aktiviteter som et middel til å fremme helse og meningsfull hverdag (Ness, 1995). Med utgangspunkt i menneskets aktivitetsnatur er egen utføring og innsats fra den enkelte sentralt. Personens medbestemmelse og delaktighet er

avgjørende, og for å oppnå et tilfredsstillende resultat knyttes aktivitetene til motivasjon, individuelle mål og opplevelse av mening for den enkelte (Creek, 2005).

2.2.3 Aktivitetsanalyse

Aktivitetsanalyse er en ergoterapeutisk metode som benyttes for å identifisere hvilke krav en aktivitet stiller, hvilke ferdigheter som kreves for å utøve aktiviteten, og hvordan aktiviteten kan tilpasses for å endre krav og ferdigheter (Borg, 2007; Creek, 2005). Wæhrens (2008) henviser til følgende tre former for aktivitetsanalyse; oppgaveanalyse, aktivitetsutførelsesanalyse og årsaksanalyse. Oppgaveanalyse brukes både i undersøkelsesprosessen og i forbindelse med den ergoterapeutiske intervensjonen. Analyseformen brukes for å sikre at en oppgave har den nødvendige vanskelighetsgrad til å utfordre brukeren, men samtidig ikke så vanskelig at brukeren ikke kan gjennomføre eller delta. Ut fra hva brukeren selv har fortalt gjennom selvrapportering av aktivitetsproblemer velger ergoterapeuten en eller flere oppgaver brukeren skal utføre. I aktiviteten har ergoterapeuten fokus på selve utførelsen og hvordan brukeren gjennomfører aktiviteten. Det er fokus på brukerens motoriske, prosessuelle og kommunikative ferdigheter, og hvor kompetente disse ferdighetene fremstår under utføringen. Årsaksanalyse innebærer at ergoterapeuten observerer og analyserer hvordan aktivitetsutførelsen påvirkes av en rekke faktorer. Her er det altså snakk om analyse av årsaken til nedsatt aktivitetsevner/-funksjoner/ferdigheter, hvor både omgivelsene, personens vaner, roller, fysiske, mentale og sosiale kapasitet og selve oppgavens tilretteleggelse analyseres (ibid).

2.2.4 Den ergoterapeutiske arbeidsprosessen

Ulike ergoterapeutiske modeller har utarbeidet egne arbeidsprosessmodeller. I hovedsak består disse arbeidsprosessene av elementene kartlegging, intervensjon og evaluering.

Kartleggingen omhandler identifisering og presisering av personens opplevde og observerte aktivitetsproblemer, og foregår i vekselvirkning med planlegging, gjennomføring og evaluering av intervensjonen (Wæhrens, 2008). Ergoterapeuten bruker aktivitetsanalyser

aktivt spesielt under kartleggingsperioden (Borg, 2007). Brukeren og ergoterapeuten ser sammen på informasjonen som har fremkommet i løpet av kartleggingsperioden og ut fra dette defineres mål for intervensjonen (ibid).

Målet for den ergoterapeutiske intervensjon er at personen oppnår et selvstendig¹ hverdagsliv (Wæhrens, 2008). Intervensjonen innebærer at det jobbes med aktivitetsproblemene som ble tydelige under kartleggingen (Borg, 2007). Det handler om å støtte brukerens motivasjon og prosess for ønsket endring. Det kan innebære læring, forandringer i omgivelsene og opptrening av fysiske og psykiske funksjoner og ferdigheter (ibid).

Underveis i behandlingsforløpet er det viktig at ergoterapeuten sammen med brukeren ofte vurderer behandlingens mål og fokus, og om intervensjonen er effektiv og gir resultater (Wæhrens, 2008). Hvis dette ikke er tilfelle, må det vurderes om intervensjonen skal fortsette eller endres på (ibid). Slik sett er evaluering en viktig del av hele den ergoterapeutiske arbeidsprosessen (Borg, 2007).

2.3 Prosjekt «Hverdagsrehabilitering i Norge»

I dette avsnittet vil jeg presentere deler av innholdet fra rapporten Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering som er utarbeidet av prosjektgruppen «Hverdagsrehabilitering i Norge», bestående av Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapiforbund og KS (Kommunesektorens organisasjon). Rapporten legger mye av grunnlaget for hvordan disse begrepene forstås i Norge i dag. I politiske føringer og dokumenter henvises det til rapporten, samt svenske og danske erfaringer, noe som rapporten bygger på (Ness, et al., 2012).

I 2012 ble prosjektet «Hverdagsrehabilitering i Norge» startet opp (Ness, et al., 2012). Målet er å stimulere norske kommuner til å etablere hverdagsrehabilitering som omhandler å tenke mestring før kompensering og passivisering (ibid). Prosjektene i Norge henter mye

¹ Med selvstendighet menes at personen selv tilrettelegger sin hverdag og tar egne beslutninger om deltagelse i hverdags-, arbeids- og fritidsaktiviteter, dvs. tar alle valg og beslutninger selv (Wæhrens, 2008)

inspirasjon fra modeller og arbeidsmetoder som er utviklet i Danmark og Sverige (Laberg & Ness, 2012). Her i Norge er hverdagsrehabilitering ett forholdsvis nytt fenomen, men mange kommuner har vist interesse for feltet. De fleste prosjekter som er startet i Norge, Sverige og Danmark har hovedfokus innen eldreomsorgen. Hverdagsrehabilitering omhandler i disse tilfellene arbeidet med hvordan eldre skal mestre det å bo hjemme lengst mulig, samt hvilke samfunnsøkonomiske fordeler hverdagsrehabiliteringen har ført til (ibid).

2.3.1 Hverdagsmestring – et grunnleggende tankesett

Hverdagsmestring blir sett på som det grunnleggende tankesettet for hverdagsrehabilitering (Ness, et al., 2012). Det har et forebyggende og rehabiliterende fokus som styrer ulike arbeidsformer og tjenester innen kommunale og private tjenester, og blir ikke sett på som et tankesett som kun benyttes innen hverdagsrehabilitering. Brukerstyring, mestring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt. Det antydes at en innføring av hverdagsrehabilitering vil kreve en grunnleggende endring av holdninger i å se verden på. Eksempelvis vil man gå fra å spørre «hva trenger du hjelp til?» til å spørre «hva kan trenes og tilrettelegges for at du skal mestre det du ønsker?». I Danmark kaller de denne holdningsendringen for et paradigmeskifte. Dette skiftet vil bidra til at det fokuseres på å gi støtte til mestring av ønskelige aktiviteter i hverdagen istedenfor å sette inn kompensierende tiltak (ibid).

2.3.2 Hverdagsrehabilitering

I rapporten benyttes definisjonen fra Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) for å beskrive hva hverdagsrehabilitering er (Ness, et al., 2012). Videre beskriver de at brukerstyring er en sentral del av hverdagsrehabiliteringen og at den kjennetegnes av:

- Den skjer på borgerens arena, i hjemmet og i nærmiljøet
- Vanlige hverdagsaktiviteter brukes i opptrening
- Den er et tilbud for eldre, selv om det ikke er klart definert nedre aldersgrense

-
- Den har et forebyggende perspektiv, ettersom den vedlikeholder mestring av hverdagsaktiviteter
 - Tidlig tverrfaglig kartlegging
 - Intensiv innsats på tidlig tidspunkt før den enkelte har mistet betydelig funksjon.

Hverdagsrehabilitering kjennetegnes av at man starter med spørsmålet; Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå? Ut fra hva den enkelte har av mål og hva den tverrfaglige kartleggingen viser, lages det mål og tiltaksplaner for en bestemt periode. Når det gjelder tidsperspektiv legges det vekt på individualisering av tiltak, noe som innebærer at tidsbruk tilpasses hver enkelt bruker.

I rapporten har de utarbeidet en oversikt over roller og arbeidsoppgaver, med tanke på best utnyttelse av faggruppene i teamet. Arbeidsoppgaver spesifikt for ergoterapeuten er kartlegging av brukers aktivitetsønsker og ADL-funksjon, utføre aktivitetsanalyser, tilrettelegge og igangsette trening av hverdagsaktiviteter i tråd med oppsatte mål, vurdere behovet for tilrettelegging, instruksjon og oppfølging av hjelpemidler og bidra til innsikt og mestring av egen situasjon hos borger og pårørende (ibid).

3. Teoretiske utgangspunkter

Dette kapittelet starter med å beskrive recovery, eller bedringsprosesser som det ofte kalles på norsk. Recovery blir sett på som et nytt paradigme som kan formidle håp om forandring og håp om bedring på tross av de erfarte opplevelsene den psykiske lidelsen har ført med seg (Borg, 2007). Da hverdagsrehabilitering innebærer å hjelpe mennesker til å oppleve bedring, synes jeg recovery er et relevant perspektiv for denne oppgaven. Samtidig harmonerer recoverybegrepet med verdiene i den ergoterapeutiske tilnærmingen i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser (ibid). Kapittelet tar videre for seg hverdagslivets betydning hvor Alfreds Schütz` teori om hverdagslivets verden presenteres. Dette anses som svært relevant da hverdagsrehabilitering og ergoterapeuters arbeid handler om å gå inn sammen med mennesker i deres hverdagsliv og forandre det (Borg, 2007).

3.1 Recovery

Alain Topor (2006) har valgt ordet «återhämtning» som oversettelse av recovery. På norsk blir recovery oversatt til bedring. Topor mener at bedring skiller seg både fra helbredelse og rehabilitering, siden helbredelse innen psykiatrien handler om at man er symptomfri og rehabilitering innebærer å (gjen-)erobre ulike funksjoner. Begge disse formene er en følge av de profesjonelles innsats. Bedringsbegrepet skiller seg fra helbredelse og rehabilitering på tre måter. For det første er det avhengig av individets egeninnsats og det arbeidet den enkelte selv gjør, oftest med hjelp fra andre. For det andre handler det om hele mennesket og ikke kun om symptomer eller manglende funksjoner. Det innebærer at personen kan leve med sine plager og ikke lenger lar det begrense livet, men godtar seg selv og at man har rett til å ha det bra. For det tredje innebærer bedring å ha makt over eget liv i den måte at man kan påvirke og utforme sitt eget liv (ibid).

Det er vanskelig å finne en allmenn definisjon på bedring og bedringsprosesser i litteraturen (Almvik & Borge, 2009; M. Borg & Topor, 2009; Topor, 2006) fordi bedring handler om krevende menneskelige utviklingsprosesser. Det er individuelle prosesser slik at det som hjelper for meg, kanskje ikke hjelper for deg. Hummelvoll (2012) påpeker at utfordringen med å definere recovery-begrepet entydig kan være en styrke fordi det gir åpenhet for at

bedringsprosesser en individuelt betinget. Likevel er det gjennom forskning og faglitteratur forsøkt å lage definisjoner på bedring. Mange og deriblant Topor (2006) referer til William Anthony sin definisjon av bedringsbegrepet:

Bedring beskrives som en dyp, personlig, unik endringsprosess som gjelder egne holdninger, verdier, følelser, mål og/eller roller. Det er en måte å leve et tilfredsstillende, forhåpningsfullt og konstruktivt liv på, selv innenfor den begrensede rammen sykdommen skaper. Bedringen krever at man utvikler en ny mening med livet og nye livsmål, samtidig som man legger den mentale sykdommens katastrofale effekter bak seg (ibid., s. 19).

Patricia Deegan (1988) beskriver recovery som et fenomen og hvordan det er en grunnleggende prosess for all bedring: "Recovery is an important and fundamental phenomenon upon which rehabilitation efforts depend Those of us who have been disabled know that recovery is real because we have lived it" (Deegan, 1998, s. 56). Hun beskriver blant annet hvordan det å bli alvorlig syk kan gjøre at man mister alt håp og uten håp så mister man også viljen til å gjøre noe. Videre understreker hun at for de fleste er ikke recovery en plutselig omvendelse der håpet kommer tilbake som et lynnedslag. Gradvis kan det komme tilbake gjennom å utføre små og enkle aktiviteter, og man må regne med tilbakeslag. «We rebuilt our lives on the three cornerstones of recovery – hope, willingness, and responsible action" (ibid., 1998, s. 56).

Topor (2006) henviser til at flere som har kommet seg fra psykiske lidelser forteller at bedring handler om en utviklingsprosess, hvor de ikke blir de samme som de var før problemene startet. Recovery handler ikke om et sluttprodukt eller resultat der man kan si at man er «kurert» (Deegan, 1998). Det handler mer om at gjennom å akseptere sine begrensninger kan man finne sine egne ressurser og hva man kan gjøre. Det er en prosess med mange små skritt, hvor mennesket må være villig til å prøve og feile for å kunne oppleve bedring (ibid). Alle erfaringene de har fått med seg gjennom den psykiske lidelsen vil være en del av dem for resten av livet, og det er ikke mulig å gå tilbake til en tidligere tilstand (Topor, 2006). Mange forteller også at de ikke ønsker å vende tilbake og at erfaringene har bidratt til en videreutvikling og at de opplever seg både sterkere og rikere (ibid).

Hummelvoll (2012) henviser også til at bedring handler om individuelle prosesser der mennesker finner sine egne veier og måter til bedring. Samtidig er den avhengig av den

sosiale sammenheng vi lever i. Videre påpeker Hummelvoll (2012) at bedring er noe allmennmenneskelig som alle har kjent på en eller flere ganger, og derfor kan det gjenkjennes når det forekommer. Deegan (1998) understreker at det ikke er mulig å tvinge frem recovery hos noen, samme hvor mye man måtte ønske det, men som hjelpere kan vi skape miljøer som gir næring til recovery prosessen (ibid).

3.2 Hverdagslivets betydning

For å kunne forstå hverdagsrehabilitering vil det være essensielt å ha innsikt i selve hverdagsbegrepet og hva det kan innebære. Ergoterapi beskrives ofte som det å ha fokus på dagliglivet/hverdagslivet og dets aktiviteter. For å kunne forstå betydningen som fagperson og formidle dette til andre mennesker vil det være sentralt å ha en forståelse av hverdagslivets innhold.

Alle mennesker har hver dag behov for å utføre meningsfulle, viktige eller nødvendige aktiviteter for å kunne delta i hverdagslivet og samfunnet (T. Borg, 2007). Det enkelte menneskets hverdag består av et mangfold av ulike aktiviteter, og de fleste er enkle gjøremål som vi sjelden tenker over om vi kan gjøre eller ikke. Det er først når man mister en eller flere fysiske eller psykiske funksjoner, at man blir klar over hvor viktig utførelsen av slike hverdagslige aktiviteter er (ibid).

Borg (2007) henviser til Agnes Hellers (f. 1929) beskrivelse av hvordan hverdagslivet ble et omdiskutert begrep først da det ble så komplisert, at det som tidligere hadde vært selvfølgelig og åpenbart måtte settes ord og teorier på. I den senere tid har «hverdagslivet» fått økt oppmerksomhet både i samfunnsdebatten og i forskningen. Det finnes et utallig antall definisjoner og syn på hverdagslivet. Jeg har valgt å presentere Alfred Schütz anerkjente teori om hverdagslivet, da den er mye anvendt og danner grunnlag for flere hverdagsteorier som har kommet i ettertid (T. Borg, 2007). Samtidig er dette en teoretisk forståelse av hverdagslivet som kan underbygge det menneske- og samfunnssynet som presenteres som ergoterapiens utgangspunkt (ibid).

Alfred Schütz - hverdagslivets verden

Alfred Schütz (1899-1959) anses for å være en av de første som satte ord på den hverdagen som alle kjenner, og han kom med en beskrivelse av hverdagslivet som de fleste kan kjenne seg igjen i (T. Borg, 2007). Schütz videreutviklet fenomenologien og ga den en sosial forankring (Thornquist, 2010).

«Den naturlige innstilling» har blitt et kjennetegn for Schütz teori om hverdagslivet (Schütz & Ulf-Møller, 2005). Han beskriver det som en common-sense² innstilling, der «min omverden forekommer givet og naturlig» (ibid, s. 8). Hverdagslivets handlinger, refleksjoner, fortolkninger og motiver opptrer naturlig og viser seg ubevisst som mønstre av aktiviteter og relasjoner. Gjennom de erfaringene vi får ved å leve i et bestemt miljø med historiske forutsetninger og sosiale, kulturelle og økonomiske betingelser utvikler vi en praktisk sans for hvordan vi skal forholde oss til vår omverden og håndtere hverdagslivet (ibid). Schütz definerer hverdagslivets verden som den virkeligheten som uten videre tas for gitt og er selvfølgelig for oss mennesker (T. Borg, 2007). Vår common-sense kunnskap benytter vi når vi handler innenfor *livsverden* som beskrives som de umiddelbart sansbare omgivelsene hvor vi lever våre liv (Schütz, 2005).

I hverdagslivet befinner mennesket seg alltid i en «biografisk betinget situasjon», noe som innebærer at den enkelte inntar en bestemt posisjon i tid, rom og et sosialt system (Schütz, 2005). Mennesket orienterer seg i hverdagslivet ut fra sin biografiske situasjon (Tuulik-Larsson, 1992). Tid blir beskrevet som objektiv tid og levd tid (Thornquist, 2010). Den objektive tiden er tiden som kan måles med tall, mens levd tid handler om hvordan man erfarer tiden. Schütz snakker om fortiden, nåtiden og fremtiden, hvor tid binder erfaringer sammen. Fortiden og fremtiden forstås ut fra nåtiden, og nåtiden betraktes i lys av tidligere erfaringer og personens fremtidsutsikter (ibid). Den sosiale verden deler Schütz inn i «omverden innenfor aktuell rekkevidde» og «medverden innenfor potensiell rekkevidde» (Thornquist, 2010). Omverden er området som kan manipuleres og nås innen syns- og hørselsvidde, og er individets aktuelle handlingsarena (Schütz, 2005; Thornquist, 2010). Medverden omhandler hvordan individets forventninger og vurderinger av handlemuligheter

² Common sense = sunn fornuft (Gundersen & Berulfsen, 2005)

påvirkes av avstanden i tid, rom og sosiale relasjoner til medmennesker, forgjengere og etterfølgere. Her har vi bare en indirekte relasjon til andre (ibid).

Hverdagens virkelighet oppleves som en intersubjektiv verden, der felles virkelighetsforståelse og samhørighetsforståelse dannes gjennom kommunikasjon (Thornquist, 2010). Intersubjektivitet danner et skarpt skille mellom hverdagen og de andre virkeligheter (T. Borg, 2007). Jeg vet at dagliglivets verden er like virkelig for andre som den er for meg, og at andre ser på denne felles verden fra en annen synsvinkel som ikke er identisk med min (ibid). Men gjennom den naturlige innstilling opplever vi hverdagslivets verden som den altoverskyggende (Schütz, 2005).

Det finnes ulike former for kommunikasjon, fra direkte kommunikasjon til f.eks. felles symboler som har en viktig funksjon for en nasjon (Thornquist, 2010). Schütz (2005) henviser også til at en forutsetning for kommunikasjon er en viss kongruens mellom partenes verdener. Mangel på delte typifiseringer kan medføre kommunikasjonsproblemer. Dette kan skyldes at enkeltpersoner har problemer med å uttrykke sin horisont, og/eller at mottaker kan ha problemer med å forstå (ibid). Mens kommunikasjonsprosessen pågår skapes det et felles «nå» som igjen leder til at vi erfarer en hendelse sammen (Tuulik-Larsson, 1992). I de vi-relasjonene vi etablerer skaper vi en felles hverdagsvirkelighet sammen. Schütz mener altså at common-sense-viten hovedsakelig overføres i menneskets primære sosialisering (ibid). Thornquist (2010) skriver følgende: «gjennom praksis og interaksjoner med andre i ulike sammenhenger bekreftes, avkreftes, videreutvikles og utfordres enkeltindividers antatt delte viten» (ibid., s. 111).

Hverdagslivets verden er noe vi kan endre ved våre handlinger, samtidig påvirkes våre handlinger av denne verden (Tuulik-Larsson, 1992). Schütz skiller mellom avsluttede og pågående handlinger, som henviser til et avsluttet resultat eller en prosess som er i gang (Schütz, 2005). Alle handlinger har en subjektiv mening og et betydningsinnhold som er brakt frem gjennom refleksive holdninger til avsluttede handlinger. Med dette mener Schütz (2005) at alle handlinger er motiverte. Motivene for handling har også en tidsmessig dimensjon (ibid).

Også hverdagens intersubjektivitet har en tidsmessig dimensjon (T. Borg, 2007). Hverdagen består av ulike aktiviteter som skal gjøres til bestemte tider, og som mennesker må forsøke å

organisere sine planer ut fra. Dersom noe uventet skjer og man kommer ut av kurs, har man et medfødt og umiddelbart behov for å gjenvinne orienteringen innen hverdagens tidsstruktur for å kunne returnere til hverdagens virkelighet (ibid).

4. Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for hvilke vitenskapsteoretiske og metodiske valg som er lagt til grunn i denne oppgaven. Valg av informanter, datainnsamlingen og analysearbeidet som er gjennomført vil bli beskrevet, og forforståelsen og etiske overveielser vil også bli presentert.

4.1 Vitenskapsteoretiske og metodiske utgangspunkter

I denne studien har jeg benyttet meg av en fenomenologisk hermeneutisk forståelse. Fenomenologien er opptatt av å skaffe frem beskrivelser av hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden, mens hermeneutikken er fokusert på fortolkningen av meningsinnholdet i teksten (Kvale & Brinkmann, 2010). I studien brukes det fenomenologiske perspektivet i forsøket på å gi presise beskrivelser av informantenes opplevelser og erfaringer. Fenomenologiens hensikt er å avdekke menneskers livsverden ved å få tak i den enkeltes perspektiver og beskrivelser av fenomenet (ibid). Et kjennetegn ved den fenomenologiske tilnærmingen er at man forsøker å sette egen forforståelse i parentes, såkalt bracketing (Malterud, 2011). For å kunne gjøre dette er det nødvendig å bli bevisst sin egen forforståelse. Gjennom en refleksiv holdning til egen innflytelse på datamaterialet har jeg forsøkt å gjengi informantenes erfaringer og meningsinnhold uten å legge mine egne tolkninger som fasit (ibid).

Hermeneutikken har gitt mulighet for å gi en økt forståelse av meningen i den transkriberte teksten (Kvale & Brinkman, 2010). Gjennom en hermeneutisk tilnærming søkes en dypere forståelse av meningsfulle fenomen gjennom en fortolkning av datamaterialet (Thornquist, 2010). Fokuset er en dypere forståelse gjennom å tolke meninger i menneskelige uttrykk (Malterud, 2011). Denne tolkningen er en dynamisk prosess som kalles den hermeneutiske spiral (Olsson & Sørensen, 2009). Thornquist (2010) forklarer begrepet spiral med at det alltid er en bevegelse som går videre og som i hver vending bidrar til en økt forståelse. Den hermeneutiske spiralen innebærer at man beveger seg mellom del og helhet i forsøket på å forstå begge best mulig (ibid). Delene forstås og fortolkes ut fra helheten, og helheten forstås

og fortolkes ut fra delene (Kvale & Brinkmann, 2010). På denne måten kan meningsforståelsen utvides ved at det stadig legges grunnlag for nye måter å forstå på, og dermed kommer forskeren aldri tilbake til samme sted, men oppnår dypere innsikt (Thornquist, 2010).

Empiriske data er grunnlaget for studiens søken etter ny kunnskap, og tilnærmingen har vært eksplorativ og deskriptiv. Da studiens fenomen er lite beskrevet, ble det valgt en eksplorativ tilnærming som er hensiktsmessig å bruke når man skal utforske et nytt område og forsøke å få en dypere forståelse av et eller flere fenomen (Olsson & Sörensen, 2009). Den deskriptive tilnærmingen bidro til at jeg som intervjuer kunne søke etter mest mulig åpne og nyanserte beskrivelser fra informantene (Kvale & Brinkmann, 2010). Dette gjør at de ulike kvalitative variasjonene informantene brakte på banen om hverdagsrehabilitering og ergoterapeuters bidrag kan komme til uttrykk (ibid). For å kunne få utdypende data om emnet og kunne svare på forskningsspørsmålene har jeg benyttet kvalitativ metode. Kvalitativ metode egner seg til å beskrive og analysere egenskaper, trekk eller kvaliteter ved et fenomen, noe som kan bidra til en økt forståelse (Malterud, 2011).

4.2 Utvalg

I studien er det foretatt et strategisk utvalg av 10 informanter. Et strategisk utvalg innebærer at man foretar et bevisst valg, ut fra visse kriterier av hvem som skal delta i undersøkelsen og anser dette utvalget for å ha best mulig potensial for å belyse fenomenet (Malterud, 2011). Informantene er alle utdannet ergoterapeuter og arbeider innenfor ulike nivåer i helsevesenet eller innehar mer fagspesifikke stillinger på andre arbeidsarenaer. Informantene er i hovedsak valgt ut fra min kjennskap til dem gjennom mitt arbeid eller ved at de er fagpersoner jeg har fått kjennskap til gjennom andre ergoterapifaglige arenaer. Fire av informantene er rekruttert via andre informanter som allerede hadde sagt ja. Grunnen til dette er at jeg ikke hadde et stort nok utvalg ut fra eget kjennskap, samt at noen av dem jeg sendte forespørsel til takket nei til å delta. Enkelte av dem jeg forespurte ga positiv tilbakemelding sent, og de ble dermed ikke tatt med som informanter. Så i utgangspunktet kunne jeg hatt flere enn ti informanter,

men jeg valgte å stoppe ved ti, slik at jeg ikke fikk et for omfattende datamateriale som ville føre til en for omfangsrik og stor analyse (Malterud, 2011).

Inklusjonskriterier for utvalget har vært at alle skulle være utdannet ergoterapeuter og arbeide eller ha erfaringer med arbeid innenfor psykisk helsearbeid, og/eller ha kjennskap til hverdagsrehabilitering. Fem av informantene arbeidet ikke i stillinger hvor de var knyttet direkte til arbeid med mennesker med psykiske lidelser da intervjuene ble gjennomført, men fire av dem hadde flere års erfaring med slikt arbeid fra tidligere. Den femte var en ergoterapeut med dybdekunnskap om hverdagsrehabilitering. Videre er informantene fordelt mellom storby, by og tettsted, og begge kjønn er representert.

4.3 Datainnsamling og transkribering av intervju

For å få frem informantenes perspektiver og meninger på en eksplorerende måte er det brukt semistrukturert intervju som åpner opp for informantenes beskrivelser av fenomenene (Kvale & Brinkmann, 2010). Semistrukturert intervju innebærer at det utarbeides en intervjuguide med visse temaer og spørsmål som skal belyses. Samtidig er det et åpent intervju som innebærer at andre tema som informanten bringer opp underveis kan belyses (ibid).

Intervjuene har hatt varierende varighet fra førti minutter og opp til nesten to timer. De fleste intervjuene varte i overkant av en time. Et intervju ble gjennomført med to informanter tilstede, etter informantenes eget ønske. Alle intervjuene har tatt utgangspunkt i en forholdsvis strukturert intervjuguide (vedlegg 2). Intervjuguiden ble under intervjuene brukt mer som en forsikring om at sentrale tema i undersøkelsen ble belyst, og for å sikre god flyt i intervjusituasjonen. Jeg fulgte den ikke slavisk.

Intervjuene startet med en kort introduksjon om min interesse for emnet og hensikten med undersøkelsen. Jeg opplevde intervjuene som en samtale mellom to parter med felles interesse for tema og fagområdet (Kvale & Brinkmann, 2010). Flere ganger kom informantene selv inn på spørsmål som fulgte senere ut i intervjuguiden slik at det oppstod en endring i rekkefølgen. Oppfølgingsspørsmål ble stilt underveis der jeg følte at det var interessant å følge en tråd informanten tok opp eller hvor jeg ønsket en dypere forklaring av informanten.

Etter hvert som jeg gjennomførte intervjuene lærte jeg mer om hvor fokuset burde ligge og ble mer fristilt fra intervjuguiden (Malterud, 2011). Jeg har forsøkt å være åpen og nysgjerrig på det informantene uttalte, og ved å tillate noen avsporinger kom det frem uventet kunnskap og gode eksempler. Men samtidig synes jeg at balansen mellom styring og fleksibilitet har vært noe utfordrende. I tre av intervjuene opplevde jeg at det var tungt å få informantene i gang. Jeg benyttet meg da av eksempler jeg selv har lest eller erfart, og har i analyseprosessen vært bevisst på at dette kan ha påvirket informantenes svar og retning for samtalen.

Intervjuene ble gjennomført som individuelle samtaler på ulike steder, alle på informantenes arbeidssteder. Det har vært lokaliteter som møterom og kontorer som har blitt benyttet, og alle har vært egnet for gjennomføringen.

Digital lydopptaker ble benyttet under intervjuene og samtalene er lagret på minnekort. Samtalene ble avspilt fra lydopptakeren mens de ble transkribert. Jeg transkriberte alle intervjuene selv og de er transkribert ordrett. Transkriberingen har blitt foretatt underveis etter som intervjuene har blitt gjennomført. Dette bidro til å få fram hvilke spørsmål og tema som burde få hovedfokus i de neste intervjuene. Den ferdig transkriberte teksten ble på 371 sider og har vært grunnlaget for den videre analysen.

4.4 Analyse

«Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet» (Malterud, 2011, s.91). Undersøkelsens data er empiriske og analysen har foregått gjennom en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Jeg har benyttet meg av Malteruds (2011) beskrivelse av analyseprosessen og den består av følgende fire hovedelementer; 1) helhetsinntrykk 2) meningsbærende enheter 3) kondensering 4) sammenfatning.

Helhetsinntrykket ble dannet allerede under intervjuene og etter hvert har transkriberingen og gjennomlesning av datamaterialet bekreftet eller korrigert helhetsinntrykket.

Da to av informantene ønsket å bli intervjuet sammen endte jeg opp med 9 transkriberte intervjuer. På grunn av et forholdsvis stort datamateriale leste jeg gjennom intervjuene to ganger for å danne meg et helhetsinntrykk. Under denne gjennomlesningen forsøkte jeg å

sette min forforståelse og den teoretiske referanserammen til side, for å kunne fokusere på og være åpen for alle sider datamaterialet kunne formidle (Kvale & Brinkmann, 2010). I dette første trinnet anbefaler Malterud (2011) at man intuitivt skal komme frem til noen foreløpige temaer i datamaterialet, og at det her er vesentlig ikke å starte systematiseringen. Jeg opplevde å få alt for mange foreløpige temaer og klarte ikke å se disse som noe videre hjelp i analysearbeidet. Derfor bestemte jeg meg for å starte med å kode meningsbærende enheter i de fem første intervjuene for å ha et litt mindre datamateriale som utgangspunkt.

Før jeg startet å lete etter meningsbærende enheter og kode gav jeg alle intervjuene en farge slik at jeg videre i prosessen kunne gjenkjenne fra hvilket intervju teksten var hentet. Meningsbærende enheter kan være korte eller lange tekstbiter, og ifølge Malterud (2011) er det bedre å ta med litt for mye enn litt for lite. «Kodearbeidet tar i utgangspunktet sikte på å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enheter i teksten» (Malterud 2011, s. 101). Kodene bidrar som merkelapper og skal samle meningsbærende enheter som har et felles innhold.

Jeg startet med å lese gjennom fem intervju der jeg fant meningsbærende enheter og kodet disse. Da det var gjort samlet jeg alle kodene og forsøkte å finne noen overordnede koder å bruke videre i analysearbeidet av de neste intervjuene. Samtidig var jeg bevisst på at andre koder kunne dukke opp og at gjennomgangen av de fire siste intervjuene kunne gi ny og annen kunnskap enn de første fem. Da alle intervjuene var lest gjennom og meningsbærende enheter var kodet, gikk jeg gjennom alle kodene på nytt og oppdaget at det hadde dukket opp nye koder etter gjennomgangen av de fire siste intervjuene. Jeg hadde da cirka 40 koder og så at flere av dem kunne omhandle samme tema og passet sammen, og at jeg kanskje hadde vært litt for detaljert i kodesettingen. Videre organiserte og sorterte jeg datamaterialet i kodegrupper, der koder med samme innhold/betydning ble slått sammen. Underveis i kodingen opplevde jeg også at flere av de meningsbærende enhetene kunne passe inn under flere koder.

Jeg opplever at jeg har brukt mye tid på å slå sammen koder og finne ut hvilke meningsbærende enheter som hører sammen. I etterkant kan jeg også se at jeg sannsynligvis har tatt med en del tekst som ikke var relevant for funnene og derfor har blitt fjernet underveis som hovedkategorier vokste frem. Jeg endte tilslutt opp med 4 hovedkategorier som inneholdt

en del underkategorier i tillegg. Som også Kvale (2010) skriver oppdaget jeg at noen av kategoriene var mer omfattende enn andre, og at det var meningsbærende enheter som måtte flyttes eller ikke hørte hjemme under noen av kategoriene. Da dette var gjort gikk jeg gjennom alle kategoriene og forsøkt å skrive et kondensat av de meningsbærende enhetene. Jeg brukte jeg-form slik som Malterud (2011, s. 106) anbefaler, men ser nok at jeg hovedsakelig har gjenfortalt og sammenfattet for lite i denne prosessen, slik at det måtte jeg og gjøre i etterkant. Og som Malterud (2011) skriver «også på dette trinnet skal vi benytte anledningen til å justere kodegruppene etter hvert som subgruppene gir oss ny innsikt i hva vi kan lære noe om» (ibid., s.107). Denne kontinuerlige justeringen synes jeg har vært gjentakende for hele analyseprosessen.

4.5 Forforståelse

Den forestilling eller erfaring man har på det området det skal forskes på kalles forforståelse (Olsson & Sörensen, 2009). Malterud (2011) beskriver forforståelsen som en ryggsekk med erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen vi har med oss ved prosjektets begynnelse. I denne sammenhengen har min forforståelse handlet om mitt syn på hva hverdagsrehabilitering kan innebære innen psykisk helsearbeid, samt hvilket bidrag jeg som ergoterapeut kan ha i en slik arbeidsform.

Jeg har selv flere års erfaring som ergoterapeut på en psykiatrisk avdeling med personer med alvorlig psykoseproblematikk og samtidig rusmisbruk. Gjennom dette arbeidet har jeg sett hvordan disse personene kan slite med hverdagslige problemer som å delta i aktiviteter og arbeid, være sosiale, holde orden på økonomi og hushold. Jeg har til tider også opplevd at mange av disse personene er lite motiverte for å gjøre endringer i livet sitt. I mitt arbeid har mye av fokuset vært å motivere pasienter til å delta i aktiviteter og sette opp mål for livet sitt. Samtidig som det har vært utfordrende, har jeg også opplevd at den ergoterapeutiske intervensjonen i flere tilfeller har bidratt til gode behandlingsforløp.

Som ergoterapeut er jeg opptatt av hvilken betydning aktiviteter kan ha for mennesker, samt følelsen av mestring og selvstendighet. Og da jeg leste rapporten om Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering, tenkte jeg med en gang at dette er typisk ergoterapeutisk arbeid og at her har ergoterapeuter mye å bidra med. Samtidig satt jeg med en opplevelse av at det finnes

for få ergoterapeuter innen psykisk helsearbeid, og at det slik sett derfor kan være utfordrende å få gjennomført dette arbeidet. Jeg så på hverdagsrehabilitering som noe nytt og en ny arbeidsform som kan bidra til å gi mennesker med psykiske lidelser bedre helsetjenester.

4.6 Etske hensyn

Studien er basert på frivillig deltakelse, konfidensialitet og anonymitet. Ved forespørselen om informantene ville delta i undersøkelsen ble det sendt ut et informasjonsskriv (vedlegg 1) som kort forklarte mål og hensikt med undersøkelsen samt de etiske prinsippene. Vedlagt lå også en samtykkeerklæring som informantene skrev under på i forkant av intervjuet. Informantene har hatt muligheten til å trekke seg fra studien når som helst uten å måtte begrunne dette. Alle data som har blitt samlet inn har blitt oppbevart på et hjemmekontor og vært innelåst når jeg ikke har vært tilstede. Persondata og den transkriberte teksten er oppbevart uavhengig av hverandre slik at de ikke kan kobles. Ingen utover min veileder har hatt tilgang til dataene. Etter godkjenning av masteroppgaven vil alle data bli makulert.

Informantene har deltatt i undersøkelsen i sin rolle som fagpersoner og med det utgangspunktet så har ikke private eller personlige forhold blitt behandlet. Dialektuttrykk i sitater er utelukket for å unngå risikoen for gjenkjennelse av informantene (Kvale & Brinkmann, 2010). Alt transkribert materiale er derfor skrevet på bokmål. Historier og eksempler som forteller om spesifikke hendelser er ved behov skrevet litt om for å bli mer generelle og for å unngå at de kan bli gjenkjent. Innholdet og poenget er allikevel bevart.

Malterud (2011) understreker at «kvalitative studier forutsetter gjensidig tillit» (ibid, s. 207), og at denne tilliten er viktig for at det skal bli en god kontakt mellom forsker og informant. Jeg opplevde at jeg hadde en god kontakt med informantene i alle intervjuene og at vår felles interesse og engasjement for temaet hverdagsrehabilitering bidro til dette. Samtidig startet jeg alle intervjuene med litt kort informasjon om oppgaven og lett prat om temaet, som bidro til å gi en god stemning.

Jeg kontaktet personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for å avklare om prosjektet var meldepliktig. Jeg ble anbefalt å melde inn studien og fikk godkjenning fra NSD 12.3.2013.

4.7 Om metodevalg og datakvalitet

Jeg har gjennom metodekapittelet gjort rede for mine vitenskapsteoretiske og metodiske valg. Her vil jeg reflektere rundt disse valgene og datakvalitet når det gjelder kunnskap som har blitt dannet gjennom denne undersøkelsen. Man skal alltid ha respekt for at funn skal håndteres og gjengis med forsiktighet, samt at relevans, validitet og gyldighet er sentrale aspekter når forskningens kvalitet skal vurderes (Malterud, 2011).

Validitet handler om en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke og bidrar til å gi gyldig, vitenskapelig kunnskap (Kvale, 2010). I denne sammenheng blir det et spørsmål om hva som er sannhet i søken etter å utvikle ny kunnskap om fenomenet. Reliabilitet handler om kunnskapen som har kommet frem i denne studien er pålitelig (Johannessen & Tufte, 2002). Det handler blant annet om studiens data, hvilke data som brukes, måten de samles inn på og hvordan de bearbeides (ibid). Reliabilitet i sammenheng med om dataene kan reproduseres, og ved stort samsvar mellom resultatene anses en høy reliabilitet (Kvale, 2010). Samtidig påpekes det at et for stort fokus på reliabilitet vil kunne virke som et hinder når det gjelder kreativ tenkning og variasjon.

Det eksplorative utgangspunktet har vært mest nærliggende og hensiktsmessig med tanke på at det finnes lite kunnskap om hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid, og i Norge er det per dags dato få hverdagsrehabiliteringsprosjekter som har fokus på psykisk helse. Så slik sett har det eksplorative bidratt til at jeg kunne gå åpent ut og få ulike nyanser fra informantene (Olsson & Sørensen, 2009). Dette opplever jeg at har bidratt til å gi et fargerikt datamateriale med stor kunnskapsbredde, som har bidratt til både pålitelighet og gyldighet. Selv om informantene ga mange like tilbakemeldinger og datamaterialet består av en del fellestrekk, bidro hvert intervju med noe unikt.

Den fenomenologiske tilnærmingen har jeg valgt for å kunne gjøre så nøytrale, nøyaktige og korrekte beskrivelser som mulig (Kvale, 2010). Dette har blant annet ført til at jeg har kunnet forstå fenomenet ut fra informantenes egne subjektive perspektiver (Thornquist, 2010). For å kunne gjøre dette har bevissthet rundt egen forforståelse vært nødvendig, og det har ført til at jeg har forsøkt å møte fenomenet med åpenhet og uten forventninger, som om jeg møtte det for første gang. Jeg anser dette som en viktig del av studien da jeg i forkant hadde meninger om og erfaringer fra arbeid med mennesker med psykiske lidelser, og tanker rundt hva de er i

behov av og hva ergoterapeuten kan bidra med. I avsnittet om forforståelsen blir det forsøkt å redegjøre for disse tankene.

«Hermeneutikken går ut på å fortolke og forstå hvordan menneskets liv og eksistens kommer til uttrykk i det talte og skrevne språket» (Olsson & Sørensen, 2009, s. 102). Jeg har gjennom denne prosessen forsøkt å forstå og finne mening i de ulike delene av datamaterialet, hele tiden med utgangspunkt i helheten. Samtidig har jeg merket hvordan det å forstå nye deler påvirker helheten, som igjen påvirker hvordan jeg ser på de nye delene. Det hele har bidratt til at jeg har hatt en opplevelse av å utvide horisonten og forståelsen min av fenomenet, slik som det beskrives i den hermeneutiske spiral (Thornquist, 2010). Dannelsen av mening og forståelse er gjort i sammenheng med de teoriene og tidligere forskningen som ligger til grunn.

Malterud (2011) beskriver at kvalitativ metode kan være et bidrag til å presentere mangfold og nyanser. Gjennom kvalitativ metode er det også en nærhet og åpen interaksjon mellom informant og forsker, noe som bidrar til å bedre forståelsen (Kvale, 2010). Jeg opplevde at intervjuene var preget av et godt klima og gode samtaler der to personer snakket om et tema de begge hadde stor interesse for (Olsson & Sørensen, 2009). Ved å benytte semistrukturert intervju har jeg som forsker hatt mulighet for å styre samtalen inn på det faglige fokuset for studien. Det var viktig å holde en balanse der det ikke ble en helt fri samtale, men heller ikke som et strukturert spørreskjema (Malterud, 2011). Intervjuguiden jeg utarbeidet inneholder strukturen og fokuset som er viktig å opprettholde under et intervju. Gjennomføringen av intervjuene stod for den mer fleksible og åpne delen, da intervjuguiden ble brukt som en påminnelse om hvor fokuset skulle ligge. Ved å bruke oppfølgings spørsmål underveis i intervjuene opplever jeg at jeg har fått ivaretatt det spesifikke og fokuserte aspektet, samt at det bidro til å utforske nye perspektiv informantene brakte på banen. Dette bidro til at flere sider ved fenomenet kunne komme frem (ibid).

Ved at jeg har brukt ustrukturert intervju i datainnsamlingen kan det tenkes at reproduksjon ville blitt vanskelig, også fordi det kan tenkes at selve møtet kan ha påvirket hvilken informasjon informantene brakte frem under intervjuene. På samme tid er temaene informantene vektla så tydelige at det kan tenkes at hovedtrekkene likevel ville blitt de samme

og at funnene derfor kan regnes som gyldige. Alle informantene har fått mulighet til å lese gjennom resultatdelen og gi tilbakemelding.

Det er gjennomført et strategisk utvalg fordi studien ønsker å samle et rikt og variert materiale (Malterud, 2011). Samtidig kan det være en fare for at informanter valgt gjennom strategisk utvalg ikke representerer populasjonen og dermed gir mindre grunn til å generalisere, såkalt utvalgsbias (Malterud, 2011; Olsson & Sörensen, 2009). Informantene i denne studien er alle utdannet ergoterapeuter, men samtidig arbeider innehar de ulike stillinger og utøver sitt arbeid på et spredt geografisk område på Østlandet. Hensiktsmessighet er utgangspunktet i utvelgelsen for å sørge for at materialet inneholder tilstrekkelig rike data (Johannessen & Tufte, 2002). Representativitet er lite relevant for et utvalg av kvalitative data (Malterud, 2011). «Det strategiske utvalg kan derfor bidra til å styrke påliteligheten på resultatnivå» (Malterud, 2011, s.58). Jeg valgte bevisst et utvalg med mangfold og variasjonsbredde som har gitt mulighet for et rikt datamateriale. Dette var viktig for meg da jeg var opptatt av ikke å ha et homogent utvalg som kunne ende opp med å gi et snevert og ensartet datamateriale. Et homogent utvalg kan medføre vanskeligheter i forhold til å få frem ny kunnskap (ibid).

For noen av funnene i resultatdelen opplevde jeg stor enighet blant informantene. Malterud (2011) beskriver hvordan konsensus rundt et funn kan øke sannsynligheten for gyldighet. Samtidig er det viktig at for stor enighet kan bety at funnene ikke bringer frem ny kunnskap, men bare bekrefter allerede eksisterende kunnskap (ibid). Selv om jeg i deler av resultatene kunne oppleve stor enighet, så mener jeg også at datamaterialet bidro med nyanser og ulike aspekter som jeg har forsøkt å bevare best mulig. I resultatdelen har hverdagsrehabilitering fått en stor plass, og dette skyldes at det var i forhold til disse spørsmålene at informantenes bidrag var størst. I etterkant kan jeg se at det var mye av det informantene brakte frem under hverdagsrehabiliteringsdelen som har konsensus med det informantene bidro med under spørsmålene om ergoterapeutens bidrag. En av grunnene til dette er sannsynligvis at ergoterapeuter har bidratt til utviklingen av innholdet i hverdagsrehabilitering og derfor finnes mye av den ergoterapeutiske tankegangen i hverdagsrehabiliteringen.

Det kan tenkes at et utvalg med ulike faggrupper ville ha ført til andre funn spesielt i forhold til temaet hverdagsrehabilitering. Dette kunne ha bidratt til sikring av validitet og gyldighet i funnene da hverdagsrehabilitering skal være en tverrfaglig innsats. Samtidig ville et

tverrfaglig utvalg sannsynligvis gitt utfordringer rundt validiteten og relevans i forhold til ergoterapeutens bidrag i hverdagsrehabilitering da andre yrkesgrupper oppleves å være lite kjent med ergoterapiens utøvelse og bidrag.

5. Resultatpresentasjon

Analysearbeidet førte til fire hovedkategorier, alle med underkategorier som vist i tabell nedenfor. Under presentasjonen av hver hovedkategori vises en systematisk oversikt over hovedkategori, underkategori og meningsbærende enheter. I de tre første kapitlene presenteres informantenes kunnskaper og erfaring rundt hverdagsrehabilitering. I det siste kapitlet beskrives informantenes tanker rundt hva ergoterapeuter kan bidra med innen hverdagsrehabilitering.

Hovedkategorier	Underkategorier
Hverdagsrehabilitering	Eksisterende rehabiliteringsfokus i kommunene kan økes
	Hverdagsrehabiliteringens innhold
	Målgruppe for hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid
	Dagens stigmatisering gir utfordringer
Sentrale momenter ved hverdagsrehabilitering	Respekt for brukerens ønsker og perspektiv
	Fleksible tilpasninger og varierte tilnærminger
	Motivasjonsarbeid er en viktig del av hverdagsrehabilitering
	Tilstrekkelig med tid er avgjørende for bedring
Aktivitet versus passivitet	Hverdagsrehabilitering som empowerment
	Selvfølgelige hverdagsaktiviteter er viktig for den psykiske helsen
	Å ha et sosialt nettverk er betydningsfullt
	Pårørende er en viktig samarbeidspartner og ressurs
Ergoterapeuter ser vitenskapelig på hverdagsaktiviteter	Aktivitetsfokuset gjennomsyrrer ergoterapeutisk arbeid
	Et helhetlig fokus – samspill mellom person, aktivitet og omgivelser
	Fokus på ressurser, mestringsopplevelser og selvstendighet
	Kartlegging, vurdering og intervensjon
	Aktivitetsanalyse

5.1 Hverdagsrehabilitering

Kapittelet oppsummerer de erfaringer, meninger og tanker informantene har rundt hverdagsrehabilitering. Det omhandler hva informantene tenker om dagens psykisk helsearbeid, hva de legger i begrepet hverdagsrehabilitering, samt hvilken målgruppe de ser for seg innen dette feltet.

Hovedkategori	Underkategorier	Utvalg av meningsbærende enheter
Hverdagsrehabilitering	Eksisterende rehabiliteringsfokus i kommunene kan økes	Har alltid jobbet med hverdagsaktiviteter og hatt et rehabiliteringsfokus Opptrappingsplanen har ført til varierende tilbud Rehabilitering har kommet i skyggen av et stort fokus på pleie og omsorg Et samfunn med mange ulike etater byr på utfordringer, spesielt i forhold til NAV Individuelle tiltak må stadig veies opp mot økonomi og regelverk
	Hverdagsrehabiliteringens innhold	Kan ikke skilles mellom ulike typer rehabilitering slik som innen somatisk helse All rehabilitering skjer i hverdagen Rehabilitering er personens prosess – fagpersonen er veileder Man gjenvinner aldri samme funksjoner – sykdomserfaringer bidrar til endringer Hverdagsrehabilitering – en ny bølge? Forebygge psykose og innleggelse Ordinære hverdagsaktiviteter, mestre hverdagen «Å få være en samfunnsborger ut i fra ressurser og muligheter og interesser» Utfordrende når brukere isolerer seg Et faremoment om «alle» skal hverdagsrehabiliteres
	Målgruppe for hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid	Mennesker med alvorlige psykiske lidelser Stor funksjonssvikt Sammensatt problematikk
	Dagens stigmatisering gir utfordringer	Vanskelig å få jobb Mye selvstigmatisering Dagens selvstigmatisering vil påvirke rehabiliteringsarbeidet

5.1.1 Eksisterende rehabiliteringsfokus i kommunene kan økes

Rehabiliteringsfokuset har eksistert over lengre tid innenfor psykisk helsearbeid i kommunene, og hverdagsmestring og fokus på hverdagsaktiviteter er noe flere av informantene alltid har jobbet med. Bestemte modeller eller begrep har ikke vært benyttet, men det er fokus på å redusere tiltak og tjenester etter hvert som brukerne blir mer

selvstendige. Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse fulgte midler, forventninger og press om at kommunene måtte bygge opp et nytt system i takt med at institusjonene ble bygd ned. Men det var opp til hver enkelt kommune å bestemme hva tilbudene skulle bestå i, noe som har ført til at det har blitt veldig varierende.

«Innenfor psykisk helse så har vi tross alt gått igjennom en reform, opptappingsplanen for psykisk helse, som kanskje har gjort de grepene som samhandlingsreformen nå prøver å få til for somatikken».

Samtidig som det har vært et eksisterende rehabiliteringsfokus i kommunene, kommer det frem at tanken om forebygging og rehabilitering har kommet i skyggen av et stort fokus på pleie og omsorg. Hverdagsrehabilitering med økt fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid er derfor en ønskelig arbeidsform i fremtiden. Men gjennomføring av hverdagsrehabilitering i dagens samfunn kan by på utfordringer. Det påpekes at vi lever i et samfunn med mange ulike etater man skal forholde seg til for å få hverdagslivet til å fungere, og ved sykdom blir man veldig avhengig av hvordan dette systemet virker og opptrer. Informantene forteller om et tungrodd NAV-system hvor det kan være vanskelig å få til et samarbeid om deltakelse i aktiviteter eller en fast inntekt for brukerne. Brukerne slites ut ved at de bruker all sin energi på møter med NAV og frustrasjoner over et system som ikke fungerer. I datamaterialet kommer det tydelig frem at dagens tilbud i stor grad styres av regelverk og hvilke ressurser kommunene har tilgjengelig. Dette gjør at ikke alle ønsker og behov kan oppfylles. En form for balansegang mellom individuell oppfølging og tilrettelegging opp mot regelverk og budsjett er noe helsepersonell må stå i daglig.

«Det kommer stadig nye brukere inn og da sier det seg selv at noen må ut også».

5.1.2 Hverdagsrehabiliteringens innhold

Innen psykisk helse kan det ikke skilles mellom ulike typer rehabilitering på samme måte som innen somatisk helse, hvor det f.eks. på institusjoner drives spesifikk rehabilitering. Mange personer med psykiske lidelser har faktisk hverdagslivet sitt på institusjon og da er det der hverdagsrehabiliteringen må foregå. Og en bolig i kommunen kan i noen tilfeller godt ligne mer på en institusjon enn et hjem. Derfor må det fokuseres på at bedringsprosesser skjer i

hverdagslivet uavhengig av hvor man oppholder seg, og at det er i sin egen hverdag man er opptatt av å leve livet.

«Jeg synes det er et litt pussig begrep egentlig, for jeg tenker at all rehabilitering handler om hverdagen, så for meg så blir det litt smør på flekk».

Utfordringen ved at det stadig utvikles nye begreper innen helsearbeid finnes også i datamaterialet. Helsevesenet er fullt av eksempler på at ting skal bli annerledes fordi man har fokus på et begrep over en periode. Det henvises blant annet til opptrappingsplanen for psykisk helse, opptrappingsplan for rusfeltet og dagens samhandlingsreform. Det understrekes at innholdet i begrepet og varig verdi er det som bør prioriteres og legges vekt på.

«Det er jo fare for at dette hverdagsrehabiliteringsbegrepet kan bli en bølge, ikke sant. Det er faren at slike begreper blir en bølge uten innhold, eller at noen gjør karriere på det eller at dette blir litt hot, også går det fem år også er det en ny bølge».

Hovedmålet med hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid vil være å forebygge psykose og innleggelse, da innleggelse kan være dramatisk med store funksjonsfall, og noe som tar lang tid å komme seg over. Videre handler hverdagsrehabilitering om ordinære hverdagsaktiviteter og at hver enkelt bruker skal bli mest mulig selvstendig og kunne mestre hverdagen på best mulig måte.

«At det kanskje først og fremst omhandler mestring i hjemmet ditt og hverdagen din, og ikke sånn opptrening og spesifikk funksjonstrening, men her tenker jeg at du skal ut i det virkelige livet».

Dette gjøres blant annet ved å finne ut hva som er viktigst for hver enkelt i livet her og nå, samtidig om man har fokus på hva som er viktigst å prioritere i den nærmeste fremtid. Det handler om å gå mer spesifikt inn på hverdagsaktivitetene til hver enkelt og bistå brukeren slik at hans/hennes mål oppnås.

«Også er det jo folk som, folk får jo flotte tilbud om jobb og praksisplasser, men hvis de ikke klarer å komme seg opp av senga så hjelper det liksom ikke. Så det handler om å være der problemet faktisk er».

I datamaterialet fremheves det at man gjennom rehabilitering aldri gjenvinner samme funksjoner og kommer tilbake til situasjonen man var i før problemene startet, fordi å erfare et helseproblem eller en psykisk lidelse gjør noe med ens liv og med en selv. Det er en erfaring som man lever videre med og som endrer en og bidrar til at man skaper seg et nytt liv. At det handler om individuelle prosesser kommer også til uttrykk gjennom at det er varierende behov for hvor mye som skal til for at brukeren opplever bedring. Meningsfulle aktiviteter for hver enkelt er viktig, og at man ikke skal presses inn i noe man ikke er interessert i.

«Å få være en samfunnsborger ut i fra ressurser og muligheter og interesser»

Informantene påpeker også noen utfordringer med hverdagsrehabilitering og det er i de tilfellene hvor brukere ikke ønsker hjelp, isolerer seg og ikke vil møte hjelperne. Slik sett blir frivilligheten sett på som en utfordring, samtidig som det er viktig å respektere frivilligheten. Men det er ikke alltid helsetjenesten kan hjelpe og det er ikke alltid mulig å unngå tvangsinnleggelse.

Et faremoment ved hverdagsrehabilitering er at fagpersoners fremtreden er avgjørende for om det blir en god tjeneste. Risikoen er at det kan bli en ny «tvangstrøye» som innebærer at alle skal hverdagsrehabiliteres. Det kan godt hende at folk vil ha hverdagen sin for seg selv, også kommer det noen velmenende mennesker og skal hverdagsrehabiliter dem. Samtidig advares det mot at hjelpeapparatet kan bli så ivrige på å drive med hverdagsrehabilitering at vektlegging av brukerens ønsker og behov blir glemt.

5.1.3 Målgruppe for hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid

Flere av informantene trakk frem at det er et stort spenn i brukergruppen innen psykisk helsearbeid i kommunen. Det innebærer alt fra personer med lettere angst til de med alvorlige psykiske lidelser som psykose og schizofreniproblematikk, samt rusproblemer. Det henvises i hovedsak til mennesker med alvorlige psykiske lidelser når det gjelder hverdagsrehabilitering. Dette er personer som har vært alvorlig syke over lengre tid og kanskje har flere og/eller lengre institusjonsopphold bak seg, som kan ha medført at de har pådratt seg flere «lidelser» i form av institusjonalisering.

«Vi prioriterer psykosegruppa veldig høyt, fordi de ofte har stor funksjonssvikt i hverdagen».

«For det jeg tenker jo, du skal ha en viss sammensatt problematikk for å ha rehabilitering».

En generell positiv innstilling til hverdagsrehabilitering viser seg i datamaterialet, og hverdagsrehabilitering anses som en god tilnærming for mange mennesker med ulike psykiske lidelser. Men i enkelte tilfeller er folk rett og slett for dårlige, og er i behov av ro, mer enn motivering for gjennomføring av ulike hverdagsaktiviteter.

«Også må det ikke bli slik at man skal tre alle inni samme formen uavhengig av om de passer eller ikke».

5.1.4 Dagens stigmatisering gir utfordringer

Somatiske problemer er ofte mindre stigmatiserende å leve med enn psykiske helseproblemer, og mennesker med somatiske sykdommer har ofte en større tilgjengelighetsrett i forhold til tilrettelegging av f.eks. en jobbsituasjon. For mennesker med psykiske lidelser kan det være svært vanskelig å få seg en jobb, og helseproblemet bør helst ikke snakkes om da det blant annet kan skape en engstelse.

«Altså jeg hører folk sier at NAV fraråder folk å si det. Det er jo sterkt, dramatisk, men de anbefaler deg ikke å si det, skrive det i søknaden eller at det er det første du sier, men la det komme frem hvis det er naturlig».

Det er mange barrierer som er knyttet til det å leve med et psykisk helseproblem. Det kan blant annet innebære mye selvstigmatisering, der folk mister selvfølelsen, selvtilliten og troen på at de kan få til noe. Mange med psykiske lidelser føler at de må jobbe dobbelt opp hver dag for å bevise at de mestrer jobben, og selvstigmatiseringen vil bidra til å opprettholde denne følelsen. Selv om omgivelsene har gitt denne jobben til deg, så får man et behov for å bevise at man er flink. Man lever i et forferdelig krav og press.

«I forhold til folk med psykiske helseproblemer så vil folk komme med bekymringer om de vil være pålitelige, om de vil møte opp på jobben, om de er farlige».

Dagens stigmatisering som er knyttet til psykisk helse og rusproblemer vil påvirke utøvelsen av rehabiliteringsarbeidet innen psykisk helsearbeid.

«Den sosiale modellen for funksjonshemming er jo mye mer opptatt av at det er omgivelsene som er funksjonshemmende, det er ikke personen som er funksjonshemmet. Og i forhold til psykisk helseproblematikk, så er det jo omgivelsene som er funksjonshemmende fordi de gjør folk, altså de skaper problemer for folk».

5.2 Sentrale momenter ved hverdagsrehabilitering

Underkapittelet omhandler sentrale sider ved hverdagsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser. Det beskriver i hovedtrekk hvilke sider ved hverdagsrehabiliteringen informantene mener bør vektlegges i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser.

Hovedkategori	Underkategorier	Utvalg av meningsbærende enheter
Sentrale momenter ved hverdagsrehabilitering	Respekt for brukerens ønsker og perspektiv	Ha et åpent sinn ift hvordan mennesker velger å leve livene sine Folk har ulike standarder Personens egne trivselsgrenser i fokus Viktig å ha folk ha drømmer og håp Fagperson som veileder og motivator ved mangel på ønsker
	Fleksible tilpasninger og varierte tilnærminger	Finne ut hva som er det viktigste for den enkelte Behov kan variere i perioder Unngå standardmaler «Bare den tryggheten tror jeg er viktig for mange, altså den lille døra oppe eller den lille linken da, ja» Gruppetilbud kan tilfredsstille individuelle ønsker
	Motivasjonsarbeid er en viktig del av hverdagsrehabilitering	Motivasjon er varierende Å motivere kan innebære å gå håp Balanserte forventninger kan gi motivasjon
	Tilstrekkelig med tid er avgjørende for bedring	Hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid vil kreve mer tid Oppfølgingsperiode på 1-2 år Brukerne må få bestemme tempo Langsiktige prosesser – små skritt Viktig å formidle antatt tidsperspektiv For noen avsluttes aldri oppfølgingen

5.2.1 Respekt for brukerens ønsker og perspektiv

En grunnleggende respekt for den enkeltes egenart og menneskeverdet er viktig, og at man har et åpent sinn i forhold til hvordan mennesker velger å leve livene sine. Det handler om å vise interesse for mennesker og hva de tenker om sin egen situasjon. Dette kan gjøres gjennom at man starter med å spørre hva som er det viktigste i livet til brukeren akkurat nå. De må selv få muligheten til å definere hva dem trenger hjelp til og hva de synes er nødvendig.

De aller fleste ønsker å ta hånd om de hverdagslige aktivitetene selv og blir glade for å bli respektert for det. I datamaterialet kommer det også frem at mange brukere kan være engstelige for at det skal komme noen inn og overstyre livet deres, dersom de tar imot hjelp fra kommunen. Alle informantene var tydelige på at det er personens egne trivselsgrenser som skal være i fokus og at det er viktig å ta høyde for at folk har veldig ulike standarder for hvordan de ønsker å ha det hjemme hos seg.

«Jeg var nødt til å svelge noen kameler de første årene for jeg husker jeg kom inn i en leilighet der en person hadde bodd, som hadde hatt oppfølging, og hvor jeg bare.....hvordan i alle verden går det an å hatt oppfølging og bo sånn her. Og jeg ble fortalt at det er sånn personen har valgt å ha det, og det er viktigere å få bruke energi og kreftene og ferdighetene på andre ting».

I forlengelsen av dette er det viktig å la folk ha drømmer og håp, uavhengig av hvor realistiske de er. Det handler om at ikke alt må ses på som «sykdom». Ved å gå konkret inn sammen med brukeren og se på hva som kreves for å oppfylle drømmen, så kan brukeren få en innsikt i om det faktisk er mulig å realisere drømmen.

Videre er det viktig å vektlegge at folk har et liv og er noe mer enn helseproblemet sitt. Mennesker vet også mye selv om hva som skal til og det må fagpersoner lytte mer til, for det har man vært for lite interessert i som eksperter. Det henvises til Patricia Deegan, som sier at rehabilitering er fagpersonenes innsats, mens recovery er min egen prosess. Folk med egenerfaring definerer ofte bedring som sin egen prosess, som krever handling og egen kompetanse.

«Det er klart det er den innsatsen folk gjør selv og altså det å bli forelsket eller det å få seg en kjæreste gjør jo mye med en livsprosess ikke sant, det vet vi alle noe om. Og det å få en jobb er jo kjempeviktig for folks bedringsprosess, eller det å få et sted å bo eller hvis de vinner i lotto, fantastisk det gjør jo noe med en bedringsprosess. Og alt dette er jo uavhengig av fagmiljøer og fagpersoners innsats»

Noen ganger uttrykker ikke brukerne ønsker og behov, og det vil da være viktig at helsepersonell kan komme med ulike løsninger og forslag som brukerne kan velge ut i fra. Det kan være at brukere kan sitte igjen med positive opplevelser etter deltakelse i aktiviteter som de kanskje vegret seg for i utgangspunktet. Slik sett kan det av og til være hensiktsmessig å motivere og presse litt ekstra på. Samtidig at det er viktig å høre på hva mennesker sier og hvis de virkelig ikke ønsker å delta så skal det respekteres.

«Og det kan være at vedkommende ønsker seg en kafétur istedenfor en tur i skogen. Så da er det noe med å finne ut av det da, og noen ganger kan det være litt lirking og luring og prøving og feiling».

5.2.2 Fleksible tilpasninger og varierte tilnærminger

Mulighet for fleksibel oppfølging og tilnærming så informantene som nødvendig for å kunne gi tilfredsstillende hjelp til den enkelte. Den psykiske lidelsen kan utarte seg forskjellig i perioder avhengig av f.eks. årstider eller påkjennende livshendelser, og dette gir varierende behov for oppfølging. I perioder hvor det går bra kan en telefonsamtale hver fjortende dag være nok, men i dårligere faser med behov for mer oppfølging så burde det være mulighet for en ekstra innsats. Helsetjenesten må derfor være individuelt tilpasset for å unngå at man følger en standardmal, og ikke lager en ferdig pakke som brukeren settes inn i. Flere av informantene refererer til dagens system der det ved økning av tjenester må søkes og fattes vedtak, og at dette oppleves som et tungvint og tidkrevende system.

«Å finne noe som virker for den enkelte tenker jeg er viktig, og det må kanskje være litt ulikt. Det er ikke sikkert Olsen og Hansen og Jensen er helt like».

Helsearbeiderne må ha frihet til å være fleksible og ta avgjørelser slik at de kan møte brukernes ønsker. For mange brukere handler det om å ha en trygghetsfølelse for å kunne

delta i aktiviteter og mestre hverdagen. Denne tryggheten kan bestå av alt fra at noen kjente følger deg på butikken til at man vet at man har noen å ringe ved behov. Det er ikke sikkert at brukeren nødvendigvis benytter seg av tilbudet, men bare det å vite at muligheten finnes er en tilfredsstillende trygghet i seg selv.

«Bare den tryggheten, tror jeg er viktig for mange, altså den lille døra oppe eller den lille linken da, ja».

Hverdagsrehabilitering bør være et tilbud som tilpasser seg brukeren og ikke omvendt. Det kan være at brukeren er et sted i bedringsprosessen som gjør at vedkommende kanskje ikke er mottakelig for tilbudet i dag, men om fire måneder istedenfor. Slik sett bør ingen avskrives for resten av livet selv om de takker nei ved en anledning.

5.2.3 Motivasjon er en sentral del i hverdagsrehabiliteringen

Motivasjonen hos brukerne er svært varierende og en del av helsearbeidernes oppgave er å jobbe som motivatorer. Det å finne frem til motivasjonen sammen med brukeren er noe av det første man starter med, og ofte har det sammenheng med hva som er viktig i brukeren liv der og da. Videre er motivasjon avhengig av hvilken innsikt brukeren har i sin egen situasjon. De brukerne som opplever å ha liten innsikt ser ofte ingen grunn til at de skal ha hjelp.

«Noen er jo veldig målbevisste og tenker at joda det her skal vi fikse, og så er det noen du faktisk på en måte må være håpet til eller at du må prøve å så noen sporer».

Å motivere brukeren til å ønske endring kan innebære å gi håp om at endring er mulig. For mange innebærer hverdagen opplevelser av nedturer og tilbakefall. Så det å bistå brukerne og hjelpe dem til å holde et positivt fokus videre, til tross for tilbakefall, blir viktig. Det handler om at folk må få være seg selv med sine begrensninger og evner. I forlengelsen av dette legger en av informantene vekt på at det er viktig å finne balansen for hva vi kan forvente av brukerne. Dersom forventningene blir for høye, kan det stresse brukerne og de kan få følelsen av at de aldri blir bra nok.

Samtidig som motiveringsarbeid er viktig, er det flere av informantene som også trekker frem at brukere selv må ha lyst til å foreta en endring eller gjennomføre en aktivitet. Det er sjelden

motivasjonen øker ved at man blir tvunget til noe, men helsepersonell kan fungere som motivator eller følge opp i starten for å få satt det hele i gang.

«For det er det rehabilitering gjør, vi hjelper deg med ditt, men du må bidra for at vi skal kunne hjelpe deg med å oppnå målet».

Motivasjon kan også avhenge av hvilke omgivelser man oppholder seg i. Omgivelser på en institusjon kan være lite bedringsorienterte ved at det for eksempel finnes timeplaner som forteller hva pasientene skal gjøre, det er låste dører, det står personaltoalett på dører og det finnes reklame for legemidler på ulikt utstyr. Strukturen kan oppleves som lite raus. Derfor er det viktig å kartlegge om de fysiske og sosiale omgivelsene er med på å stimulere eller hemme motivasjonen til vedkommende, gjennom å være ressursorienterte, sykdomspåminnende eller krenkende omgivelser.

5.2.4 Tilstrekkelig med tid er avgjørende for bedring

Tidsperspektivet og tilstrekkelig med tid var noe alle informantene la stor vekt på og så som et grunnleggende prinsipp. Hverdagsrehabilitering innen psykisk helsefeltet vil kreve mer tid enn hva som er satt av innen hverdagsrehabilitering for eldre. Mennesker med psykiske lidelser kan absolutt oppnå bedring, men det kan kreve en lang periode med oppfølging på kanskje et til to år før det hele stabiliseres, og man kan redusere eller avslutte tiltakene. For å få til dette må imidlertid helsearbeiderne kanskje jobbe med «hendene på ryggen» og ikke være for ivrige i å ordne opp i folks liv. For det kan hende at den enkelte trenger mye tid til å undre seg over hva skal jeg nå og hvordan skal dette være.

«Altså har vi jo en pasientgruppe som trenger mere tid i den relasjonsbygginga og den tar ofte mye tid».

Tilstrekkelig med tid innebærer også at brukerne må få bestemme hvilket tempo det skal gå i. Går man for fort frem og presser for hardt på kan det innebære at folk blir skremt og ikke ønsker hverdagsrehabilitering. For mange kan det kreve veldig mye tålmodighet og handle om langsiktige prosesser med små skritt av gangen.

«Forløpet til brukerne varierer og det kan gå litt opp og ned, og de må få muligheten til å prøve igjen og igjen. Og da spør det hvor mye tid vi har i dette hjelpeapparatet da»

Tidsfrister og avslutning anses som en utfordring for mange brukere. Det overordnede målet med all oppfølging er at ressursene skal trappes ned etter hvert og kanskje avsluttes. Denne overgangen er vanskelig for mange å takle og de tar nedtrappingen tungt.

«Ja, så de kan ikke bli for gode for da mister de hjelpa, det ser vi jo»

Flere av informantene fortalte at de stadig opplevde brukere som blir dårligere når oppfølgingen nærmer seg slutten, og de var tydelige på at det er viktig å unngå en brå avslutning. For noen vil man kanskje aldri kunne avslutte oppfølgingen helt.

«For enkelte så er det, av de dårligste igjen så, det er jo enkelte som har som har så, hva skal jeg si, sammensatt problematikk at vi er litt i kulissene i hvert fall».

5.3 Aktivitet versus passivitet

Dette kapittelet omhandler hverdagens aktiviteter, ulike former for aktiviteter og betydningen av aktiviteter i hverdagslivet. Åpenbare aktiviteter og relasjoner mange mennesker tar for gitt i hverdagen viser seg å være av stor betydning for mennesker med psykiske lidelser.

Hovedkategori	Underkategorier	Utvalg av meningsbærende enheter
Aktivitet versus passivitet	Hverdagsrehabilitering som empowerment	Hjelp til mestring og kontroll av eget liv Selvhjelpen fremfor hjelpetrengende Ikke alltid så mye som skal til Noen er i behov av egostyrking Mestringsopplevelser er sentralt for utvikling av drivkraft Lære å ta valg, ansvar for eget liv Målarbeid viktig i arbeidet med brukerne Kontinuerlige vurderinger som effektevaluering
	Selvfølgelige hverdagsaktiviteter er viktig for den psykiske helsen	Å få de daglige gjøremålene til å fungere Bolig og økonomi det mest sentrale Viktig med innhold i hverdagen Aktivitet kan virke forebyggende på sykdom Aktivitet får ofte tankene over på noe annet
	Å ha et sosialt nettverk er betydningsfullt	Ensomhet preger hverdagen for mange brukere Mange har «brukt opp» nettverket sitt Forsøke å finne andre sosiale arenaer Unngå at det offentlige hjelpeapparatet blir brukernes nettverk Nettverksarbeid bør få større fokus Omgivelsenes påvirkning
	Pårørende er en viktig samarbeidspartner og ressurs	Inkluderes tidlig, bidra i målsetting Brukeren bestemmer om pårørende kan inkluderes Ta pårørende på alvor Samarbeid kan bidra til felles forståelse og tankegang, som igjen er til brukerens fordel

5.3.1 Hverdagsrehabilitering som empowerment

Hverdagsrehabilitering handler om å hjelpe mennesker til å klare seg selv, mestre hverdagen og oppleve å ha kontroll over eget liv. Informantene var opptatt av at det handler om å lære brukerne hvordan de kan mestre sitt liv og sin hverdag med alt hva det innebærer. Det handler om at den hjelpen brukerne får, bidrar til at de blir selvhjulpne og ikke mer hjelpetrengende.

«Jeg ledet jo et sånn empowermentprosjekt for ei stund tilbake og der var det ei som sa opp tretti år med uføretrygd etter deltakelse i prosjektet. Hun hadde vært uføretrygdet i tretti år på grunn av psykiske lidelser og begynte å jobbe full jobb i en alder av femti år».

Det er ikke alltid så mye som skal til for at mennesker skal mestre hverdagen og ha tro på at de kan klare det. Brukerne må få gjennomføre den delen av aktiviteten som de selv mestrer, og hjelperne må ikke ta over for mye. Gjennom å gi brukerne mestringsfølelse får de mer motivasjon til å trene på aktiviteter som er viktig for dem.

«Det er liksom noe med hvordan kan du, ja hvordan kan du skape den motivasjonen, mestringsopplevelsen, tryggheten og troen på at det faktisk går an. Å gi passe støtte, passe motstand, det er liksom kunsten. Dette er Kirkegaard i praksis».

Noen brukere er i behov av egostyrking for å bedre troen på seg selv og tørre å ta egne valg. Det er mange som kan bli passive når det er andre som kommer inn og gjør ting for dem. Det påpekes at helsevesen og helsepersonell har en viktig rolle i det å støtte folk til å tro på seg selv og stole på seg selv. Helsepersonell må passe seg slik at de ikke går i hjelpefella ved kun å gi omsorg til vedkommende, og ikke jobbe med at bruker skal bli selvstendig.

«De aller fleste ønsker jo å leve et normalt liv».

Personer med psykiske lidelser mangler ikke en funksjon som kan trenes opp, slik som man trener fysiske funksjoner. Det er ikke mangel av en fysisk funksjon som er grunnen til at de ikke får gjennomført aktiviteter. Det handler om drivkraften til å komme i gang og ta initiativ, og det er ikke noe som kan trenes på i noen uker også er den tilstede. Denne drivkraften kan variere og være avhengig av sykdomsforløp. For at denne drivkraften skal utvikle seg hos brukerne kan mestringsopplevelser være sentralt. Og for å kunne gi brukerne mestringsopplevelser vil det være nødvendig å ha fokus på personens ressurser.

«Kunne bo i egen bolig og mestre hverdagens utfordringer, alle de nødvendige tingene som de fleste mennesker gjør, det skal også våre brukere gjøre».

Hverdagsrehabilitering handler om å lære brukerne om at alle mennesker må ta aktive valg og at man selv har et ansvar for sitt eget liv. I datamaterialet kommer det frem at hverdagsrehabilitering vil være et godt bidrag for personer med psykiske lidelser. Det kan blant annet gi brukerne bedre innsikt i eget liv og muligens i egen sykdom, de kan lære noe

om sine ressurser og begrensninger i forhold til egen helse og de vil sannsynligvis bli motiverte til å ta initiativ i eget liv.

«Og det er klart at når det skjer noe så, så må jo folk få hjelp til å komme seg på bena igjen. Men det spørres litt hvordan en får den hjelpen, om en blir mer hjelpetrengende eller om du faktisk blir selvhjulpen».

I arbeidet med å bidra til empowerment hos brukeren er det viktig å utarbeide mål i samarbeid med bruker. Dette bidrar til å gi en felles forståelse og forventningsavklaring mellom helsetjenesten og brukeren. For å vite om hverdagsrehabiliteringen har effekt er det viktig med kontinuerlige vurderinger og evaluering, slik at tiltak og tilbud til brukerne ikke blir konstant. Det må regelmessig gjennomføres evalueringer sammen med bruker for å kunne vurdere om tiltakene brukeren mottar er nyttige og hensiktsmessige.

5.3.2 Selvfølgelige hverdagsaktiviteter er viktig for den psykiske helsen

Hverdagsrehabilitering handler om hvordan enkle og selvfølgelige hverdagsaktiviteter har stor betydning i menneskers liv. For mange er det viktig å mestre aktiviteter som å stå opp, komme seg ut, handle på butikken og delta i aktiviteter på et dagsenter, nettopp fordi dette er utfordrende aktiviteter for brukeren. Hverdagslivet handler om å få de daglige gjøremålene til å fungere og kunne ha en god hverdag.

Bolig og økonomi er de mest grunnleggende elementene i hverdagen som må være på plass for brukerne. Å vite at de har et sted å bo som de kan føle at er et hjem er essensielt, og å vite at de kan bo der over lengre tid er nødvendig for å skape en trygghet. Samtidig er det viktig for brukerne å vite at de har en fast inntekt slik at de slipper bekymringer i forhold til om de får betalt faste utgifter eller ei. Så når disse to elementene er på plass da kan det jobbes målrettet mot deltakelse i aktiviteter og det å klare seg i hjemmet.

«Man vet jo at aktivitet er bra for å fylle dagen, ellers blir man gående hjemme og tenke, også får man tankekjør og kan bli syk».

Det er viktig å finne noe innhold i hverdagen i samarbeid med brukerne fordi de har behov for å komme seg ut. For noen kan det være å finne en jobb, for andre kan målet være en gåtur. Det kan være veldig nedbrytende å bli gående hjemme alene over tid, og det er ikke godt for noen. Slik sett kan deltakelse i aktivitet være forebyggende i seg selv. Flere av informantene fortalte at mange av brukerne kan ha problemer med deltakelse på sosiale arenaer og at de isolerer seg. Isolasjon bidrar ofte til at brukerne blir syke. Derfor bør deltakelse i aktiviteter og på sosiale arenaer ha stort fokus. Og i mange tilfeller det er viktigere at brukeren bruker krefter og energi på sosialisering enn husarbeid, fordi sosiale aktiviteter kan virke forebyggende mot psykose. Deltakelse i aktiviteter kan også bidra til at man får fokuset over på noe annet og at man ikke blir så opptatt av sine egne problemer. Dette er noe vi alle kan gjenkjenne oss i. Dersom man har det litt vanskelig og sliter litt og det er noen som drar en med på kino, fotballkamp eller gåtur, så får man ofte tankene over på noe annet med en gang.

5.3.3 Å ha et sosialt nettverk er betydningsfullt

Alle informantene snakket om at mange av brukerne har begrensede sosiale nettverk og at ensomheten preger hverdagen for mange. Spesielt for brukere som har vært innlagt på institusjon over lengre tid vil det være stor overgang å flytte til en bolig hvor de skal bo alene, når de er vant med å ha mennesker rundt seg hele døgnet. Noen brukere trives bedre med å være innlagt, fordi de blir veldig ensomme og deprimerede i sin egen bolig. Dette handler ofte om at de er vant med å møte mange ansatte innen psykisk helsearbeid som er genuint interessert i mennesker og gir mye av seg selv, samt viser mye empati. De blir kjent med hverandre og det knyttes noen bånd, som både helsearbeiderne og brukerne setter pris på.

«Mange har jo brukt opp nettverket sitt og det er ingen som orker å ha noe med dem å gjøre ikke sant, mor og far er utslitt, alle vennene du en gang hadde orker ikke mer. Da er det jo de betalte hjelperne som er nettverket ditt».

Ensomhet forekommer ofte blant brukerne og det er viktig å forebygge dette, spesielt med tanke på at det kan oppleves som vanskelig for mange når helsepersonell avslutter sin oppfølging. Det ble understreket at dersom ensomhet er en del av brukerens hverdag, så vil nettopp dette være noe å jobbe med i hverdagsrehabiliteringen. Da vil en kunne forebygge at

brukeren sitter igjen ensom etter at hverdagsrehabiliteringsteamet har vært inne og så har trappet ned tjenestene eller trukket seg helt ut. Det blir viktig å få inn et alternativ og forsøke å finne andre sosiale arenaer eller mennesker som kan stå for den sosiale kontakten. En av informantene ser på et tettere samarbeid med frivillige organisasjoner som en løsning. En annen vektlegger at rehabiliteringsprosessen dreier seg om å finne møtesteder og aktiviteter å gå til, slik at det finnes alternativer når oppfølgingen avsluttes.

«Teamet må jobbe med å overflødiggjøre seg selv, slik at det ikke er det offentlige hjelpeapparatet som blir nettverket ditt. Så da må kanskje det første være at man tar tak i det og får på plass et nettverk, noen aktiviteter og det å ha noe å gjøre sosialt».

I denne sammenhengen er det også viktig å tenke på individuelle behov og respektere dem. For noen brukere er det utfordrende og slitsomt med for mye sosial kontakt, og det kan oppleves stressende. Det er individuelle forskjeller på hva en person er i stand til å håndtere.

I en del av datamaterialet trekkes nettverksarbeid frem som noe som bør få en sterkere prioritet. Det handler om å samle alle som er berørt, la alle stemmer høres og at ansvaret for problemet og løsningen bæres av flere. Brukeren skal ikke være alene med sin situasjon. Det handler om å få inn mer nettverkstenkning, hvor man går utover familie og nærmeste pårørende. Her kan alt fra en nabo, medstudent til arbeidsgiver inkluderes.

«Også tenker jeg vi må ha et langt sterkere fokus på omgivelser og være opptatt av ressursorienterte håpefulle omgivelser og ha mindre fokus på individet».

5.3.4 Pårørende er en viktig samarbeidspartner og ressurs

Pårørende trekkes i varierende grad inn i brukerens prosess. Alle informantene var allikevel enige i at pårørende kan være en stor ressurs og viktig samarbeidspartner. Samtidig er det brukeren selv som bestemmer i hvor stor grad pårørende kan trekkes inn. I de fleste tilfeller er pårørende en viktig samarbeidspartner som kan være en ressurs i brukerens bedringsprosess dersom de involveres fra starten av. Det vil kunne bidra til andre målsetninger og tiltak, og helt andre resultater enn om de ikke involveres.

Taushetsplikten kan i mange tilfeller skape et dilemma da en del brukere ikke ønsker sine foreldre eller pårørende involvert. Det oppleves vanskelig når pårørende kommer med sine bekymringer og det er lite man kan fortelle som helsepersonell fordi bruker har sagt at pårørende ikke skal få noe informasjon. Samtidig trekkes det frem at det kanskje kan snakkes mer med bruker om fordeler og ulemper ved å involvere/ikke involvere pårørende, og forsøke å motivere bruker til økt kontakt i noen tilfeller.

I hverdagen handler det om å finne balansegangen mellom hvor mye helsepersonell skal bistå brukeren, i forhold til hvor mye brukeren kan gjøre på egenhånd eller med familie, venner eller frivillige. Det handler om å se på ulike muligheter og om det finnes ressurser rundt brukeren som kan være gode og bedre løsninger enn hjelpeapparatets bidrag.

«Det er viktig å ha et samarbeid med pårørende også i forhold til å ha felles forståelse med dem og hvilke forventinger man bør ha til brukeren. For hvis det er slik at brukeren bor for seg selv, men ringer mor slik at hun kommer og fikser alt, så er vi like langt og hverdagsrehabiliteringen mister noe av sin effekt. Ja, og foreldre, de mener det jo bare godt, men det er også viktig å få de pårørende med i den tankegangen og hva er viktig for pasienten, hva er det som fremmer mestring og god helse hos han».

I mange tilfeller er samarbeidet med pårørende også viktig for at de skal få en økt forståelse for brukerens situasjon og hva som er sentralt i en bedringsprosess. For som en av informantene påpeker så kan pårørende være triggere for brukerens psykiske problemer. Å få både pårørende og brukeren selv til å forstå dette oppleves som meningsfullt. Dersom brukeren også lærer seg å fortelle om det vedkommende sliter med på en fornuftig måte, kan det gjøre noe med forståelsen hos den andre og dermed relasjonen.

5.4 Ergoterapeuter ser vitenskapelig på hverdagsaktiviteter

Kapittelet belyser informantenes kunnskap om og erfaringer med hvilke ressurser ergoterapeuter har og hva ergoterapeuter kan bidra med innen hverdagsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser.

Hovedkategori	Underkategorier	Utvalg av meningsbærende enheter
Ergoterapeuter ser vitenskapelig på hverdagsaktiviteter	Aktivitetsfokuset gjennomsyrrer ergoterapeutisk arbeid	Aktivitet er helsefremmende Aktivitetsfokuset som grunnlag for forståelse, kunnskapsgrunnlag, i kartlegging og trening av funksjoner Meningsfulle aktiviteter
	Et helhetlig fokus – samspill mellom person, aktivitet og omgivelser	Alle aktiviteter innenfor døgnet 24 timer, samt langsiktig planlegging Helhetlig faglig vurdering viktig i tverrfaglige team
	Fokus på ressurser, mestringsopplevelser og selvstendighet	Tar utgangspunkt i at folk har ressurser Fokus på ressurser gir mestringsopplevelser og økt selvstendighet Lite fokus på diagnoser Hjelpemidler kan bidra til selvstendighet og mestringsopplevelser
	Et helhetlig fokus i kartlegging, vurdering og intervensjon	Ergoterapeuter er utdannet til å utøve systematisk kartlegging Kartlegging av ressurser og hjelpebehov – «å jobbe med henda på ryggen» Vurdere brukerens potensiale i et tverrfaglig team Kartleggingen brukes til å planlegge intervensjon Kartleggingsskjemaet COPM Lite bruk av kartleggingsskjema – «har det i ryggraden», «jeg har det i bakhodet»
	Aktivitetsanalyse	Gir kjennskap til en aktivitets krav Gradering av aktiviteter - gir bruker noe å strekke seg etter, samt mestringsopplevelser Virksomhetsteorien en sentral del

5.4.1 Aktivitetsfokuset gjennomsyrrer ergoterapeutisk arbeid

I datamaterialet fremkommer det at ergoterapeuter har mye å bidra med i hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid. Faget har i stor grad sin opprinnelse innen psykisk helse, noe som gjør det svært relevant. Samtidig ses ergoterapiens grunnleggende tanke om at aktiviteter er helsefremmende i en videre forstand enn bare fysisk aktivitet.

«Og vi har det fokuset mot aktiviteter som gjør at jeg tenker at vi er utdannet for å drive hverdagsrehabilitering. Vi er utdannet for å drive rehabilitering og den er jo rettet mot hverdagen. Så alt det vi kan det er jo midt i blinken».

«Vi er jo den eneste gruppa som ser vitenskapelig på hverdagsaktiviteter».

I datamaterialet kommer det tydelig frem at aktivitetsfokuset gjenspeiler seg i alt ergoterapeuter foretar seg. Viten om aktivitet brukes som kunnskapsgrunnlag og forståelse, samtidig som aktiviteter blir brukt i kartlegging og trening av funksjoner. Videre ses

aktiviteter på som en sentral del av menneskers hverdag, og etablering i meningsfulle aktiviteter vektlegges. En ergoterapeut starter ofte en førstegangssamtale med «hvordan er hverdagen din» og «beskriv en vanlig dag».

5.4.2 Et helhetlig fokus – samspill mellom person, aktivitet og omgivelser

Ergoterapeuter er utdannet til å tenke helhetlig rundt brukerens situasjon. Det omhandler å tenke alle aktiviteter innenfor døgnet 24 timer, samtidig som det skal planlegges langsiktig. Dette kan innebære å se på fortiden, situasjonen her og nå og planlegge hva livet og hverdagen skal bestå av videre. En helhetlig faglig vurdering fra en ergoterapeut vil være et godt bidrag inn i et team for å få vite hvilke ressurser og hjelpebehov brukeren har, hvilke aktiviteter brukeren bør motiveres til å gjøre selv og hva de eventuelt ikke bør bruke energien sin på.

«En del av ergoterapeuters kompetanse er å lære brukerne teknikker, komme med gode tips og lage planer for hvordan man skal kunne klare mest mulig selv. Jeg føler at et område ergoterapeuter er nyttig i forhold til, så er det der med å avklare funksjonsnivå, og på en måte motivere til egeninnsats».

En del av datamaterialet påpeker at ergoterapeuter har mye å bidra med i planlegging av boligsituasjonen til mennesker med psykiske lidelser, både når det gjelder beliggenhet og utforming. Ergoterapeutens helhetlige tankegang kommer også til nytte her. Beliggenhet er et viktig perspektiv hvor nærhet til kollektivtilbud, matbutikker og aktiviteter er nødvendig for å opprettholde livskvalitet, hvis ikke kan det føre til inaktivitet og ensomhet. Dette helhetlige perspektivet handler om at ergoterapeuter er utdannet for å se sammenhengen mellom mennesket, aktiviteten og omgivelsene. Ergoterapeuten ser på hvordan omgivelser kan tilpasses og hvordan brukeren kan øke sitt funksjonsnivå slik at han får til å gjøre hverdagsaktivitetene sine og kan være mest mulig selvstendig. Menneskelig utvikling er et dynamisk gjensidig samspill mellom individ og omgivelser. I denne sammenheng understrekes det at de sosiale betingelsene er vel så interessante som de individuelle.

5.4.3 Fokus på ressurser, mestringsopplevelser og selvstendighet

Ergoterapeuter har en tilnærming der de tar utgangspunkt i at folk har ressurser og aller helst må forsøke selv. Det er ikke slik at tiltak og hjelp settes i gang uten at behovet er tilstede. En av informantene forteller at brukere kan være vurdert hjelpetrengende av andre, mens kartlegging og observasjon av ergoterapeuten kan gi et annet bilde. For eksempel kan en samtale med oppmuntring om å forsøke selv gjøre at mange klarer å gjennomføre aktiviteter på egenhånd. Dette bidrar til å gi mestringsopplevelser og økt selvstendighet.

«Jeg var med ei dame på postkontoret her i forrige uke og jeg var veldig bevisst på at jeg står helt i bakgrunnen, jeg skal ikke hjelpe med noe, jeg skal bare observere og hun gjorde jo alt selv og hun klarte seg jo helt fint selv. Det var en pasient som jeg har fått beskrevet som veldig dårlig funksjonsnivå. Men nå kan jeg jo si at joda, hun skjønner hva slags regning det her er, hun visste hvordan hun skulle ta ut, hvor mye penger hun hadde på konto og oversikt. Selv om alle her kan si at de følger til offentlige instanser og alle bistår, så tror jeg vi har en, vi gjør en større kartlegging i den i den følgeturen».

Ergoterapeuters kompetanse handler om å fremme menneskets mestring, tilrettelegge omgivelsene og aktiviteten for å oppnå deltakelse og inkludering. Ergoterapeuter vektlegger i større grad hva hver enkelt kan gjøre selv på det nivået man er på, enn hva brukeren trenger hjelp til. Noe av det mest sentrale er brukerens ressurser og å bidra til at brukere får mestringsopplevelser, samtidig som det tas hensyn til brukerens opplevelse av kaos og angst.

«Et annet prinsipp er jo ofte at en fremhever ressursene de har, for det er mye fokus på diagnoser. Og der tenker jeg at vi som ergoterapeuter har en fordel fordi vi er ikke så opptatt av det. Vi ønsker å få frem alle de andre sidene, også lete fram ressursene [...]for de er så spekkfulle med negative tanker ofte om seg selv. Så det blir jo liksom å få frem alt det andre, altså de tingene de fortsatt mestrer, egenskaper som de har, ting de har lykkes med. Det blir veldig viktig når du jobber med psykisk helse».

I noen tilfeller kan det være slik at ergoterapeuten har litt andre målsetninger enn brukeren, men som ikke kan diskuteres direkte med brukeren fordi det omhandler sårbare temaer. En av informantene kom med følgende eksempel som illustrerer hvordan vektlegging av interesser, ressurser og mestringsopplevelser bidro til økt funksjonsnivå og et aktiv liv for brukeren:

«Jeg jobbet med en dame med en alvorlig psykisk lidelse hvor jeg syntes at hygienens hennes var litt på kanten. Dette var et sårbart tema for henne, det gikk på hennes selvværd, altså egenverdi på en måte. Men hun var glad i å svømme så jeg motiverte henne til å delta i et gruppetilbud med svømming. Også motiverte jeg henne for å sykle også, fordi hun er litt sånn aktiv også var det en god stund siden hun hadde tatt frem sykkelen. Så kom hun selv på idéen om at hun kunne sykle ut til stranda og bade alene. Men jeg tenker da jobbet jeg jo med målet om bedre hygiene i bakhodet, men det var jo på hennes premisser. Altså vi må være kreative vet du».

I tilrettelegging av aktiviteter med mål om mestringsopplevelser og økt selvstendighet kan hjelpemidler være en sentral del. Dette kan være kognitive hjelpemidler og hjelpemidler som kan bidra til å gjøre hverdagen litt enklere. For noen brukere kan det være at de trenger energiøkonomiserende tiltak for eksempel i forhold til husarbeid. Det handler primært om å gjøre praktiske tiltak for å lette husarbeidet.

En av informantene fortalte også at noen brukere har god effekt av kuledyner og kjededyner, døgntavler, kalendere og ulike påminnere. Samtidig kom det frem at mobiltelefoner er et mye anvendt produkt for å lage avtaler og som påminner. Det er en allmenn ting som alle bruker og vil ikke virke stigmatiserende i form av at det er et hjelpemiddel.

5.4.4 Et helhetlig fokus i kartlegging, vurderinger og intervensjon

Ergoterapeuter er utdannet til å utøve systematisk kartlegging og det brukes ulike metoder i kartleggingen. En sentral del i kartleggingen er å gå inn i hverdagssituasjonene og hverdagsaktivitetene sammen med bruker, og se på hvilke ressurser og hjelpebehov brukeren har i den konkrete aktiviteten. Gjennom å observere brukerens aktivitetsutførelse kommer det tydelig frem hva brukeren klarer og ikke klarer. Ut fra dette planlegges en intervensjon der bruker trener på aktivitetene som vedkommende ønsker å fokusere på og lære seg å mestre. Gjennom hele prosessen er det fokus på at brukeren skal være mest mulig delaktig.

«Også det er en utfordring det der med å stå med, det litt sånn og jobbe med hendene på ryggen. Jeg husker spesielt jeg var med en eldre mann på butikken som hadde rullator. Og jeg følte at kundene som var i butikken så skikkelig rart på meg og lurte på hvem jeg var, for jeg hjalp han jo ikke. Han måtte åpne kjøleskapsdøra selv, han måtte ta ut melk og legge ned i

rullator, altså måtte gjøre alle tingene. Hadde det gått galt så hadde jeg jo bistått, men poenget var jo å se om han kunne gå på butikken og ordne alt selv».

Informantene har erfaring med at ergoterapeuten trekkes inn i saker der det er tvil om hvilket potensiale bruker har og hva bruker er i stand til å gjøre selv. I mange tilfeller er det hensiktsmessig at brukeren får hjelp til huslige aktiviteter, og heller bruke energien sin på å delta i sosiale aktiviteter, komme seg ut og bryte isolasjonen. Det handler om å se hva som er det viktigste for brukers helhetlige situasjon. Å gi brukeren tilbakemelding på hva som har kommet frem i kartleggingen er en viktig del. En slik tilbakemelding kan i noen tilfeller være med på å realitetsorientere brukere på hva de burde klare å gjøre selv, eller hvordan de skal prioritere bruken av energi.

Alle informantene fremhevet at det finnes mange gode ergoterapeutiske kartleggingsredskaper til å gjennomføre kartleggingen. Samtidig forteller flertallet av informantene at de ikke bruker kartleggingsskjema systematisk i arbeidet med brukere. Uttrykk som «jeg har det i bakhodet» og «det sitter i ryggmargen» går igjen i denne sammenhengen. Fraværet av systematisk skjemabruk begrunnes med at mange brukere blir slitne og irritable av å forholde seg til dagens skjemavelde. Noen brukere har også problemer med scoringsskjemaer der de skal sette tall på egen opplevelse eller utførelse. Samtidig skårer noen brukere seg lavere enn observert funksjon, og det er uvisst om dette handler om at de har en annen opplevelse av egen utførelse eller om de er redde for å miste tjenesten dersom de skårer for høyt.

På tross av liten aktiv bruk av kartleggingsskjemaer oppleves skjemaene som en nyttig huskeliste for ergoterapeuten ved at det bidrar til at man kommer innom alle områdene i hverdagslivet. Skjemaene kan gi en struktur for samtalen, samtidig som det kan være et godt instrument for hva som skal prioriteres videre. Det finnes ulike skjema som kan benyttes i kartleggingsfasen og i evalueringsarbeidet med brukerne. Skjemaet som de fleste informantene henviste til er COPM – Canadian Occupational Performance Measure³. Det

³ COPM er en standardisert metode utviklet for bred anvendelse innenfor alle aldersgrupper og uavhengig av diagnose (Wæhren, 2008). Det er et semistrukturert intervju, hvor personen identifiserer problematiske aktiviteter innenfor egenomsorg, arbeid og fritid, og angir hvor viktig hver enkelt aktivitet er (Borg, 2007). Deretter velger personen ut de fem viktigste aktivitetsproblemene og vurderer for hver av dem egen aktuell aktivitetsutførelse og tilfredshet. Disse scores på en skala fra 1 til 10 (ibid). Etter en periode med intervensjon blir brukeren bedt om å vurdere aktivitetene igjen med tanke på utførelse og tilfredshet (Creek, 2005). Endringer i scoringene viser forandringene i forhold til utøvelse og tilfredshet (ibid).

oppleves som et relevant og aktuelt kartleggingsverktøy for ergoterapeuter som skal arbeide med hverdagsrehabilitering innen psykisk helsefeltet fordi det er et kartleggingsverktøy som ikke er problemfokuseret, men spør etter ressurser og hva brukerne ønsker å gjøre. Den kanadiske modellen som ligger til grunn for COPM anses som veldig god. Modellen ser på hvem brukeren er og hva som konkret skjer i en aktivitet, samtidig som den konsentrerer seg om det gjensidige samspillet mellom bruker og brukers omgivelser.

Som ergoterapeut er det viktig å være bevisst sin kompetanse innen kartlegging, benytte seg av denne og bruke god tid i kartleggingsfasen. For som det kommer frem i datamaterialet er det lett å bli revet med i effektiviseringsbølgen og bli opptatt av å være veldig flink, få til gode resultater og gå rett på tiltak. Gjennom å lytte til bruker og gjøre en grundig kartlegging kan resultatet bli helt andre tiltak enn forventet.

5.4.5 Aktivitetsanalyse

Aktivitetsanalyse er en sentral del av ergoterapeuters arbeid og et område informantene mener at ergoterapeuter er alene om å gjennomføre. Gjennom aktivitetsanalyse deles en aktivitet opp i mange små delhandlinger som må gjennomføres. En aktivitetsanalyse bidrar til at ergoterapeuter får kjennskap til hva som krever av ulike funksjoner og hva det vil kreve av brukeren som skal gjennomføre aktiviteten. Aktivitetsanalyse handler blant annet om å gradere aktiviteter slik at brukeren får bruke sine ressurser og oppleve en form for mestring, samtidig som brukeren skal få noen utfordringer slik at han kan utvikle sine ferdigheter.

«Vi undersøker hva som er grunnen til at en aktivitet ikke gjennomføres, ved å se på hva utfordringen er. Når vi kommer hjem til noen og får vite at personen ikke kan lage seg frokost per i dag, så tenker vi hva kan jeg gjøre for å endre den situasjonen. Da starter vi kartleggingen og ser litt på om personen har interesse for å lage frokost. Eller har det bare blitt sånn at hjemmesykepleien har kommet inn og laget frokosten for brukeren, og de fortsetter å gjøre det. Men når vi kommer inn som ergoterapeuter så setter vi ofte spørsmålstegn ved tiltakene og spør om hvorfor, hva er det som gjør at du ikke lager deg frokost eller hva er det som gjør at du ikke står opp. Vi forsøker å finne ut hvor det svikter og ser på det helhetlige aspektet».

Virksomhetsteorien⁴ er et teoretisk fundament i ergoterapi som ergoterapeuter ofte benytter seg av i sammenheng med aktivitetsanalyser. Dens fokus på nærmeste utviklingszone gjør at ergoterapeuter er opptatt av å hjelpe folk med å strekke seg og har en grunnleggende tro på at mennesker kan utvikle seg gjennom aktiviteter.

⁴ Virksomhetsteorien er en samfunnsvitenskapelig teori om menneskets utvikling gjennom virksomhet (Opsahl & Ravn, 2003). Teorien bygger på Hegel og Marx' historisk-dialektiske materialisme hvor mennesket ses som subjekt og objekt på samme tid. Teorien har et helhetssyn på mennesket, natur, kultur og samfunn, og mennesket ses som handlende og skapende. Det foregår en konstant, gjensidig forandring og utvikling mellom mennesket og omverdenen. Nærmeste utviklingszone er et sentralt begrep i denne sammenheng og det er innenfor denne sonen at læring og utvikling finner sted. I tilretteleggingen blir det derfor viktig at utfordringen ikke blir for få, men heller ikke for store. Nærmeste utviklingszone har også et sosialt aspekt hvor demonstrasjon, oppmuntring og tilbakemelding fra fagpersonen er viktig (ibid).

6. Drøftinger

Gjennom denne studien har informantene vist meg at det finnes mange viktige prinsipper og sider ved hverdagsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser. I dette kapittelet vil jeg drøfte ulike sider i alle de fire hovedkategoriene som er presentert i resultatpresentasjonen, i lys av teori og relevant litteratur.

6.1 Dagens hverdagsrehabilitering

I datamaterialet kommer det frem at dagens psykiske helsearbeid inneholder et rehabiliteringsfokus, men at dette arbeidet kan være noe tilfeldig og lite strukturert. For å kunne jobbe målrettet med hverdagsrehabilitering så mener jeg at det er viktig å ha kunnskap om hva hverdagsbegrepet, hverdagsaktiviteter og hverdagslivet kan bestå av. Dette sett i sammenheng med hver enkelt bruker, brukergrupper og samfunnsutfordringer.

6.1.1 Målgrupper

Informantene mener at hverdagsrehabilitering vil kunne være aktuelt for hele spekteret av psykiske lidelser i en kommune. I intervjuene snakket de primært om mennesker med alvorlige psykiske lidelser relatert til hverdagsrehabilitering. Når det gjelder statistikk viser tall at depresjon, angst og alkoholmisbruk er de mest belastende sykdommene i Norge (Holte, 2012). Og disse sykdommene, som også koster samfunnet vårt mest, kan vi faktisk forebygge, skriver Holte (2012) i sin artikkel *Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser*. Når det gjelder andre psykiske lidelser som schizofreni, bipolar lidelse, personlighetsforstyrrelser, anoreksi, autisme eller ADHD må det jobbes med å forebygge de uheldige virkningene det kan være å leve med en slik sykdom, da det ennå ikke er kjent hvordan man effektivt kan forebygge disse lidelsene (ibid). Informantene er også inne på at gruppen med angst og depresjon er en gruppe som kan ha god nytte av hverdagsrehabilitering, blant annet fordi de kan oppleve bedring i løpet av relativt kort tid. Men utover dette snakket informantene lite om disse gruppene og det kan være ulike årsaker til dette. En årsak kan være at disse gruppene

allerede fanges av dagens psykiske helsetjenester, eller at de ikke oppsøker hjelp eller er lite synlige og derfor ikke får tjenester. Uavhengig av årsak ser jeg for meg at hverdagsrehabilitering kan være et godt bidrag innenfor disse gruppene, spesielt med tanke på informantenes erfaring med at de kan oppnå raskt bedring. Hverdagsrehabilitering vil være hensiktsmessig med tanke på å øke disse personenes livskvalitet, men også med tanke på samfunnsøkonomisk nytte.

Det finnes flere undersøkelser som viser at et sted mellom 1/3 og 2/3 av personer med schizofreni blir helt bra eller delvis bra (Almvik & Borge, 2009; Davidson, Evans, O'Connell, Tondora, & Lawless, 2005; Topor, 2006). Disse tallene viser at et bedringsorientert og helsefremmende fokus bør prioriteres også for de med alvorlige psykiske lidelser. Dette samsvarer med informantenes tanker om at hverdagsrehabilitering passer for de med alvorlige psykiske lidelser, samt rusbruk. Maria Lindström, en svensk ergoterapeut, har i sin doktoravhandling gjennomført et prosjekt der mennesker med alvorlige psykiske lidelser mottok hverdagsrehabilitering i form av hjemmebasert ergoterapi. (Lindström, Hariz, & Bernspång, 2012), Resultatene viser at deltakerne gjorde viktige fremskritt i ADL-aktiviteter⁵ og funnene støtter bruk av hverdagsrehabilitering for denne gruppen (ibid). Dette indikerer at det ikke bør være noen eksklusjonskriterier basert på diagnoser eller brukergrupper, slik som det er i mange av dagens Hverdagsrehabiliteringsprosjekter som gjennomføres rundt omkring i Norge. I flere av disse prosjektene er psykisk lidelse, alvorlig psykisk lidelser og rusproblemer gjentakende i eksklusjonskriterier. Dette fremkommer i et dokument som er skrevet i forbindelse med *Erfaringskonferanse Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering* gjennomført av Ergoterapeutforbundet, Fysioterapeutforbundet, Sykepleieforbundet og Trondheim kommune i november 2013 (Erfaringskonferanse, 2013).

Samtidig er det viktig å ta individuelle hensyn. I datamaterialet kommer det frem at man skal passe seg for at hverdagsrehabilitering blir en ny «tvangstrøye» hvor alle skal hverdagsrehabiliteres. Man må ha med seg at noen kan ha behov for ro og hvile, eller en annen form for oppfølging eller behandling.

⁵ ADL=Activities of Daily Living, aktiviteter i dagliglivet (Borg, 2007).

6.1.2 Hverdagslivets betydning

Schütz (2005) beskriver hvordan det selvfølgerlige hverdagslivet opptrer gjennom «den naturlige innstilling». Gjennom denne innstillingen opptrer mange av hverdagens aktiviteter, handlinger, valg og refleksjoner naturlig og ubevisst for oss. Hverdagslivet tas for gitt og er det mest selvfølgerlige for oss mennesker (ibid). Men ved sykdom så blir plutselig ikke dette selvfølgerlige hverdagslivet så selvfølgerlig lenger.

Geir Lorem (2006) skriver om hverdag som problem og løsning. Han uttrykker at ved innleggelse på institusjon vil de fleste sentrale elementer i hverdagslivet forsvinne. Han henviser til det hverdagsliges dialektikk der «dialektikken antyder en spenning mellom motsatte krefter, som likevel leder videre mot en løsning» (ibid, s. 142). Når den psykiske lidelsen fører til at mennesker trenger oppfølging fra hjelpeapparatet så har hverdagslivet på en måte brutt sammen. Gjennom å ha fokus på rehabilitering vil hjelpeapparatet tilbakeføre brukeren til sitt hjem og sitt hverdagsliv, noe som kan være både velkjent og fryktet. Lorem (2006) beskriver at hverdagslivet kommer i konflikt med seg selv siden det både er et problem og målsetting på samme tid. Et institusjonsopphold kan ses på som nødvendig for å kunne få ro og hvile. Samtidig påpeker Lorem (2006) at det er først i rehabiliteringsperioden at pasienter og personalet finner et fellesskap i hverdagen gjennom at pasientene deltar og er opptatt av hverdagslige aktiviteter som vi alle har felles. Det Lorem beskriver kan relateres til det Schütz kaller for den intersubjektive verden. I det intersubjektive kommuniseres en felles virkelighetsforståelse som bidrar til en samhørighetsfølelse (Thornquist, 2010). Gjennom interaksjon med andre mennesker, hvor det er en viss kongruens mellom partenes verdener, skapes en felles hverdagsvirkelighet (Tuulik-Larsson, 1992). Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, and Løkke (2009) beskriver at for å kunne oppnå et konstruktivt samarbeid med brukeren er det viktig at fagpersonen forsøker å skaffe seg en forståelse av brukerens virkelighet og erfaringsverden. I denne sammenheng påpeker Lorem (2006) betydningen av hverdagslig snakk som en del av det å bli kjent med andre mennesker og som dermed er en viktig del av rehabiliteringsarbeidet. Hverdagslige samtaler om hverdagslivet oppleves også som en kontekst der problemer knyttet til den psykiske lidelsen kan komme til uttrykk. Dette gir en mulighet for å tematisere hverdagslivets utfordringer knyttet til den psykiske lidelsen som også leves innenfor samme kontekst. Lorem (2006) beskriver det på følgende måte:

Det hverdagslige dialektikk består følgelig i at hverdagen kan bli uunngåelig problematisk, men på samme tid kan den blir brukernes redning fordi den bygger en bro til forståelse og samhandling og dermed integrering og sameksistens (ibid., 2006, s.144).

Informantene fremhever også hvordan det er de ordinære hverdagsaktivitetene som skal være i fokus. At det kan handle om alt fra å stå opp, lage seg mat og til å mestre en jobb. Holte (2012) henviser til at forebyggende arbeid rettet mot psykisk helse må fokusere på arenaer utenfor helsevesenet. «Det er ikke i helsevesenet helsen produseres. Den produseres der folk lever sitt liv – i familien og barnehagen, på skolen og arbeidsplassen, i idretten og kulturlivet, og på aldershjemmet» (ibid, s 695). Jeg synes at Holte her peker på et viktig poeng, at helse skapes i hverdagslivet. Derfor er nettopp forståelse for denne selvfølgelige hverdagen en forutsetning for å kunne utøve god hverdagsrehabilitering (M. Borg & Davidson, 2007; T. Borg, 2007; Lindström, et al., 2012; Lindström, Lindberg, & Sjöström, 2013; Lorem, 2006).

6.1.3 Hverdagsrehabiliteringens innhold

Det kommer tydelig frem i datamaterialet at informantene er redd for at hverdagsrehabilitering skal bli en bølge som ikke fører med seg varige endringer, og det presiseres at innholdet i begrepet er det som bør tillegges størst fokus. Med bakgrunn i forrige kapittel tenker jeg at en større undring og refleksjon rundt sentrale begreper anses å være relevant for arbeidet man utøver som helsepersonell. Og som datamaterialet viser, så vil det være viktig å se på hva innholdet i hverdagsrehabilitering skal være, fremfor om det er et godt begrep eller ikke.

Resultatene viser at innen dagens psykiske helsearbeid i kommunene finnes det allerede et rehabiliteringsfokus. Som flere av informantene peker på kan Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 ha vært et bidrag til dette. I Opptappingsplanens mål og verdigrunnlag er det flere punkter som peker i retning av rehabilitering (Sosial- og helsedepartementet, 1998b). Det fremheves at «målet med tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser må være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv» (ibid). Samtidig påpeker informantene at de ikke opplever dagens tjenestetilbud som optimalt og ønsker seg et mer

gjennomsyret fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid som hverdagsrehabilitering kan bidra med.

Hverdagen leves der man er, og uavhengig av hvor man bor. Slik sett bør hverdagsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser foregå i like stor grad på sykehus og institusjoner, som ute i deres nærmiljø og kommuner. Videre tenker jeg at det handler om at bedringsprosesser kan foregå hvor som helst, og derfor bør det også *legges til rette* for at bedringsprosesser kan skje når og hvor som helst siden det er snakk om individuelle prosesser (Deegan, 1988). For mange handler det om at de lever med psykiske lidelser store deler av sitt liv (Haugsgjerd, et al., 2009). I løpet av denne tiden er det flere som er avhengig av innleggelse på sykehus. Her får de behandling og skrives ut når krisen er over. Utskrivelse skjer ofte uten at det har vært fokus på brukerens forhold til sitt hverdagsliv og mestring av dette (ibid). Dette er noe informantene bekrefter ved at de opplever at brukeren kan ha flere funksjonsproblemer etter en innleggelse. Dette tenker jeg vil være en utfordrende del for hverdagsrehabiliteringsarbeidet i tiden fremover. Samtidig vil det bli viktig å inkludere sykehusene i denne arbeidsformen og tankegangen.

Forebygging blir sett på som en viktig del av hverdagsrehabiliteringen (Ness, et al., 2012). Relatert til psykiske lidelser trekker informantene frem at forebygging av psykose og innleggelser vil være et av hovedmålene med hverdagsrehabilitering innen dette feltet. Har man først fått en psykisk lidelse, så handler det ikke om å forebygge at lidelsen oppstår (Holte, 2012), men å forsøke å unngå nye sykdomsutbrudd (Hummelvoll, 2005). Haugsgjerd et al. (2009) beskriver at et av hovedområdene til kommunen er å forebygge unødige tilbakefall og innleggelser på sykehus (ibid, s.349). Informantene viser til at psykose og innleggelse fører til dramatiske endringer i en persons liv, slik at dette bør forsøkes å forebygges i best mulig grad. Jeg tenker som informantene at det er viktig å forsøke å forebygge reinnleggelser eller alvorlige psykoser, selv om man ikke alltid lykkes. Samtidig mener jeg at en elementær del av det forebyggende perspektivet er hva man faktisk gjør i hverdagen og i arbeidet med brukerne. Denne formen for forebygging vil på mange måter tilsvare det som kalles tertiærforebyggende arbeid der målet er «å redusere og begrense lidelser og plager som er forbundet med langvarig eller tilbakevendende sykdomstilstander» (Hummelvoll, 2005, s.586). Dette kan for eksempel innebære rehabilitering der man i

samarbeid med brukeren forsøker å bidra til å finne frem til et meningsfylt liv for den enkelte (ibid).

Videre kommer det frem i datamaterialet at hverdagsrehabilitering handler om ordinære hverdagsaktiviteter, mestring, det virkelige livet, den enkeltes mål, hva er viktig her og nå og at det hele dreier seg om individuelle prosesser. Jeg opplever at dette er mange av de samme elementene vektlegges i bedringsprosesser. M. Borg and Davidson (2007) beskriver i sin artikkel hvordan mennesker med psykiske lidelser relaterer bedringsprosesser til det å ha et normalt liv. Hverdagslige aktiviteter som handling, rengjøring og betaling av regninger ble gitt som eksempler på det normale. Videre kommer det frem at selv om noen opplever disse hverdagslige aktivitetene som krevende, ville de ikke ha vært det foruten da mestringen bidrar til en glede over å kunne være selvstendig og uavhengig (ibid). Det handler om å komme seg opp av senga, kle på seg, overvinne frykten for å ta den overfylte bussen og være en aktiv deltaker i sitt eget liv (Deegan, 1988). Deegan (1988) beskriver også hvordan det er de mest grunnleggende aktivitetene i hverdagen som blir en utfordring dersom man får en psykisk lidelse. Dette beviser hvor viktig det er at helsevesenet i større grad prioriterer de hverdagslige aktivitetene i behandlingen og arbeidet med brukerne. I følge informantene er de dette brukerne selv ønsker seg, og det er på disse områdene de strever.

6.2 Momenter ved hverdagsrehabilitering

Gjennom datamaterialet kommer det frem hvilke elementer og fokus hverdagsrehabiliteringen bør ha dersom den skal kunne hjelpe mennesker med psykiske lidelser. Dette handler om ulike faktorer som kan bidra til bedring hos mennesker med psykiske lidelser.

6.2.1 Brukerperspektivet

Brukermedvirkning blir i mange kilder fremhevet å skulle være et kjerneelement i alt praktiserende psykisk helsearbeid (Almvik & Borge, 2009; Askheim & Starrin, 2010; Bøe & Thomassen, 2009; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I noen dokumenter henvises det til

brukerstyring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013(a); Ness, et al., 2012). Rådet for psykisk helse beskriver på sin nettside forskjellen mellom brukermedvirkning og brukerstyring på følgende måte: «Mens brukermedvirkning ikke nødvendigvis medfører makt og det at brukerne har siste ordet, skal brukerstyring på den annen side medføre makt og ansvar over tilbudet» (Rådet for psykisk helse, 2013). Askheim and Starrin (2010) påpeker at dersom vi skal få en reell brukermedvirkning der brukerne får ha det avgjørende ordet når det gjelder viktige beslutninger i deres eget liv, må hjelpeapparatet avgi noe av den myndigheten det har i dag. Informantene understøtter dette ved å legge vekt på respekt for menneskeverdet som en grunnleggende holdning i arbeidet med mennesker, og at brukerne selv skal få vurdere hva som er viktig i deres liv. Jeg mener at dette er et sentralt element som bør få et større fokus og bli mer vektlagt. Brukernes stemme er noe som må verdsettes i mye større grad enn hva man ifølge informantene får til i dagens psykiske helsearbeid. Spesielt med tanke på at informantene kunne fortelle om brukere som er engstelige for at hjelpeapparatet skal komme inn å overstyre livet deres dersom de tar imot hjelp. Slik sett kan hverdagsrehabilitering være et bidrag som ivaretar reell brukermedvirkning, og kanskje til og med brukerstyring.

Askheim and Starrin (2010) peker på at brukerstyring i Norge primært har vært satt i sammenheng med det å få personlig assistanse. «Brukeren må selv kunne definere sine behov, lære opp og veilede sine assistenter i hvordan hjelpen bør gis, sette opp og følge opp arbeidsplaner og ivaretar andre forhold knyttet til tjenesteutøvelsen» (Askheim & Starrin, 2010). Jeg kan se for meg at dette vil være litt mye å kreve av mennesker med psykiske lidelser som tidvis kan være i sin mest sårbare periode i livet, og hvor slike oppgaver kan oppleves for krevende. Men det betyr ikke at de ikke skal få muligheten senere eller at de ikke skal være delaktige aktører i sitt liv. Det finnes mange begreper innen denne tematikken; brukerinvolvering, brukerperspektiv, empowerment, brukermedvirkning og brukerstyring (Bøe & Thomassen, 2009), som det legges litt ulike betydninger i. Jeg vil støtte meg til rapporten Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering som påpeker at et viktig suksesskriterium er å ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker, forutsetninger og behov. Dette innebærer «brukerstyrte metoder som vektlegger innbyggerens egne ønsker og prioriteringer om funksjon, aktivitet og deltakelse» som utgangspunkt for hverdagsrehabiliteringen (Ness, et al., 2012, s. s.34).

I sammenheng med dette temaet kommer også informantene inn på at fagfolk i større grad må se på brukerne som eksperter på eget liv, og at det handler om individuelle bedringsprosesser (Ulvestad, 2011). Nok en gang kommer det frem at ulike livshendelser kan bidra til bedring, og at det kan være ting som er uavhengig av fagpersoners innsats (ibid). Dette kommer tydelig frem hos informantene også vet at de legger vekt på at det må tilrettelegges for at brukerne får bestemme i størst mulig grad. Videre tenker jeg her at respekten for hvert enkelt menneske og dets egenart, som informantene trekker frem er svært viktig. Dette kan igjen ses i relasjon til hjelpeapparatets holdninger til mennesker med psykiske lidelser. Den paternalistiske tankegangen har en lang historie og påvirker fortsatt en del av vår tenkning (Askheim & Starrin, 2010). Det er herfra man har fått holdninger om at mennesker ikke alltid vet hva som er best for dem og at det derfor er opp til en «ekspert» å bestemme. I mange tilfeller finner disse ekspertene løsninger på utfordringer de selv ikke har erfaring med (ibid). Den paternalistiske tankemåten er et utgangspunkt for all den stigmatiseringen mennesker med psykiske lidelser i dag opplever. Almvik og Borge (2009) påpeker at dersom mennesker med psykiske lidelser skal slippe å streve med mange ekstra byrder som stigmatiseringen innebærer, så må de bli respektert på lik linje med andre mennesker. Og dette berører alle arenaer i samfunnet vårt, inkludert helsevesenet (ibid). Jeg tenker at dette vil kreve et omfattende holdningsarbeid.

En rapport fra NIBR (Norsk Institutt for by- og regionforskning) viser at engasjement rundt psykiske lidelser øker dersom det er mennesker som står dem nær som er rammet (Blåka, 2012). Undersøkelsen konkluderer med at befolkningen generelt har lite stigmatiserende holdninger knyttet til psykiske lidelser (ibid). Dette er en undersøkelse der befolkningen skal oppgi sine egne holdninger, og jeg undrer meg over om denne undersøkelsen er en fremstilling av «virkeligheten». Det finnes utallige andre undersøkelser og litteratur som påpeker at mennesker med psykiske lidelser opplever stigmatisering og hvordan det har en negativ effekt på deres hverdagsliv (Almvik & Borge, 2009; M. Borg & Davidson, 2007; Hummelvoll, 2005; Lorem, 2006; Skau, 1996; Spaniol, Wewiorski, Gagne, & Anthony, 2002; Vatne, 2009) Johannessen (2006) skriver i sin artikkel om stigma og hvordan pressens stigmaforsterkende reportasjer kan påvirke mennesker med psykiske lidelser, deres omgivelser og ikke minst befolkningens holdninger til psykisk helse. Det fremkommer at stigma blant annet innebærer diskriminering og at man setter personer i bås. Det kan bidra til selvstigmatisering, som igjen fører til at man utsetter å søke hjelp når psykiske lidelser

oppstår. «Vi kan alle bli farlige, gitt de rette omstendigheter, på samme måte som vi alle kan bli psykiatriske pasienter, gitt de rette belastninger. Psykiske lidelser er ikke noe hokus-pokus som rammer noen utvalgte blant oss» (ibid., 2006, s. 2). Nok en gang vil jeg påpeke at jeg tror vi har et omfattende holdningsarbeid foran oss, hvor vi trenger å bli mer åpne og fleksible i våre holdninger til hverandre som mennesker.

6.2.2 Fleksibel hverdagsrehabilitering

I datamaterialet kommer det frem at hovedmålet med hverdagsrehabilitering er å forebygge psykose og innleggelse. Noe som er høyt prioritert av mange brukere er å få rask hjelp ved forverring, slik at man unngår dramatiske hendelser (Almvik & Borge, 2009). For å oppnå dette vektlegges det behov for fleksible tjenester som gjerne møter brukeren på brukerens egen arena (ibid). Fleksibilitet er noe informantene ser som nødvendig nettopp fordi det handler om individuelle prosesser der mennesker har ulike behov for oppfølging i perioder. Å kunne oppnå en fleksibel helsetjeneste kan i mange tilfeller bety at tjenestene må gjennom omfattende endringer, som innebærer tilpasninger til brukeren med hensyn til valg av metode og behandlingsarena, samt bruk av ressurser og tid (Ulvestad, 2011). Dette er noe rapporten Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering påpeker når den henviser til at hverdagsmestring som tankesett vil kunne bidra til et paradigmeskifte med holdningsendringer, der man ser andre løsninger innen helsetjenestene (Ness, et al., 2012). Vi må være klare for å endre arbeidsmetoder og arenaer dersom vi skal kunne gi en bedre tjeneste til mennesker med psykiske lidelser.

I prosjektet «Konsultasjon i hjemmet» som ble gjennomført på Island i 2006 viser resultatene stor tilfredshet hos brukerne etter at det ble innført fleksible og individorienterte tjenester (Björnsdóttir, Guðmundsson, Sigursveinsdóttir, & Axelsdóttir, 2011). Det startet som et forsøksprosjekt hvor målgruppen var personer med psykiske forstyrrelser som bodde for seg selv. Tjenesten yter «helhetlige tjenester som er tilpasset brukernes behov, støtter dem i bedringsprosessen og forebygger de funksjonshemninger som kan være en konsekvens av alvorlige sykdomsperioder» (ibid, s.26). Resultater fra prosjektet viser at fleksible tjenester med fokus på myndiggjøring og bedringsprosesser oppleves av brukerne å være en helhetlig tjeneste som oppfyller deres behov. Videre opplevde brukerne økt livsmestringsmuligheter,

økt livskvalitet og redusert isolering. Tjenesten var blant annet fleksibel i forhold til struktur og mengde, og klientsentrering var en grunnleggende holdning. Videre var gjensidig tillit og respekt mellom rådgiver og bruker et sentralt element (ibid). Min vurdering er at denne tjenesten har mange fellestrekk med hverdagsrehabilitering og kan bidra til å gi verdifulle erfaringer og innspill til hvilke sentrale elementer hverdagsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser bør inneha. Samtidig kommer det frem at fleksibilitet er et viktig element i utviklingen av bedre tjenester.

Videre påpeker informantene at en del av det fleksible arbeidet kanskje vil innebære at man ikke avslutter tjenesten helt for alle. Det gis i denne sammenheng et eksempel på at for noen mennesker er det faktisk trygghet nok å vite at døra står åpen dersom behovet skulle oppstå. Nyttिंगnes and Skjerve (2010) beskriver et liknende eksempel og peker på hvordan en avtale om at det er mulig å ta kontakt ved behov kan være et viktig tiltak, selv om brukeren nesten ikke benytter seg av muligheten, jamfør brukerstyrte senger. Dette mener jeg at kan være et forebyggende tiltak dersom det kan være til hjelp for at mennesker skal mestre hverdagen sin. Videre handler fleksibilitet om å være åpen for at bruker selv skal kunne foreslå tiltak og deretter se hvordan man kan oppfylle disse. Samtidig handler det selvfølgelig om å kunne variere mengde på tjenester og oppfølging uten at dette krever at bestemte prosedyrer må være gjennomført i forkant. Slik sett handler det om å utvikle en tjeneste som tilpasser seg brukeren, og ikke omvendt.

6.2.3 Håp som bærende element for motivasjon og bedring

Deegan (1988) beskriver hvordan det å få en alvorlig psykisk lidelse kan påvirke hele ens verden, håp og drømmer, og hvordan det til slutt kan føre til at man gir opp. Uten håp blir også viljen til «å gjøre» paralyisert. Deegan beskriver hvordan det oppleves at angst og fortvilelse blir enerådende, og det fører til selvmedlidenhet og et innovervendt raseri (ibid). Informantene beskriver hvordan det å jobbe med motivering handler om å formidle til brukeren et håp om at endring og bedring er mulig. Som et av sitatene fra datamaterialet sier «så er det noen du faktisk på en måte må være håpet til». Slik sett bør helsepersonell tenke over og ta med seg at motivasjonsarbeidet i mange tilfeller handler om å vise personen at det finnes håp og muligheter for fremtiden. Samtidig påpeker både informantene og Deegan

(1988) at denne håpløsheten ikke inntreffer hos alle mennesker med psykiske lidelser. Men for de som opplever denne mangelen av håp så vil det være viktig at personer rundt dem kan opprettholde dette fokuset (Lindström, et al., 2013; Spaniol, et al., 2002; Topor, 2006). Deegan (1988) skriver om hvordan det å ha mennesker rundt seg som viser at de bryr deg og opprettholder et positivt perspektiv med håp om bedring har stor betydning. Og i mange tilfeller så er det kanskje det som bidrar til at den lille gnisten av håp tennes hos personen selv etter hvert. Formidlingen av håp må heller ikke bli for overveldende og noe som tvinges på brukeren (Topor, 2003). Det kan som informantene påpeker føre til at brukeren opplever et press og forventninger som igjen fører til en følelse av ikke å være bra nok eller gjøre ting feil. Slik sett må man finne en balanse.

Som datamaterialet henviser til så er det viktig å respektere personen og la dem få være den de er med sine ressurser og begrensninger. «Håbet må bygge på en accept af den eksisterende person med alle sine mangler og nederlag og på samme tid skabe troen på at forandring er mulig» (Topor, 2003, s.115). Hummelvoll (2005) understøtter at håp og optimisme er personalholdninger som er positive for brukeres bedringsprosess. En hjelper som har tro på at det er mulig å komme over plagene kan gi mot og et løft for brukeren (ibid). Og det er jo nettopp dette recovery handler om; å formidle håp om forandring og håp om at det er mulig å bli frisk på tross av erfarte opplevelser med en psykisk lidelse (Borg, 2007).

Å gå fra et passivt liv til deltakelse i aktiviteter kan bidra til ulike sideeffekter og deriblant et økt håp (Lindström, 2013). Deltakerne i studien til Lindström (2013) kunne bekrefte at små fremskritt og mestringsopplevelser ga dem en følelse av håp som igjen førte til at de fikk styrke til å jobbe mot målene de hadde satt seg. Håp blir sett på som en viktig forutsetning for at mennesker skal være aktører i eget liv (ibid).

Informantene trekker også frem hvordan omgivelser kan påvirke motivasjonen, som igjen vil påvirke brukerens individuelle prosess. Deegan (1988) beskriver at vi ikke kan fremtvinge bedring i våre tjenester, men vi kan skape omgivelser som gir næring til bedringsprosesser. Et prinsipp er at det må være rom for at bedringsprosessen ikke er en lineær prosess, men at den består av små skritt, og mennesker må få mulighet for å prøve og feile. Rehabiliteringen må ha lett tilgang og være fleksibel, og være en tjeneste hvor hver og en føler seg velkommen, verdsatt og ønsket. Det andre prinsippet handler om at man må se på den enkeltes

bedringsprosess som unik. Det finnes selvfølgelig noen fellesfaktorer, men samtidig er det viktig å se på det som en individuell prosess. I forlengelsen av dette bør alle derfor tilbys et variert tilbud og ulike tilnærminger å velge blant. Den tredje anbefalingen hos Deegan (1988) er at mennesker som har opplevd bedringsprosesser bør dele sin kunnskap og erfaringer med andre i samme situasjon. Mennesker med egenerfaring bør verdsettes i større grad. Det fjerde og siste prinsippet handler om at personalets holdninger er svært relevant i forhold til å skape håpefulle og bedringsorienterte omgivelser. I mange tilfeller bidrar personalet til å danne et skille mellom dem og oss, som bidrar til å skape en «normal» verden og en «unormal» verden. Dette fører til en undertrykking som ikke er gunstig for bedringsprosesser (ibid).

6.2.4 Er tidsavgrensede prosesser mulig i hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid?

Uten framtidsutsikter oppheves tiden og hverdagene innebærer ingen utvikling (Topor, 2006). Tid er en sentral del av bedringen og blant annet et redskap i bedringsprosessen. Informantene og Topor (2006) beskriver hvordan tid er et sentralt aspekt i det å opprette og bygge en relasjon. Helsepersonell må seg nok tid og gi denne tiden kvalitet i form av at den andre føler seg verdsatt og at det er dens behov som er i sentrum (ibid). «Å følge rytmen i relasjonen» (ibid, s.122) handler om å være fleksibel og åpen for at behovet for tid varierer. Som informantene beskriver, så er det viktig å være klar over at brukernes sykdomsforløp varierer og at det vil påvirke deres behov for oppfølging. Å kunne være med på denne variasjonen blir et sentralt element i blant annet å forebygge psykoseutbrudd og innleggelse.

Det at helsepersonell tar seg nok tid i det første møtet er også et viktig moment (Topor, 2006). I datamaterialet kommer det blant annet frem at det er viktig å bruke nok tid i første møte for å kunne kartlegge grundig nok. Jeg tenker at det ligger mer i dette første møtet. Det handler om at det første møtet også er essensielt for videre utvikling av relasjonen, og at det er viktig å tenke utover hva vi som helsepersonell ønsker å få vite om den andre i dette møtet. Som Topor (2006) skriver; «det finnes perioder da mye tid i løpet av kort tid er passelig ut fra en brukers behov» (ibid, s. 123). Deegan (1988) fremhever at det ikke er mulig å tvinge frem bedring hos noen. I dette tenker jeg at det handler om at hvert enkelt individ må få og bruke den tiden det tar for den enkelte å finne frem til hva som kan bidra til bedring. Og da handler

det om at man må få tid og mulighet til å prøve og feile, og ta noen små skritt av gangen (Deegan, 1988).

Når det var snakk om tidsperspektiv rundt hverdagsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser så mange av informantene for seg en periode på et til to år med oppfølging, for at brukeren skulle oppnå en stabil situasjon. I Forskrift om habilitering og rehabilitering, som hverdagsrehabilitering støtter seg til, står det at rehabilitering er tidsavgrensede prosesser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Jeg tenker at det vil jo her være avgjørende hva man legger i begrepet tidsavgrenset. Informantene var også inne på at det er viktig med avtalte evalueringer underveis for å vurdere om oppfølgingen gir ønskede resultater. Vil det kunne være tilfredsstillende i forhold til tidsavgrensning eller må man si at tidsavgrensede prosesser i hverdagsrehabilitering er lite sannsynlig? Jeg mener at dersom man skal hjelpe mennesker i en bedringsprosess så må det være deres behov for tid som skal styre oppfølgingen og at tjenestenes behov for å planlegge tid ikke skal være styrende. Samtidig forteller informantene at mennesker med angst og depresjoner kan oppnå bedring i løpet av kortere tid og at de ser for seg at disse brukerne kan ha en oppfølging mer i retning av hva som gjennomføres innen eldreomsorg og somatikk. Der gjennomføres hverdagsrehabilitering med alt fra 3 ukers oppfølging til flere måneder (Ness, et al., 2012). Samtidig fremheves det i rapporten *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering* at de legger til grunn at det viktigste er individuelle tiltak og at det derfor ikke bør sies noe generelt om tidsramme (ibid).

Videre tenker jeg at dette med tid vil også være påvirket av blant annet om brukeren har et nettverk rundt seg eller har fått etablert seg på en eller flere sosiale arenaer. Det er et gjennomgående tema i litteratur (M. Borg, 2009; Bøe & Thomassen, 2009; Deegan, 1988; Sosial- og helsedirektoratet, 2005; Topor, 2006) og hos informantene at nettverk og meningsfylte aktiviteter er essensielt for mennesker. Dersom man får opprettet sosial kontakt og relasjonen på andre arenaer, så kan helsepersonell bli overflødig, og det vil også kunne bli enklere å avslutte oppfølgingen.

6.3 Aktivitet versus passivitet

I datamaterialet kommer det frem hvordan det å være en aktiv aktør i eget liv er avgjørende i en bedringsprosess, derfor er det viktig at man som bruker får slippe til. En annen sentral del er at hjelpeapparatet må ta hensyn til personens omgivelser og ikke bli for individfokusert. Som i forrige kapittel, tenker jeg at drøftingene som følger handler om ulike faktorer og elementer som kan bidra til bedring hos den enkelte.

6.3.1 Hverdagsrehabilitering som empowerment

Informantene hadde et stort fokus på at hverdagsrehabilitering må bidra til at brukerne lærer å mestre sin hverdag og sitt liv med alt det måtte innebære. I rapporten Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering (Ness, et al., 2012) beskrives det at hverdagsmestring er et tankesett som *«vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå»*. Slik sett tenker jeg at hverdagsmestring er en tilnærming som vil kunne tilpasses alle brukergrupper og at man bør tenke at alle mennesker har ressurser til å kunne mestre. Og i mange tilfeller er det ikke så mye som skal til, noe som følgende eksempel fra en av informantene viser:

«Jeg ledet jo et sånn empowermentprosjekt for ei stund tilbake og der var det ei som sa opp tretti år med uføretrygd etter deltakelse i prosjektet. Hun hadde vært uføretrygdet i tretti år på grunn av psykiske lidelser og begynte å jobbe full jobb i en alder av femti år».

Dette eksemplet får en til å tenke over hva om denne kvinnen hadde fått tilbudet tidligere? Hva kunne det ha gjort for henne og samfunnet? Og jeg velger å tro at hun ikke er det eneste eksempelet. Det handler om å lytte til hvert enkelt menneske og se de mulighetene som finnes, og vurdere hvilke forebyggende og helsefremmende effekt ulike tiltak kan ha for enkeltmennesket.

I litteraturen beskrives empowerment som et begrep som er vanskelig å definere og dermed synes å være noe diffust hva det innebærer (Askheim & Starrin, 2010). Mange henviser allikevel til at det handler om:

En prosess for å styrke og aktivere menneskets egenkraft. Det handler om mobilisering av egen kompetanse, styrke og innsikt, egne erfaringer, vilje og evne til å mestre eget liv. Det

innebærer at folk blir i stand til å definere sine problemer ut fra egen situasjon og finne løsninger, gjerne i fellesskap med andre (Løken, 2010, s. 189).

Som informantene sier så handler det om å sette mennesker i stand til å mestre hverdagen og tro på at de kan klare det. Egostyrking for å kunne stole nok på seg selv til å ta egne valg, ses på som essensielt blant informantene.

Som datamaterialet viser, så er det viktig at helsepersonell lar brukerne få utvikle sitt empowermentpotensiale og at de tar over og gjør for mye for brukeren. Informantene beskriver at det er en drivkraft som må mobiliseres, og at den kan utvikle seg og komme frem gjennom ulike mestringsopplevelser. Empowerment som individuell faktor handler om selvtillit, selvbilde, kunnskap og ferdigheter (Almvik & Borge, 2010). Her mener jeg at helsepersonell spiller en viktig rolle i det å bidra til mestringsopplevelser som igjen kan påvirke selvtillit og selvbilde. Videre vil det være viktig å gi brukerne kunnskap om lidelsen de har, hvordan hverdagsutfordringer kan løses og hvordan brukerens helhetlige situasjon kan påvirke de enkelte delene. Når det gjelder kunnskapsformidling tror jeg man har mye å hente, og jeg tenker da spesielt på informasjon om hvordan lidelsen kan utarte seg og hvordan det kan relateres til hverdagslivet. I resultatpresentasjonen kommer det frem på hvilken måte informantene mener at hverdagsrehabilitering innebærer hjelp til selvhjelp; «det kan blant annet gi brukerne bedre innsikt i eget liv og muligens i egen sykdom, de kan lære noe om sine ressurser og begrensninger til egen helse og de vil sannsynligvis bli motiverte til å ta initiativ i eget liv». Skal man kunne styrke menneskets egenkraft og bidra til at de skal definere egne utfordringer, mener jeg at det er viktig at man blir kjent med seg selv som menneske. Deegan (1988) beskriver hvordan det å bli kjent med seg selv er sentralt i bedringsprosessen. Gjennom å finne ut hvem man ikke er eller hva man ikke kan gjøre, så starter man å oppdage hvem man kan være og hvilke ressurser man har (ibid).

6.3.2 Hverdagsaktiviteters betydning for psykisk helse

Hverdagsrehabilitering handler om å ta utgangspunkt i brukerens ønsker for aktivitet i egen hverdag (Laberg & Ness, 2012). Det er jo nettopp i hverdagen vi lever våre liv og derfor er mestring av disse aktivitetene avgjørende for vår livskvalitet.

Informantene legger vekt på at brukernes gjerne vil få på plass bolig og økonomi aller først, dersom dette ikke er tilstede. Nytingnes (2011) kaller dette for maslowsk realisme, der mennesker med alvorlig psykiske lidelser vektlegger fornuftige forhold i livet som er viktig for alle i et samfunn. Dette er forhold som er grunnleggende viktig for å kunne leve og gjennomføre mange av hverdagslivets aktiviteter. Fra et faglig ståsted vil det kanskje ses som om brukeren har urealistiske forventninger, men det bør heller ses på som nøkternt, fornuftig og alminnelig (ibid). Videre er det viktigheten av å ha et eget hjem hvor man opplever trygghet (Ådland & Alsaker, 2010). Samtidig er boligen knyttet til identitet, personlighet og verdier. Et hjem og en bolig er mer enn bare et sted for individuelle behov. Det kan også være en arena der man kan invitere sitt nettverk og ha sosial kontakt med andre mennesker (ibid). Det å kunne innrede et hjem slik man ønsker og vise det frem med stolthet er også en viktig del for selvfølelsen (Lindström, Lindberg, & Sjöström, 2011). Jeg tenker at en bolig er et viktig springbrett for gjennomføring av mange hverdagsaktiviteter. Vi kan jo alle tenke med oss selv hva det betyr å ha et stabilt og trygt hjem å gå til. Hjem bidrar til å skape en ramme for hverdagen og er et viktig sted for daglige aktiviteter (Lindström, et al., 2011).

Informantene så på bolig og økonomi som to grunnleggende elementer som måtte være på plass for at brukerne skal kunne rette fokuset mot andre hverdagsaktiviteter. De fortalte også at de fleste brukere «ønsker et normalt liv». Mange undersøkelser og i mye av litteraturen fremgår det at mennesker nettopp ønsker å mestre hverdagsaktiviteter på egenhånd (M. Borg, 2009; M. Borg & Davidson, 2007; Deegan, 1988; Topor, 2006). I M. Borg og Davidson (2007) sin undersøkelse kommer det tydelig frem at mennesker med psykiske lidelser ser på mestring av det normale livet som essensielt. Aktiviteter som vanligvis tas for gitt, som for eksempel shopping, rengjøring og betaling av regninger, blir enda viktigere å mestre og gjennomføre selvstendig når de oppleves som vanskelige å gjennomføre (ibid).

6.3.3 Sosialt nettverk – viktig for mennesket

Betydningen av sosialt nettverk er noe som går igjen både i datamaterialet og annen litteratur (Almvik & Borge, 2009; Askheim & Starrin, 2010; M. Borg & Davidson, 2007; T. Borg, 2007; Bøe & Thomassen, 2009; Hummelvoll, 2005; Lindström, et al., 2011). Hummelvoll (2005) påpeker at i sosiale nettverk finnes det helsestimulerende muligheter, og at vår evne til

å tåle og mestre livspåkjenninger øker om man har et godt sosialt nettverk (ibid). Sosiale nettverk kan imidlertid ha ulike kvaliteter og for eksempel kan rusmiljøer og kriminelle miljøer være negative og destruktive (Askheim & Starrin, 2010). Gode nettverk kjennetegnes ved at de er en viktig kilde til støtte, følelse av tilknytning, det å føle seg forstått og for selvfølelsen (ibid). Informantene kommer blant annet inn på hvordan pårørende/nettverk kan være en trigger i forhold til den psykiske lidelsen hos brukeren. Dette er etter min mening viktig å ha med seg som helsearbeider da man kan møte personer som har vært utsatt for vold eller overgrep fra sitt nettverk. I slike tilfeller vil alternative sosiale nettverk anses som relevant.

I evalueringen av prosjektet *Konsultasjon i hjemmet* (Björnsdóttir, et al., 2011) kom det frem at tjenesten, etter hvert som mål ble nådd, kunne forandres til å omhandle støtte og oppfølging rundt deltakelse i arbeid- og aktivitetstilbud. Dette underbygger det informantene påpeker med at man bør vektlegge å finne sosiale arenaer som personen kan delta på. Dersom nettverket ikke oppleves å gi sosial støtte kan det føles som en trussel mot individets psykologiske selvstendighet (Kristoffersen, 1998). Et svakt nettverk kan virke hemmende og begrense personens utviklingsmuligheter (ibid).

Mennesker har behov for tilhørighet. (Fugelli, 2012) beskriver hvordan mennesker er skapt til å være sosiale og avhengig av «flokk». Han hevder at våre viktigste «fem om dagen» er følgende; verdighet, handlingsrom i eget liv, tilhørighet, mening og trygghet. Videre skriver han om hvordan samfunnet vårt har blitt for opptatt av å dyrke styrke og at vi trenger å bli en mer raus, trygg og rettferdig flokk. Han avslutter sin artikkel med å si at vi må «rekke hverandre hendene og bry oss om hverandre underveis» (ibid).

Borg og Davidson (2007) fant i sin undersøkelse at en del av det å føle seg «normal» innebar å delta i vanlige sosiale settinger og inneha vanlige roller som det å være datter/sønn, søsken, partnere eller foreldre. Samtidig viser studien at det har stor verdi å få bidra og gi noe tilbake til sitt nettverk, og at det ikke bare blir slik at man mottar hjelp (ibid). Lindström (2011) beskriver også hvordan sosiale settinger og sammenkomster skaper en arena for kontinuerlig læring og utvikling i sosiale ferdigheter. Sosialisering inkluderer en spenning mellom at det oppleves vanskelig og utfordrende, samtidig som det er meningsfullt og givende (ibid). Dersom brukeren opplever sosiale situasjoner som vanskelig og utfordrende, mener jeg det er

viktig å se på sammen hvordan deltakelse i en aktivitet kan være en mulig læringsarena for utvikling av sosiale ferdigheter, samtidig som det kan bidra til å forebygge faren for nye sykdomsutbrudd, isolering og ensomhet.

Ensomhet hos brukerne var noe informantene hadde stort fokus på. De opplever mange brukere i sin arbeidshverdag som er ensomme og gjerne i kombinasjon med at de er mye isolert. Når det gjelder ensomhet og isolasjon skriver Kristoffersen (1998) blant annet «å være hjelpeløs, ute av stand til å få tak på den ytre verden, komme i kontakt med andre mennesker og få grep på tingene» (ibid, s. 56). Videre uttrykker han hvordan det å føle seg utenfor kan gi en stor angst og i verste fall føre til psykisk lidelse (ibid). Jeg mener at Kristoffersen her er inne på noe av det Alfred Schütz beskriver rundt den intersubjektive verden og hvordan vi er avhengig av det sosiale felleskapet for å utvikle oss selv. Det er gjennom sosial interaksjon med andre mennesker at vi tilegner oss common-sense kunnskapen vi trenger for å mestre hverdagen (Tuulik-Larsson, 1992). Dersom personen isolerer seg og har lite kontakt med omverdenen kan det tenkes at utviklingen av denne hverdagskunnskapens blir mangelfull og dermed påvirker personens evner til å mestre hverdagen. Dette er et aspekt i hvorfor sosiale nettverk er viktig for mennesker.

6.4 Ergoterapeuter ser vitenskapelig på hverdagsaktiviteter

I dette kapittelet drøftes ergoterapeutenes bidrag og fagkompetanse i relasjon til momenter fra hverdagsrehabiliteringen for mennesker med psykiske lidelser.

6.4.1 Fokus på hverdagslivet og hverdagsaktiviteter

Ergoterapeuter er utdannet til å forstå betydningen av hverdagens aktiviteter, og samtidig vite hvilket repertoar av ferdigheter som kreves for å utføre aktivitetene (Creek, 2005). Dette mener jeg er verdifull kunnskap i hverdagsrehabiliteringen, samt i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser. For det er nettopp det de gir tilbakemelding om at de ønsker å mestre selv, de hverdagslige aktivitetene. I ulike undersøkelser kommer det frem at de har et ønske

om å være normale (Borg & Davidson, 2007), delta i avgjørelser om kjøp av bursdagsgave (Borg, 2009), gå på turer, restaurantbesøk, fester og reiser (Birkeland & Kristoffersen, 2004), håndtere økonomi, delta i sosialt samvær, lage sunn mat (Lindström, 2013) og ha muligheten for å gi og ta i sosiale relasjoner (Davidson, et al., 2005). Og dette er selvfølgelig hverdagsaktiviteter som vi alle tar for gitt, gjennomfører uten store vanskeligheter og ikke tenker over at kan være vanskelig og utfordrende for andre mennesker å utføre. Ferdighetene for å utføre disse aktivitetene tilegnes gjennom en aktiv innsats under individets utvikling (Creek, 2005). Denne utviklingen kan svekkes og forstyrres ved psykisk sykdom. Prosessene som muliggjør utvikling og vekst kan bli hemmet, og evnene kan skades og svekkes (ibid).

Ergoterapeuter forsøker å bistå brukeren i å fungere mest mulig optimalt når det oppstår en psykisk lidelse (Creek, 2005). Det kan handle om å lære nye ferdigheter eller gjenerobre gamle ferdigheter (ibid). Aktivitet og deltakelse i hverdagslivet er den ergoterapeutiske intervensjonens mål og middel (T. Borg, 2007). Man ser på hvordan en psykisk lidelse kan påvirke en persons hverdagsliv og daglige gjøremål. Det kan oppstå en ubalanse i aktivitetsutførelse som medfører utilfredshet mellom et nødvendig og ønsket aktivitetsnivå og det som er faktisk mulig (ibid). «Ergoterapeutens primære rolle er at støtte brukeren til at delta i meningsfull aktivitet og genskape en balance i hverdagslivet» (ibid., 2007, s.486). |

Lindström (2013) har gjennomført en studie der mennesker med alvorlig psykiske lidelser fikk hverdagsrehabilitering ut fra en modell Lindström har utviklet som hun kaller ELR (Everyday Life Rehabilitation). Dette er hjemmebasert ergoterapi og rehabilitering i samarbeid med kommunens helsearbeider. Deltakerne bodde i bemannede boliger eller i selvstendige boliger med oppfølging. Undersøkelsen viser at deltakerne var svært fornøyde med ergoterapitilnærmingen og ingen omtalte ergoterapeuten i negativ form. De kunne fortelle at det var første gang de hadde blitt tilbudt rehabilitering og at ergoterapeuten hadde hatt en sentral rolle i deres forvandling og utvikling. Det ble blant annet beskrevet hvordan ergoterapeuten la til rette for at personene utførte aktivitetene på egenhånd, mens de var vant til at helsearbeider fra kommunen kom og gjorde tingene for dem, mens de satt passivt og så på. Ergoterapeutens passive rolle i ikke å gjøre for ble satt pris på. Deltakerne følte seg også verdsatt ved at ergoterapeuten hadde spurt etter deres egen mening og virkelig lyttet til dem. Ergoterapeutens innsats og respekt i forhold til egne mål og behov gjorde at deltakerne følte seg betydningsfulle og verdsatt. En annet aspekt som ble satt stor pris på var at ergoterapeuten

tok seg tid til å forklare og diskutere strukturen for prosessen sammen med deltakeren. Lindström, et al. (2013) anbefaler at helsetjenestene går i retning av et mer recoveryorientert perspektiv der klientsentrert rehabilitering med fokus på de virkelige utfordringene, tilbys kontinuerlig. Slik sett tenker jeg at ergoterapeuters grunnleggende kunnskap om aktiviteter og aktivitetsfokus vil være en sentral del innen hverdagsrehabilitering.

6.4.2 Ergoterapeuters helhetlige perspektiv

Det helhetlige perspektivet innebærer å forstå at menneskets hverdagsliv handler om mye mer enn bare individet selv. Alle mennesker har fysiske, kognitive og affektive funksjoner, og hverdagen består av ulike aktiviteter som kan deles inn i egenomsorg, arbeid og fritid som er avhengig av de ulike funksjonene for å kunne gjennomføres (Borg, 2007). Samtidig er mennesker avhengig av sine omgivelser (Creek, 2005) og blir påvirket av og påvirker sine omgivelser. Våre omgivelser består av fysiske, kulturelle, sosiale og institusjonelle omgivelser (Borg, 2007).

Mennesket er et produkt af og i stadig vekselvirkning med sine omgivelser. Mennesket betraktes som en total helhet med psykiske, fysiske og sosiale behov og indgår i samspill med familie, andre tilhørsgrupper og det omgivende miljø. Ergoterapeutisk arbejde tager udgangspunkt i menneskets totalsituasjon og ikke i det enkelte symptom (ibid., s. 39)

Informantene fremhever viktigheten av å se brukerens helhetlige situasjon og at det innebærer alt fra å ha fokus på hvilke aktiviteter som befinner seg i et døgn, samtidig som det fokuseres på fremtiden. Gibson, D'Amico, Jaffe, & Arbesman (2011) har utført en systematisk gjennomgang av forskningslitteratur som ser på effekten av ergoterapi med fokus på bedringsprosesser. De kom frem til at det er moderate til sterke bevis for effekten av sosial ferdighetstrening og for støtte til sysselsetting gjennom bruk av individuell støtte. Bevisene for klientsentrert, samt økt intensitet og varighet av behandling er begrenset, men positive (ibid).

6.4.3 Ressursfokus og mestringsopplevelser kan bidra til håp om bedring

Ergoterapeuters fokus på brukerens ressurser og bygge opp under ressurser tenker jeg er et essensielt perspektiv som er svært relevant i brukeres bedringsprosesser. Gjennom å støtte opp under brukerens ressurser kan det oppstå verdifulle mestringsopplevelser, som igjen kan gi brukeren en følelse av håp. Håp som er diskutert tidligere i drøftingsdelen viser seg å ha en viktig funksjon i bedringsprosessen (Lindström, 2013). Mennesker med psykiske lidelser kan ha opplevd mange nederlag i sitt liv slik at følelsen av håp må ikke bli tatt for gitt og er en følelse som trenger næring. Små fremskritt kan gi en følelse av håp som videre bidrar til å gi brukeren energi og drivkraft til å jobbe videre med de målene som man har satt for seg selv (ibid). Og disse små fremskrittene tenker jeg at ergoterapeuter i stor grad kan bidra til gjennom fokus på brukerens ressurser og aktiviteter som den enkelte ønsker. Ved denne tilgangen tenker jeg også at ergoterapeuter bidrar til å vise at de har tro på den enkelte og ser muligheter for bedring. Som informantene påpeker så er ofte mange mennesker med psykiske lidelser full av negative tanker om seg selv, slik at det å fremheve ting de har lykket med og fortsatt mestrer blir essensielt.

Deegan (1988) beskriver hvordan håpet kan forsvinne ved å få en alvorlig psykisk lidelse og at det også påvirker viljen og drivkraften til å gjennomføre aktiviteter. Samtidig påpeker hun at det er gjennom utførelse av hverdagslige aktiviteter som å barbere seg, lese en bok, handle en dag i uka, studere og få en jobb som bidrar til mestringsopplevelser og en gjenoppbygging av livet. Små skritt og gradvis utfordring er det som skal til (ibid). Her tenker jeg at ergoterapeutens kunnskap om tilrettelegging av aktiviteter i forhold til nærmeste utviklingszone er et vesentlig bidrag i dette arbeidet. Det å tilrettelegge for deltakelse i aktiviteter hvor noen deler mestres og andre deler gjør at man utfordres litt, er essensielt. Noen ganger handler det også om at brukeren kanskje må senke noen av sine forventninger til seg selv. Et stort gap mellom funksjonsnivå og forventninger gir sjelden mestringsopplevelser.

6.4.4 Verdien av systematisk kartlegging og utarbeidelse av mål

Bedring handler blant annet om å skape en ny mening og mål med livet etter hvert som man kommer seg over den største krisen ved å få en psykisk lidelse (Davidson, et al., 2005). Bedringsprosesser når ikke en ende eller et sluttprodukt, det handler om en livslang prosess. Det beskrives mer som en holdning, en levemåte, en følelse, en visjon eller opplevelse (ibid). Slik sett tenker jeg at det betyr at man skal finne en måte å leve livet sitt på, med alt hva det innebærer. Dette ligner i stor grad på hva ergoterapeuter har som utgangspunkt for sitt arbeid. Primært er målet for ergoterapi å bistå brukeren i å oppnå en tilfredsstillende hverdag (Creek, 2005). Dette kan omhandle å hjelpe brukeren til å utvikle, gjeninnlære eller vedlikeholde ferdigheter som er nødvendige for at brukeren skal være i stand til å tilfredsstille sine behov (ibid). Deltakelse i aktivitet kan bidra til å gjenoppdage sin egen kapasitet til å handle (Lindström, 2013).

I mange tilfeller tenker jeg at det kan være vanskelig for en person med psykisk lidelse å se hva som er realistiske mål for en selv. Da kan en grundig og systematisk kartlegging være et godt verktøy for å få satt ord på hva man egentlig tenker. Først og fremst tenker jeg at kartleggingsfasen kan bidra til at brukeren føler seg hørt og respektert ved at den er brukeren som forteller om sitt liv, sine ønsker og behov og at ergoterapeuten lytter til dette (Lindström, 2013). Slik sett er det viktig å ta seg god tid i kartleggingsfasen slik at all informasjon brukeren ønsker å dele kommer frem. Informantene trekker også frem at det er viktig å bruke god tid i kartleggingsfasen fordi det kan bidra til at man kommer frem til andre mål og tiltak, enn dersom man ikke tar seg tiden. Når det gjelder målsettingsfasen er det viktig å være sensitiv i forhold til at det settes mål om kan oppnås, at man bruker nok tid og at det er fokus på å forklare og diskutere hvordan målene kan ha en utvidet verdi (Lindström, 2013). Dette er noe som kan relateres til informantenes fokus på at deltakelse i aktiviteter kan få ringvirkninger på andre arenaer. Å oppnå et mål kan bidra til en utvidelse av aktivitetsrepertoar og deltakelse i aktiviteter på helt andre arenaer. Måloppnåelse kan også ha en psykisk verdi i form av at det bidrar til å gi selvtillit, håp og følelsen av glede (ibid). Med tanke på hva måloppnåelse kan bidra til i brukerens bedringsprosess tenker jeg at dette vil være en viktig del for mange mennesker med psykiske lidelser. Det å ha konkrete mål å jobbe mot og vite hvor veien går kan være til stor hjelp i et hverdagsliv som kanskje kan virke håpløst og kaotisk. Her har ergoterapeuter et stort potensiale til å hjelpe mennesker med

psykiske lidelser i denne prosessen, fordi som informantene påpeker så er ergoterapeuter utdannet til å utøve systematisk kartleggings- og intervensjonsarbeid.

7. Konklusjon

Hensikten med denne studien har vært å kunne bidra til utviklingen av kunnskap om hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid, samt ergoterapeutens faktiske og potensielle rolle og bidrag i hverdagsrehabiliteringen innen psykisk helsearbeid. Intervjuene og analysearbeidet har vært en berikende opplevelse på mange måter. Det har vært interessant å analysere informantenes bidrag og merke hvordan min egen forståelse og kunnskap om fenomenet har utviklet seg som i en hermeneutisk spiral. Informantenes materiale blir i drøftingsdelen reflektert og diskutert i relasjon til valgt teori og forskning.

Rehabilitering viser seg å være et allerede eksisterende fokus innen psykisk helsearbeid i kommunen, men det oppleves å ha kommet i skyggen av et stort fokus på pleie og omsorg. Derfor ønskes en større tyngde på hverdagsrehabilitering med fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid i fremtiden. Målgruppen anses å være alle med psykiske lidelser, men i denne studien henviser informantene hovedsakelig til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Et overordnet prinsipp er en individuell tilnærming med fokus på respekt for brukeren og hva hver enkelt bruker ønsker med sitt liv. For å kunne oppfylle dette prinsippet vil det være viktig med fleksible tjenester som tilpasser seg brukeren, om blant annet innebærer tilstrekkelig med tid der brukeren får bestemme tempo. Målgruppen personer med alvorlig psykiske lidelser antas å ha behov for en oppfølgingsperiode på et sted mellom et til to år før stabilisering.

Motivasjon for endring er en sentral del av en bedringsprosess, der håp ses som et bærende element. For å ha en vilje til handling, så må håpet om forandring være tilstede. Dette kan helsepersonell bidra med gjennom å være bærer av håp, samt skape bedringsorienterte og oppløftende omgivelser. Sosial interaksjon er et grunnleggende element i alle mennesker og vi er alle i behov av sosial kontakt. Derfor blir forebygging av ensomhet og isolasjon en viktig del av hverdagsrehabiliteringen for at mennesker med psykiske lidelser skal ha et godt hverdagsliv. Gunner Gamborg, lederen for det danske ergoterapeutforbundet, fortalte på ergoterapeutenes fagkongress i Oslo i september 2013 at mottoet for hverdagsrehabilitering i Danmark har gått fra «å leve lengst mulig i eget hjem» til «å leve lengst mulig i hverandres liv» (Gamborg, 2013). Dette synes jeg er en positiv endring som jeg håper vi tar med oss i arbeidet med hverdagsrehabilitering i Norge. Spesielt med tanke på at sosiale relasjoner har

en stor betydning, noe som kommer tydelig frem i datamaterialet og litteratur (M. Borg, 2009; M. Borg & Topor, 2009; Deegan, 1988; Hummelvoll, 2005; Lindström, Lindberg & Sjöström, 2011; Lorem, 2006).

Ergoterapeuter anses å ha en helt sentral rolle i arbeidet med hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Deres kunnskap om, forståelse for og bruk av aktivitet viser seg å være en god tilnærming til mennesker med psykiske lidelser. I denne sammenheng vises det til betydningen av aktivitetsanalyser for å kunne oppnå denne kunnskapen. Videre fremheves spesielt ergoterapeuters helhetlige tankegang med samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser, samt deres systematiske kartlegging, vurderinger og intervensjoner. Ergoterapeuters fokus på ressurser og mestingsopplevelser hos den enkelte kan være et viktig bidrag til å gi brukeren håp. Og fokus på meningsfulle aktiviteter med utgangspunkt i brukerens ønsker og behov, kan gi motivasjon og ønske om endring. Det unike er ergoterapeuters kunnskap om og fokus på hverdagsaktiviteter, og at brukeren skal veiledes til å mestre disse. Med utdypende kunnskap om betydningen av det selvfølgelige hverdagslivet mener jeg at ergoterapeuter egner seg svært godt i hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid. I studien til Lindström fremkommer det også at ergoterapeutisk intervensjon for mennesker med alvorlige psykiske lidelser er hensiktsmessig og deltakerne var svært fornøyde (Lindström, Lindberg & Sjöström, 2011; Lindström, Hariz & Bernspång, 2012; Lindström, Lindberg & Sjöström, 2011). Samtidig er det en utfordring at det finnes for få ergoterapeuter ute i kommunene, og de som finnes har ikke mulighet til å fokusere på arbeid med dagliglivets aktiviteter (Riksrevisjonen, 2012).

Hverdagslivet er komplekst og består av et uendelig antall selvfølgeligheter som vi sjelden tenker over og mye går på automatikk. Jeg mener at det vil være en god anbefaling å ha mer fokus på mestring av hverdagsaktiviteter for mennesker med psykiske lidelser, og se på hverdagslivet som det mest sentrale. For det er ikke før man blir syk at man virkelig ser verdien av å kunne utøve disse aktivitetene selvstendig.

Resultatene fra denne studien antyder at hverdagsrehabilitering vil være en verdifull og hensiktsmessig tilnærming for mennesker med psykiske lidelser. Med tanke på at hverdagsrehabilitering er et forholdsvis nytt fenomen og denne oppgavens begrensede

overføringsverdi med bakgrunn i kun ti informanter, anbefales flere undersøkelser. Forhåpentligvis kan denne studien danne et grunnlag for ytterligere forskning på området.

Litteraturliste

- Almvik, A. & Borge, L. (2009). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Askheim, O. P. & Starrin, B. R. (Red.). (2010). *Empowerment: i teori och praktik*. Malmö: Gleerups.
- Berulfsen, B. & Gundersen, D. (2001). *Fremmedord og synonymer blå bok* (5.utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget
- Birkeland, A. & Kristoffersen, K. (2004). Opplevelsen av behov for hjelp hos psykiatriske pasienter som bor i egen bolig. *Vård i Norden*, 24(4), 15-19.
- Björnsdóttir, L., Guðmundsson, H. S., Sigursveinsdóttir, K. & Axelsdóttir, A. (2011). Nye synsvinkler og nye metoder i forbedret psykisk helse. Et nordisk prosjekt om bemyndiggjøring i psykiatrisk helsetjeneste. Reykjavík: Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd (RBF).
- Blåka, S. (2012). *Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom: status etter Opptrappingsplanen*. Vol. 2012:9. Oslo: NIBR.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(5), 452-459.
- Borg, M. & Davidson, L. (2007). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 1-12.
- Borg, M. & Topor, A. (2009). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Borg, T. (2007). *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. København: Munksgaard.
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2009). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Creek, J. (2005). *Psykiatrisk ergoterapi: teori, metode, praksis*. København: FADL's Forlag.
- Davidson, L., Evans, A. C., O'Connell, M. J., Tondora, J. & Lawless, M. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487. doi: 10.1037/0735-7028.36.5.480
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Erfaringskonferanse (2013). Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering 2013. Erfaringsutveksling om samarbeid og intervensjon med bruker – oppsummering fra gruppediskusjoner.
Lokalisert på: <https://www.goggle.no/#q=hverdagsrehabilitering+eksklusjon>
- Ergoterapeutene (2011). *Hva er hverdagsrehabilitering?*
Lokalisert på: <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/vi-mener/Paavirkningsarbeid/Hverdagsrehabilitering/Hva-er-hverdagsrehabilitering>
- Ergoterapeutene. (2013). *Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig!*
Lokalisert på: <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi>

-
- Folkehelseinstituttet. (2011). *Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk*. Lokalisert på: <http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>
- Fugelli, P. (2012, 22.12.2012). Kreftsyke Per Fugelli med juleappell til nordmenn: Avslører hva som er viktigere enn "omega-3, antioksidanter og lavkarbo", *Dagbladet*. Lokalisert på: <http://www.dagbladet.no/2012/12/22/kultur/debatt/kronikk/jul/helse/24950999/>
- Gibson, R. W., D'Amico, M., Jaffe, L. & Arbesman, M. (2011). Occupational Therapy Interventions for Recovery in the Areas of Community Integration and Normative Life Roles for Adults with Serious Mental Illness: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65, 247-256.
- Gråwe, R. W. (2010). Forståelse og behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. I L. Borge & A. Almvik (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (3 utg., s. 138-158). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Gunner, Gamborg (2013) Foredrag: hverdagsrehabilitering i Danmark. Lokalisert på: <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Kunnskapsport/Konferanseinnlegg/2013/Fagkongressen>
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Vol. nr. 47 (2008-2009). Oslo: Regjeringen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013(a)). *Meld.St.29 Morgendagens omsorg*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013(b)). *Presssemelding. Revidert nasjonalbudsjett 2013. 100 millioner til morgendagens omsorg*.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, LOV-2011-06-24-30 (2011). Lokalisert på: <http://www.lovdatab.no>
- Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. 49, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 693-695.
- Hummelvoll, J. K. (2005). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A. & Tufte, P. J. (2002). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Johannessen, J. O. (2006). "Journalisten var psykiatrisk pasient", *Dagbladet*. Lokalisert på <http://www.dagbladet.no/kultur/2006/04/19/463879.html>
- Kristoffersen, K. (1998). *Pårørende og søsken i psykisk helsevern: hermeneutisk metode, søskens opplevelse, pårørendesamarbeid*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

-
- Laberg, T. & Ness, N. E. (2012). Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. *Ergoterapeuten*, 01, 1-4.
- Lindström, M., Hariz, G.-M. & Bernspång, B. (2012). Dealing With Real-Life Challenges: Outcome of a Home-Based Occupational Therapy Intervention for People With Severe Psychiatric Disability. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 32(2), 5-13.
- Lindström, M., Lindberg, M. & Sjöström, S. (2011). Home bittersweet home: The significance of home for occupational performance. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(3), 284-299. doi: 10.1177/0020764009354834
- Lindström, M., Lindberg, M. & Sjöström, S. (2013). Stories of Rediscovering Agency: Home-Based Occupational Therapy for People With Severe Psychiatric Disability. *Qualitative Health Research*, 23(6), 728-740. doi: 10.1177/1049732313482047
- Lorem, G. (2006). *Samspill i psykisk helsearbeid: forståelse, kommunikasjon og samhandling med psykisk syke*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Løken, K. H. (2010). Å lykkes med brukermedvirkning. I A. Almvik & L. R. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (3 utg., s. 187-200). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Nes, R. B. & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge: tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Vol. 2011:2. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Ness, N. E. (1995). *Ergoterapeuters yrkesfunksjon - før, nå og framover*. I *Aktuelle artikler om ergoterapiens historie: Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for helse- og sosialfag, Ergoterapiutdanningen CY - Trondheim*.
- Ness, N. E. (2002). Ergoterapifagets aktivitetsperspektiv - et historisk blikk på ideer som påvirker faget. *Ergoterapeuten*, 10.
- Ness, N. E., Laberg, T., Rygh, E., Granbo, R., Færevaa, L. & Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Oslo.
- Nytingnes, O. (2011). Vet fagfolk best? Klienten som kunnskapskilde om veier til endring. I A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A.-G. Tuseth & T. R. Fjeldstad (Red.), *Klienten - den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. (3 utg., s. 64-79). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nytingnes, O. & Skjerve, A.-G. (2010). Hvis brukerne fikk bestemme. I A. Almvik & L. R. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko*. (3 utg., s. 201-220). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Occupational Therapy Interventions for Recovery in the Areas of Community Integration and Normative Life Roles for Adults With Severe Mental Illness: A Systematic review. (2011). *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 247-256. doi: 10.5014/ajot.2011.001297
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2009). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.

-
- Opsahl, K. & Ravn, G. (2003). Virksomhetsteorien – den kulturhistoriske skole. *Ergoterapeuten, 11*, 56-61
- Riksrevisjonen. (2012). *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten*. Vol. nr. 3:11 (2011-2012). Oslo: Stortinget.
- Rådet for psykisk helse (2013). *Brukerstyring*.
Lokalisert på <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=29873>
- Schütz, A. & Ulff-Møller, B. (2005). *Hverdagslivets sociologi: en tekstsamling*. København: Hans Reitzel.
- Skau, G. M. (1996). *Mellom makt og hjelp: en samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S. A. M. D. & Engell, S. (2010). *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slettebak, R. T., Kaspersen, S. L., Jensberg, H. & Ose, S. O. (2013). Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011. Årsverkstatistikk og analyser av kommunal variasjon. Sintef.no: SINTEF.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (Vol. nr 25 (1996-97)). Oslo: Regjeringen.
- Sosial- og helsedepartementet. (1998a). *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. Vol. nr 12 (1998-99). Oslo: Regjeringen.
- Sosial- og helsedepartementet. (1998b). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006*. *Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Regjeringen.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene: beskrivelse av fagfeltet, råd og veiledning, overordnede rammer*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spaniol, L., Wewiorski, N. J., Gagne, C. & Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry, 14*, 327-336.
- Thornquist, E. (2010). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Topor, A. (2006). *Hva hjelper?: veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget
- Tuulik-Larsson, H. (1992). *Att bo kvar hemma: en studie om äldres upplevelser av sitt vardagsliv i samband med vård och omsorg i hemmet*. Stockholm: Liber.
- Ulvestad, A. K. (2011). *Klienten - den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vatne, S. (2009). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wæhrens, E. (2008). *Ergoterapeutiske redskaber: undersøgelse og evaluering*. København: Munksgaard.
- Ådland, A. & Alsaker, K. (2010). Bofellesskap som terapeutisk arena. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (3 utg., s. 72-86). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

FORESPØRSEL OM Å DELTA I INTERVJU I FORBINDELSE MED MASTEROPPGAVE

Jeg er masterstudent ved Høgskolen i Hedmark, Avd. for folkehelsefag og holder på med den avsluttende masteroppgaven i psykisk helsearbeid. Temaet for oppgaven er hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid i kommunen. Hensikten med studien er å sette fokus på behovet for hverdagsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser. Og i den sammenheng ønsker jeg spesielt å utvikle dypere kunnskap om ergoterapeutens potensielle bidrag og rolle i hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid.

For å finne ut av dette ønsker jeg å intervju 7-10 personer. Jeg ønsker at noen skal være nøkkelpersoner innen fagmiljøet og ha kjennskap til hverdagsrehabilitering, samt at noen skal være ergoterapeuter som jobber innen psykisk helsefeltet i bydel/kommune.

Spørsmålene vil omhandle hva informanten legger i hverdagsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser, ergoterapeutens kompetanse, hvilke positive bidrag ergoterapeuten kan ha i hverdagsrehabiliteringen og hvilke utfordringer og dilemmaer som kan oppstå.

Jeg ønsker å benytte båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta ca. en time og vi blir sammen enige om tid og sted. Det er selvsagt frivillig å delta og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data fra intervjuet med deg bli slettet. Materialet vil ikke bli tilgjengelig for noen utover meg som forfatter og min veileder. Opptakene slettes når oppgaven er innlevert og sensurert, senest 1.oktober 2013. I oppgaven vil ikke noen opplysninger om navn, arbeidssted, etc. på de intervjuede bli nevnt.

Dersom du ønsker å delta i et intervju er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen, så vil jeg ta imot den samme dag som intervjuet gjennomføres.

Hvis det er noe du lurer på kan du kontakte meg på mob. 90 58 30 96 eller sende e-post til mseberg@hotmail.com. Du kan også kontakte min veileder Bengt G. Eriksson på e-post bengt.eriksson@hihm.no.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Merethe Seberg

Parkvegen 32

2380 Brumunddal

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studie om ergoterapeutens bidrag og rolle i hverdagsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser.

Dato:.....

Signatur:.....

Tlf.nr:.....

Vedlegg 2: Intervjuguide

1. Hva legger du i begrepet hverdagsrehabilitering?
2. Hva tenker du er de viktigste prinsippene ved hverdagsrehabilitering?
3. Hva mener du hverdagsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser innebærer?

4. Hva kan være ergoterapeutens rolle og bidrag inn i hverdagsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser?
5. Er det noen ergoterapeutiske modeller/verktøy/arbeidsformer ser du for deg at ville vært relevante i dette arbeidet og hvorfor?
6. Hva slags kompetanse mener du at er viktig dersom man skal jobbe med hverdagsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser?

7. Hva tror du må til for å kunne implementere hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid i kommunene?
8. Hva kan være utfordringene i arbeidet med hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid?
 - a. Overfor kollegaer
 - b. Overfor brukere
 - c. Overfor pårørende
 - d. Overfor andre profesjoner

9. Hvilke positive effekter ser du for deg at hverdagsrehabilitering kan føre til for mennesker med psykiske lidelser?
10. Er det noen risiko eller tenkbare negative aspekter knyttet til hverdagsrehabilitering, og i så fall hvilke?

11. Hva gjøres av hverdagsrehabilitering for mennesker med psykiske lidelser i dag?
12. Hva kan gjøres i fremtiden?