

«Vi blir ikke brukt godt nok»

KOMMUNEERGOTERAPEUTERS ERFARINGER MED UTFORDRINGER I ARBEID MED BRUKERE OG ANDRE FAGGRUPPER

Av Astrid Gramstad og Ragnhild Nilsen



Astrid Gramstad er forsker ved Senter for omsorgsforskning nord ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT – Norges arktiske universitet.



Ragnhild Nilsen er dosent ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT – Norges arktiske universitet.

«Vi blir ikke brukt godt nok»

Abstract

Introduction: Occupational therapists working in community settings are an important and rapidly growing health care profession. However, little is known about the challenges they face in their everyday practice. The aim of this paper was to investigate the challenges occupational therapists working in Norwegian municipalities experience when they are working with clients and other health care personnel.

Material and method: 48 occupational therapists from 12 Norwegian municipalities participated in group discussions during the first stage of a Delphi-investigation. 133 written descriptions of experiences of challenges were analysed.

Results: A content analysis of the material revealed three intertwining themes that describe the challenges the occupational therapists experienced:

- 1) It is difficult to communicate occupational therapy competence,
- 2) Others' expectations toward occupational therapy does not match the occupational therapists understanding, and
- 3) Interdisciplinary work may be inhibited by the organisation of the services.

Although more research is needed, the results show that occupational therapists could benefit from continuing to strengthen their professional identity. However, to enhance the quality of interdisciplinary work, other health care personnel must also acknowledge the competence and knowledge offered by the occupational therapists.

Nøkkelord: kommunehelsetjeneste, tverrfaglig samarbeid, interaksjonsteori, ergoterapeut, Delphi-metode

Key word: community health service, interdisciplinary teamwork, interaction theory, occupational therapy, Delphi method

*Denne artikkelen ble mottatt 21.12.2015.
Den ble godtatt for publisering 12.04.2016.
Conflicts of interest: None.*

Introduksjon

Ergoterapi er et klientsentrert helsefag som fremmer helse gjennom deltakelse i og tilrettelegging av aktiviteter og omgivelser (1). Ergoterapeuter i Norge arbeider innenfor mange ulike områder og arenaer, men ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten er en sentral og sterkt økende gruppe. Offentlige føringer peker mot en ny kommunerolle og at veksten i tjenester fremover vil komme i kommunene (2-4). Nye arbeidsoppgaver stiller større krav til kompetanse i kommunene, og det er anslått at antall ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten bør tredobles for å møte helse- og omsorgsutfordringene på en god måte (5). Stortinget er nå i en prosess med å lovpålegge ergoterapi i kommunene (6 s. 21).

Til tross for sin utbredelse og betydning er norske kommuneergoterapeuters arbeidsoppgaver og erfaringer et lite utforsket område. Dette kan henge sammen med at ergoterapifaget er relativt ungt i Norge, og at akademiseringen av faget først har skutt fart de siste årene. Det kan også henge sammen med at kommuneergoterapeutens arbeidsoppgaver er mangfoldig og variert. Mottakere av ergoterapi i kommunene er i alle aldre, og har svært varierende aktivitetsutfordringer og funksjonsnivå (7). Kommuneergoterapeutens arbeidsområder er også varierte, og kan eksempelvis omfatte habilitering/rehabilitering, rådgivning og folkehelse. Dette medfører at kommuneergoterapeuter samarbeider med mange ulike instanser og faggrupper, og på tvers av ulike forvaltningsnivå.

I Hanne Tuntlands hovedfagsoppgave fra 1998 skildrer hun kommuneergoterapeuters arbeidsoppgaver og yrkesrolle og argumenterer for å videreutvikle ergoterapeutrollen i kommunehelsetjenesten (8). Hun hevder at dette «fordrer et metaperspektiv på egen yrkespraksis som savnes hos en del kommuneergoterapeuter i dag» (8 s. 108). Etter 1998 finner vi likevel få publikasjoner som omhandler kommuneergoterapeuter i Norge. Randi Waagø Aas og hennes kollega undersøkte kjennetegn ved brukere av kommuneergoterapi og konkluderer med at disse ofte har flere komplekse og overlappende helseutfordringer (7). En masteroppgave tok for seg kommuneergoterapeuters resonneringer når de kartlegger hjelpemiddelbehov, og pekte på at ergoterapeuter i større grad bør tydeliggjøre begrunnelser og vurderinger, selv om dette kan være utfordrende (9). En fagartikkel viser at det er ulik forståelse av sentrale fagbegrep, som for eksempel hverdagsmestring og aktivite-

ter, hos henholdsvis kommuneergoterapeuter og ansatte i hjemmetjenesten (10). Internasjonalt er det ikke forsket mye på kommuneergoterapeuters erfaringer av utfordringer, men en kanadisk studie av ergoterapeuter som arbeidet i grisgrendte strøk viste at selv om de hadde positive erfaringer med arbeidet sitt, var manglende tilgang til profesjonell støtte en utfordring (11). Vi vet fremdeles lite om hvilke utfordringer og kunnskapsbehov ergoterapeuter i kommunehelsetjenestene opplever.

Utfordringer og erfaringer knyttet til samarbeid er viktig å avdekke, siden ergoterapeuter ofte inkluderer andre yrkesgrupper i tiltak eller arbeidsprosesser rundt bruker. Ergoterapeuter er avhengige av brukernes medvirkning og i mange tilfeller også av andres kompetanse og oppfølging for å nå gode resultater av ergoterapi. Internasjonal forskning peker på at det kan være vanskelig for ergoterapi som fag å få gjennomslag innenfor etablerte medisinske diskurser (12). Forskning viser også at det er utfordrende for ergoterapeuter å formulere kjernekompetanse i eget fag (12-14). Dette kan gi seg utslag i lav profesjonell selvfølelse og opplevelse av manglende anerkjennelse fra andre (12). Formålet med denne artikkelen er å undersøke hvilke utfordringer norske kommuneergoterapeuter erfarer i arbeidet med brukere og andre faggrupper. Siden samarbeid står sentralt i kommuneergoterapeutens arbeid, vil vi belyse temaet med fra et interaksjonsteoretisk perspektiv på profesjoner.

Profesjoner i et interaksjonsteoretisk perspektiv

Profesjoner er et flertydig og omstridt begrep (15). I denne sammenhengen forstår vi en profesjon som en type yrkesmessig organisering av arbeid som både har organisatoriske og performative aspekt. Det organisatoriske aspektet omhandler hvordan profesjonen er organisert og kontrollert (15 s. 18). Det performative aspektet knyttes til den praktiske utøvelsen av faget (15 s. 19). Profesjoners kunnskapsgrunnlag er et sammensatt fenomen og kan kjennetegnes av at teoretiske innsikter er hentet fra forskjellige fagområder og kombineres med praktiske ferdigheter og fortrolighet for å bidra inn i en kompleks praksis (16). Enheten i profesjoners kunnskapsgrunnlag er praktiske synteser (16 s. 84). Slik praktisk kunnskap viser seg i handlinger og praksis og kan være vanskelig å artikulere verbalt (16, 17). Som profesjonsutøver må man likevel

kunne gi gode begrunnelser for, og forklaringer på, hvorfor man gjør det man gjør, blant annet for å bidra til at andre kan forstå det man holder på med (16). Sosiologen Per Måseide hevder at profesjonell virksomhet er av relasjonell karakter og har interaksjon både som forutsetning og resultat (18 s. 367). For å forstå profesjoner må man altså studere samhandling.

Profesjonsutøvelse har en praktisk karakter som kan være vanskelig å artikulere fullt ut. Evnen til å formidle eget fag kan imidlertid også påvirkes av profesjonsutøverens erfaringer, og hvor man er i sin profesjonelle utvikling. Reynolds modell (19 s. 68) beskriver fem ulike faser i profesjonell utvikling, der profesjonsutøveren utvikler seg fra å være selvsentrert og føle seg utilstrekkelig til gradvis å bli mer opptatt av andre, utvikle forståelse og etter hvert forstå og handle ut fra denne forståelsen. Den siste fasen innebærer evne til å formidle faget til andre. Yrket er en viktig del av vår sosiale identitet, og å ha et yrke med en ullen, uavklart og lite ansett identitet kan få betydning for yrkesutøverens helse og motivasjon (20).

Professor ved senter for profesjonsstudier, Kåre Heggen, skiller mellom profesjonsidentitet og profesjonell identitet (21). Profesjonsidentiteten viser til en kollektiv identitet med felles formål og arbeidsmåter, herunder felles kunnskapssyn og verdier som er nedfelt i etiske retningslinjer. Profesjonsidentitet påvirkes av både fagforeninger og enkeltmedlemmer gjennom forskning, fagutvikling og annen faglig samhandling. Den profesjonelle identiteten er på sin side knyttet til profesjonsutøverens oppfatning av seg selv som fagperson. Profesjonell identitet kan forstås som:

ei meir eller mindre medviten oppfatning av «meg» som yrkesutøvar, når det gjeld kva type eigenskapar, verdiar og haldningar, kva etiske retningslinjer eller kva ferdigheiter eller kunnskapar som konstituerer meg som ein god yrkesutøvar (21 s. 324).

Måseide trekker fram Goffmans (22) begreper om rammer («framing») og posisjonering («footing») som særlig relevante interaksjonsanalytiske begrep. Rammer viser til forhold og handlinger som styrer forståelse av egne og andres aktiviteter, og utgjør slik en forventningsstruktur (18 s. 369). For å få til profesjonell praksis og samhandling må det etableres profesjonelle og institusjonelle rammer som deltakerne er oppmerksomme på og aksepterer

(18 s. 370). Disse profesjonelle rammene skapes og realiseres av deltakerne.

I følge Måseide viser posisjoneringsbegrepet, «footing», til «de interaksjonsmessige handlingene som skaper eller verner om den enkelte deltakers identitetsmessige sosiale fotfeste eller posisjon i samhandlingssituasjoner» (18 s. 371). Vår profesjonelle status og identitet blir etablert og forvaltet gjennom språket vi bruker og hvordan vi samhandler. Vi tilskriver også våre samhandlingspartnere identiteter og statuser etter hvordan vi opptrer i forhold til dem (18 s. 371). Vi konstruerer aktivt vår yrkesidentitet gjennom kontinuerlige samhandlingsprosesser der vi deltar og utvikles i samhandling med andre, og i kontekster ladet med institusjonelle oppfatninger og utfordringer.

Metode

For å identifisere utfordringer og mulige forskningsområder blant norske kommuneergoterapeuter har vi brukt en modifisert Delphi-metode. Denne metoden består av kartlegginger der spørreskjemaet sendes til et utvalg av eksperter i flere runder. Ekspertene skal samles i mindre grupper og gjennom diskusjon komme fram til konsensus om svar på spørreskjemaet, som så sendes tilbake til forskerne (23). Etter at forskerne har analysert svarene fra første runde, sendes resultatet tilbake til ekspertene for nye diskusjoner. Denne prosessen kan skje i mange runder, men to eller tre runder er anbefalt (24). I Norge er Delphi-metoden brukt for å identifisere prioriterte områder for forskning for stråleterapeuter (25) og bioingeniører (26). I Australia har ergoterapiforskere benyttet seg av denne metoden for å oppnå konsensus om essensielle verdier og handlinger innen ergoterapi (27) og for å avdekke prioriterte områder for forskning innen mental helse (28).

Denne artikkelen bygger på et materiale som ble samlet inn som første del av en Delphi-undersøkelse blant norske kommuneergoterapeuter. Undersøkelsens formål var å identifisere og prioritere ergoterapifaglige forskningsspørsmål ut ifra perspektivene til ergoterapeuter i kommunehelsetjenestene.

Identifisering av ekspertene og utvelgelsen av ekspertpanelet som skal besvare undersøkelsene, er et sentralt punkt i Delphi-studier (23, 29). Vi ønsket å løfte fram kommuneergoterapeuters erfaringer om utfordringer i praksis og opplevd behov for forskning. Ergoterapeuter som arbeidet i kommunehelsetjenesten, ble derfor forstått som eksperter i denne sammenhengen.

UTVALG

Vi rekrutterte deltakerne gjennom et panel av femti norske omsorgsforskningkommuner. Panelet er etablert av sentrene for omsorgsforskning og skal sikre variasjon i størrelse, behov og tjenestetilbud i tråd med variasjonen i kommunene i Norge (30). Alle de femti kommunene ble forespurt om å delta i undersøkelsen, selv om det viste seg at noen av disse ikke hadde ansatt ergoterapeut. Forespørselen ble sendt på e-post til den enkelte kommunens kontaktperson for forskning, som distribuerte den videre. Forespørselen inneholdt informasjon om prosjektet, om at deltakelse var frivillig, og om hva en eventuell deltakelse ville innebære for kommunene og deltakerne. Grunnet økonomiske og praktiske forhold var det ingen fysiske møter mellom forskerne og deltakerne. All kommunikasjon foregikk via e-post.

Deltakerne i hver kommune skulle i grupper diskutere og bli enige om minst fem områder på hvert av følgende tre spørsmål:

1. Hvilke utfordringer som ergoterapeut erfarer du i kontakten med brukere/klienter?
2. Hvilke utfordringer som ergoterapeut erfarer du i ditt arbeid med andre helsearbeidere?
3. Hvilke områder av ergoterapifaget mener du trenger videre forskning?

Spørsmålene skulle generere diskusjoner som munnet ut i mulige forskningstema og gi en bred oversikt over hvilke utfordringer norske kommuneergoterapeuter erfarer i sitt arbeid. Selv om vi ønsket gruppediskusjoner blant kommuneergoterapeutene, åpnet vi likevel for individuelle svar der dette var det eneste praktiske mulige, for eksempel dersom det kun var én ergoterapeut ansatt i kommunen. Gruppene besvarte spørsmålene skriftlig.

Vi purret én gang og fikk til slutt 13 svar fra 12 kommuner. 48 ergoterapeuter deltok totalt. Antallet som deltok i hver gruppediskusjon, varierte fra én til ti ergoterapeuter. Vi mangler demografiske data på 16 av ergoterapeutene, men av de 32 vi har informasjon om, hadde 7 videreutdanning eller mastergrad. Arbeidserfaring som kommuneergoterapeut varierte fra 3 måneder til 36 år.

Prosjektet er innmeldt og godkjent av personvernombudet for forskning, NSD, og materialet er behandlet i henhold til NSDs anbefalinger.

ANALYSE

Vi fikk til sammen 216 beskrivelser av utfordringer og forslag til forskningsområder. Noen grupper le-

verte ti svar på hvert spørsmål, men det vanlige var mellom fem og syv svar på hvert spørsmål. Materialet ble lest flere ganger for å skaffe oss et overblikk over innholdet og få en helhetlig forståelse. I denne lesingen ble det klart at svarene på spørsmål 1 og 2 var kvalitativt forskjellige fra svarene på spørsmål 3. Mens svarene på spørsmål 3 utgjorde konkrete forslag til områder som kommuneergoterapeutene ønsket at det skulle forskes på, ga svarene på de andre spørsmålene et bilde på utfordringer i arbeids hverdagen til kommuneergoterapeuter som ikke lett kunne omsettes til mulige forskningsområder. For å ta materialet på alvor måtte vi behandle de ulike delene av materialet forskjellig.

Forslag til områder som trengte videre forskning ble skilt ut fra materialet som denne artikkelen er basert på, og la grunnlaget for andre del av DelpHi-undersøkelsen. Disse resultatene vil bli publisert på et senere tidspunkt. Materialet som berørte utfordringer knyttet til kontakt med brukere og arbeid med andre helsearbeidere, til sammen 133 beskrivelser, ble analysert i en kvalitativ innholdsanalyse, inspirert av stegvis-deduktiv induktiv metode (31).

De 133 beskrivelsene ble lest på nytt, og umiddelbare inntrykk, undringer og spørsmål ble notert og diskutert mellom forfatterne. Deretter ble materialet meningsfortettet setning for setning og kodet med uttrykk som illustrerte beskrivelsen. Vi la vekt på å generere tekstnære koder utviklet fra selve materialet, og ikke fra teori, forskningsspørsmål eller planlagte temaer (31). Eksempel på slike koder var «forståelse for fag og hjelpemidler», «andre har ikke kunnskap om ergoterapi» og «lange ventelister og dårlig rykte». Neste steg var å generere tema som kunne gi samtlende og utdypende forståelse for de utfordringene ergoterapeutene erfarte. Her vekslet vi mellom å fordype oss i kodene, de meningsfortattede utsagnene og råmaterialet for å utvikle tema som kunne bidra til å belyse ergoterapeutenes utfordringer samtidig som den opprinnelige meningen med deltakernes beskrivelser ble ivarettatt. Temaene ble videreutviklet i diskusjonene mellom forfatterne og i arbeidet med det teoretiske perspektivet (31).

Førsteforfatter har forskerkompetanse og jobberfaring som kommuneergoterapeut. Andreforfatter er ikke ergoterapeut, men har forskerkompetanse og bred erfaring fra tverrprofesjonell undervisning. Denne ulikheten i praksiserfaring og perspektiv skapte grunnlag for utviklende diskusjoner i analysen ut ifra kjennskap til utfordringer innen tverrpro-

fesjonell praksis og ergoterapipraksis, kunnskap om ulike profesjoner og samhandlingene mellom disse, og det teoretiske tilfanget på feltet.

Resultat

Utfordringer som norske ergoterapeuter erfarer i arbeidet med brukere og andre faggrupper, kan skildres i tre tema:

1. Det er utfordrende å kommunisere egen kompetanse.
2. Andres forventninger til ergoterapi samsvarer ikke med egen forståelse.
3. Organisering av tjenester og arbeidsformer kan hemme tverrfaglig arbeid og helhetlige arbeidsprosesser.

DET ER UTFORDRENDE Å KOMMUNISERE EGEN KOMPETANSE

Ergoterapeutene erfarte at de var trygge på egen kompetanse og hvilke arbeidsoppgaver de kunne brukes til. De syntes likevel at det var utfordrende å kommunisere fagkunnskapen og perspektivene sine slik at brukere og andre samarbeidspartnere fikk en god forståelse for ergoterapi og hva de kunne tilby. De hadde stor respekt for andre yrkesgruppers arbeidssituasjon og utfordringer, noe som kunne medføre at de selv ikke tok plass på samhandlingsarenaene. En gruppe skriver: «Vi står for mye med lua i handa».

Ergoterapeutene var opptatt av å etablere og videreutvikle en god terapeutisk relasjon og å ta utgangspunkt i, og jobbe ut ifra, brukers målsetting. De kunne likevel erfare at de faglige perspektivene deres kunne komme i konflikt med brukers ønsker og forventninger. Et eksempel kunne være ergoterapeuters forståelse av rehabilitering, og vektlegging av trening i daglige aktiviteter for å oppnå selvstendighet og deltakelse. En gruppe skriver:

Mange brukere blir frustrerte og irriterte over at de må gjøre alt selv, og har vanskelig for å forstå hjelp til selvhjelp. Det kan føre til at relasjonen mellom terapeut og bruker blir dårlig.

Slike ulike forventninger kan ha sammenheng med ergoterapeutens evne til å kommunisere sine faglige vurderinger tydelig. Én gruppe skriver at en utfordring er:

Kommunikasjon. Om vi formidler tydelig nok, og informerer på en sånn måte at bruker har fått tydelig avklart svar på hva som er realistisk i forhold til funksjonsnivå, målsetting og hjelpemidler.

Det kunne være vanskelig å få bruker og samarbeidspartnere til å følge opp en rehabiliteringsprosess dersom bruker hadde et ønske om å bli hjulpet, og samarbeidspartnerne ikke hadde tid eller kunnskap til å følge opp kommuneergoterapeutens tiltak eller treningsopplegg. Ergoterapeutene opplevde at ulike aktører i kommunehelsetjenesten hadde forskjellig fokus som utfordret samarbeidet. Det ble påpekt at samarbeidet med annet helsepersonell var preget av at de manglet «et felles begrepsgrunnlag. Dette gjelder spesielt aktivitetsbegrepet, da vi har et utvidet syn på aktivitet».

Kommunikasjon og å løfte fram sin kompetanse slik at andre forsto hva ergoterapeuten kunne bidra med, var en kontinuerlig prosess, og justering av andres forventninger tok mye tid. Ergoterapeutene savnet noen konkrete verktøy som kunne identifisere dem tydeligere som faggruppe, og som var verdifullt og ble vektlagt i det tverrfaglige arbeidet. Én gruppe formulerte det slik: «Vi vil ha noe eget. Noe som er bare vårt, noe som bare vi kan. Noe som gjør oss uunnværlige». Ergoterapeutene ønsket også å bli brukt innenfor flere områder og komme flere brukergrupper til gode. For å oppnå dette var det viktig at ergoterapeuter og deres kompetanse ble kjent for samarbeidspartnere og aktuelle brukergrupper. Dette gjaldt særlig innenfor områder som barns helse og psykisk helse.

Oppsummert erfarte ergoterapeutene at deres kompetanse innenfor blant annet brukermidvirkning, rehabilitering, hjelpemiddelformidling og aktivitet var nødvendig og viktig i kommunehelsetjenesten. De erfarte likevel at det var utfordrende å kommunisere denne kompetansen til samarbeidspartnerne, noe som hindret samarbeidet med og rundt brukere.

ANDRES FORVENTNINGER TIL OG FORSTÅELSE AV ERGOTERAPI SAMSVARER IKKE MED EGEN FORSTÅELSE

Ergoterapeutene erfarte at andre yrkesgrupper, brukere og pårørende hadde for lite kunnskap om ergoterapeutenes fagutøvelse, rolle og kunnskapsgrunnlag. Dette bidro til utydelige og lite definerte roller som ergoterapeuter ble tildelt og hadde vanskelig for å komme seg ut av. Et eksempel på dette kunne være at ergoterapeuten ble utpekt til å arbeide fram individuell plan, selv om hun ikke var den mest sentrale fagpersonen i det tverrfaglige teamet. Erfaringer med at «andre helsearbeidere lover bort

tiltak til bruker som de mener ergoterapeuten skal igangsette» gikk igjen i materialet.

Ergoterapeutene erfarte at de ofte ble ofte forbundet med hjelpemidler. Ergoterapeutene hadde kunnskaper om bruk av hjelpemidler, og erfaringer med at disse ikke alltid fører til økt deltakelse eller selvstendighet. De visste også hva som kreves av oppfølging for at hjelpemiddelet skulle fungere etter hensikten, og hvilke behov som måtte være til stede for at søknader skulle bli innvilget.

De erfarte likevel at brukere og andre fagpersoner ikke hadde like inngående forståelse for dynamikk og problemområder ved hjelpemiddel og formidlingsprosess. Dette medførte at ergoterapeuten kunne få en rolle som «bestiller av hjelpemiddel» i tverrfaglig arbeid, uten at kompleksiteten ved denne rollen ble tatt hensyn til. En gruppe formulerer dette slik:

Det kan være vanskelig å få samarbeidspartnere til å forstå konteksten mellom brukers situasjon og hjelpemiddelet. For eksempel kan en bruker på sykehjem ha behov for en Comfort rullestol, mens det kan være vanskelig for personalet å forstå og ta ansvar for nødvendig oppfølging, som det å bruke stolens funksjoner riktig og at brukeren fortsatt har behov for å komme over i sengen i løpet av en dag. Uten denne oppfølgingen har hjelpemiddelet liten, eller i verste fall en negativ effekt.

Flere grupper rapporterte at ergoterapeuten kunne få i oppdrag å søke om hjelpemiddel andre fagpersoner allerede hadde bestemt at brukeren hadde behov for. Dersom ergoterapeuten ikke var i stand til å oppfylle forventninger brukerne hadde til hvilke hjelpemiddel de kunne få og når de kunne få levert disse, kunne dette gå ut over den terapeutiske relasjonen mellom ergoterapeut og bruker.

Oppsummert erfarte ergoterapeutene at samarbeidspartnere og brukere manglet kunnskap og forståelse om ergoterapi og hva ergoterapeuter kunne bidra med. Misforståelser og uklare eller feilaktige forventninger om ergoterapeuters arbeidsmåte og ansvarsoppgaver kunne gå ut over pasientsikkerheten, hindre samarbeid og sette terapeutiske relasjoner på spill.

ORGANISERING AV TJENESTER OG ARBEIDSFORMER KAN HEMME TVERRFAGLIG ARBEID OG HELHETLIGE ARBEIDSPROSESSER

Dette temaet omhandler i hovedsak tre ulike for-

hold: tidspress, kommunikasjonssystem og rutiner, og turnusarbeid. Ergoterapeutene opplevde stress på grunn av tidspress og lange ventelister på ergoterapi. De fikk dårlig samvittighet overfor personene som sto på venteliste, og var bekymret for at tiltak ble satt i gang for sent til å opprettholde eller bedre funksjon. Tidspresset førte også til at ergoterapeutene ikke hadde nok tid til å følge opp brukere og igangsatte tiltak.

Kommunikasjon på tvers av faggrupper ble hindret grunnet ulike journalsystem innenfor samme kommune, samt manglende rutiner for å lese seg opp på journalnotat. Det var vanskelig å holde seg oppdatert når journalen ikke inneholdt nødvendig informasjon, og det var vanskelig å overføre kunnskap når annet helsepersonell ikke leste journalnotat og andre dokument skrevet av ergoterapeuten.

Det var utfordrende å få kontinuitet i samarbeid med turnusarbeidende helsepersonell og når det var mange samarbeidspartnere rundt bruker. Det kunne være vanskelig å finne tidspunkt for felles møter og å sikre god informasjon til og kommunikasjon med alle. Dette gjaldt i samarbeid med og rundt både hjemmeboende brukere og brukere på institusjoner. Særlig opplæring av helsepersonell og oppfølging av tiltak kunne være utfordrende. En gruppe beskriver det slik: «En del av vår oppgave som kommuneergoterapeuter er opplæring av andre helsepersonell. Effekten virker til å ha kort varighet».

Selv om ergoterapeutene brukte mye tid på opplæring og veiledning, erfarte flere grupper at informasjonen sjelden ble formidlet videre til de andre ansatte rundt brukeren. Organisering av tjenester og oppfølging av tiltak rundt brukere med sammensatte behov var en utfordring som fulgte av dette. Ergoterapeuter erfarte også at det var vanskelig å få innpass for å gjennomføre tiltak i skolen.

Diskusjon

Denne undersøkelsen fokuserer på hvilke utfordringer kommuneergoterapeuter erfarer i sitt arbeid med brukere og andre samarbeidspartnere. Resultatet viser at det kommuneergoterapeuter særlig trekker fram som utfordringer, handler om å kommunisere sin faglige kompetanse, og at andres forventninger til og forståelse av ergoterapi ikke samsvarer med ergoterapeutenes forståelse. En annen utfordring var at forhold ved organiseringen av arbeidet rundt bruker kunne hindre effektive arbeidsprosesser og samarbeid. På bakgrunn av

resultatene lurer vi på om at ergoterapeuter, ved å oppnå en posisjon med tydeligere forventningsstrukturer, kan bli en bedre utnyttet helseprofesjon i kommunehelsetjenesten.

Å arbeide fram posisjoneringer som virker til brukers og fagets beste, er en relasjonell prosess. På den ene siden må ergoterapeuten være tydelig på kompetansen og forståelsen sin og perspektivet sitt, og på den andre siden må de andre partene anerkjenne denne kompetansen. Dette krever innsats og arbeid av både ergoterapeutene og deres samarbeidspartnere. Måseide viser at profesjonsidentitet må forhandles fram i samhandlingen mellom aktørene (18). Profesjonsidentiteten til ergoterapeuter utvikles i spennet mellom forventningene til ergoterapeuten, og ergoterapeutens egen forståelse av fagkompetanse og rolleansvar. De to første temaene, som i resultatdelen ble presentert hver for seg, kan slik ikke fullt ut forstås isolert, men bidrar samlet til en forståelse av ergoterapeuters utfordring: ikke å bli brukt godt nok.

Forventningsstrukturene, eller rammene for samhandling, sier noe om hva samhandlingen skal omhandle, hvem som skal samhandle, og på hvilken måte (18). Brukers forventninger til ergoterapeuten kan skapes av flere forhold, for eksempel gjennom andres fortellinger om ergoterapi og hva de kan bidra med, eller ved egne erfaringer fra tidligere. Når andre faggrupper gir et unyansert eller feilaktig bilde av ergoterapi, påvirker det rammene for samhandling mellom bruker og ergoterapeut på en negativ måte. Forventningsstrukturer, aktiviteter og handlinger gis mening ut fra forventningene. Dersom bruker forventer omsorg, pleie og praktisk hjelp, blir det problematisk for samhandlingen når ergoterapeuten krever egeninnsats og kun støtter ved behov og når det er helt nødvendig for at aktiviteten ikke skal bryte sammen. På samme måte vil det skape konflikt når brukere og andre forventer at ergoterapeuten skal bestille hjelpemidler, og ergoterapeuten i stedet for å gjennomføre denne oppgaven stiller kritiske spørsmål og har andre vurderinger. Ut fra resultatene av undersøkelsen blir det tydelig at aktørene i samhandlingssituasjonen har ulike forventninger. Tidligere forskning har også påpekt at tverrfaglig samhandling kan være utfordrende, da det kan dreie seg om ulike meningsunivers og anliggende i de ulike faggruppene (32).

Resultatet viser at ergoterapeuter opplever manglende anerkjennelse for sin kompetanse og

sine faglige perspektiv. Goffman (1974) viser med begrepet «footing» hvordan man posisjonerer seg når man gir seg selv og andre sosiale eller moralske statuser og identiteter i samhandlingssituasjoner (18). I følge Måseide (2008) etablerer vi egne statuser og identiteter gjennom språkbruk og samhandlingsformer, samtidig som vi tilskriver samhandlingspartnerne våre statuser og identiteter. Taleformer og hvordan man snakker sier noe om den som snakker og den som det blir snakket til. Det er sjelden nødvendig for en lege eksplisitt å forklare pasienten at «jeg er legen, og du er pasienten», da dette er institusjonelle statuser som hører til helsevesenet. Disse statusene må likevel realiseres av deltakerne i en konsultasjon (18 s. 371). Gjennom sin måte å møte og snakke til pasienten avgrensner eller fremhever legen den relasjonen de skal ha.

Ergoterapeutenes status er ikke like institusjonalisert som legens, noe som medfører at posisjoner og forventninger i større grad og med større risiko må forhandles fram. Ergoterapeutene opplevde at det var utfordrende å formidle fagkunnskap og perspektiv på en slik måte at brukere, pårørende og samarbeidspartnere fikk en bedre forståelse for ergoterapi.

Tidligere forskning på ergoterapipraksis bekrefter at ergoterapeuter kan ha vansker med å artikulere og begrunne handlingsvalg og vurderinger (13). Dette kan ha sammenheng med at arbeidet er av praktisk art og er nært knyttet til den personlige kompetansen fagutøveren har. Ergoterapi dreier seg gjerne om hverdagslige aktiviteter, og kunnskapene og perspektivene ergoterapeuter drar veksler på, kan feilaktig fortolkes som sunt folkevett, dersom man ikke artikulerer det særlige ergoterapiteoretiske grunnlaget (12). En fare med dette kan være at ergoterapeuter i større grad anerkjenner etablerte diskurser med høy status, som biomedisin, på bekostning av ergoterapeuters særfaglige aktivitetsperspektiv (12).

Ergoterapi som fag inkluderer perspektiv, kunnskap og teorier fra mange ulike disipliner. Selv om det er en styrke å kunne hente kunnskap fra mange ulike områder, kan disse ulike perspektivene bidra til en utydelig og fragmentert identitet (12). Utviklingen av ergoterapifaget har vært preget av forskjellige diskurser (33). En studie om profesjonsidentitet blant norske ergoterapeuter fant for eksempel at ergoterapeuter tar avstand fra tidligere verdsatte roller assosiert med kreative aktiviteter, til fordel for rollen som kartleggingsekspert (34). Fokus, arbeids-

måter og faglige begrunnelser har endret seg over tid, og vært medvirkende til identitetsforvirring blant ergoterapeuter og til en utydelig fagprofil (12, 34, 35). Tverrfaglig samarbeid og ergoterapifaglig praksis vil profittere på at ergoterapeuter tydeligere verbaliserer, argumenterer for og begrunner sine kunnskaper.

Organisering av tjenester og arbeidsformer hemmet det tverrfaglige arbeidet og helhetlige arbeidsprosesser. Blant annet påvirket tidspress og lange ventelister organiseringen av tjenestene og ga ergoterapeuter lite tid til å følge opp brukere og igangsette tiltak.

Måseide (2008) tar til orde for at dersom man skal få til profesjonell praksis og samhandling, må det etableres profesjonelle og institusjonelle rammer som deltakeren er oppmerksom på og aksepterer. Det er deltakerne som skaper og realiserer de profesjonelle rammene som skal gjelde. I et sosialkonstruktivistisk perspektiv skaper individet seg selv, og forhandler sin status gjennom situasjoner og posisjonering. Brukerens forventninger til ergoterapeuten kan være påvirket av andre faggruppers fortellinger om hva brukeren hadde krav på. Ergoterapeuter har en kompleks forståelse av hjelpemiddel ved at disse ikke alltid fører til økt deltakelse, og hva som kreves av oppfølging og kontekstuelle forhold for at de skal fungere etter hensikten. Denne forståelsen måtte ofte formidles for å nedjustere brukerens høye forventninger til hjelpemiddelet. Kommunikasjon omkring justeringer av slike forventninger tok mye tid og kunne være vanskelig, da ergoterapeutene kunne være redde for å sette den terapeutiske relasjonen med brukeren på spill.

Den siste tiden har det blitt jobbet intenst fagpolitisk for å synliggjøre ergoterapeuters kompetanse, både innad i profesjonen og utad til politikere og samarbeidspartnere. Dette er med på å utvikle og styrke ergoterapeuters profesjonsidentitet. Et eksempel er et åpent brev til alle kommuner om betydningen av tverrfaglig samarbeid i skolehelsetjenestene generelt og ergoterapeutens bidrag i dette arbeidet spesielt (36). En sterk offentlig profesjonsidentitet kan være med på å justere forventningene til samarbeidspartnere og brukere slik at de er mer i tråd med ergoterapeuters forståelse av sitt eget fag. Men siden ergoterapeuter ofte møter forventninger fra andre i deres praksis, er det også viktig at ergoterapeuter utvikler en sterk profesjonell identitet.

Killén beskriver profesjonell utvikling som en prosess i fem faser, også kalt Reynolds modell (19). Selv om fasene beskrives som atskilte, går de mye inn i hverandre. Hvordan man går gjennom fasene, og hva slags støtte, stimulans og utfordringer man får underveis, er avgjørende for hvordan man kommer videre i den profesjonelle utviklingen. Killén beskriver at vi beveger oss fram og tilbake mellom de ulike fasene og kan befinne oss i flere faser samtidig. Vi kan bli fiksert i et holdnings- og atferdsmønster som hører til en fase uten å komme videre. Grunner til dette kan være stressende arbeidssituasjoner eller manglende muligheter og støtte til å komme videre i vår profesjonelle utvikling.

Å ha en sterk profesjonell identitet kan ha betydning for kvaliteten på det tverrprofesjonelle samarbeidet. Det er hevdet at personer med en sterk profesjonell identitet samarbeider bedre fordi de har trygghet til å sjonglere med sin egen rolle til beste for brukeren og ikke klamrer seg til en smal forståelse av sitt eget fag (37 s. 97). Kontinuerlig arbeid for å utvikle sin profesjonelle identitet er derfor viktig. En måte å fremme profesjonell identitet på er i større grad å dra veksler på et ergoterapeutisk praksisfellesskap som ressurs (12). Gjennom diskusjoner og deltakelse i praksisfellesskap kan ergoterapeuter sammen fremme kompetanse om og betydning av aktivitet i tverrfaglige sammenhenger (12). Praksisfellesskap har også betydning for utvikling av ergoterapeutstudenters profesjonelle identitet når de er i praksis (38). Slik har den enkelte ergoterapeut, gruppen og det nasjonale fagmiljøet medansvar for og mulighet til å bidra til at ergoterapi er en tydelig og bedre benyttet kompetanse i kommunehelsetjenesten.

Denne undersøkelsen baserer seg på et lite materiale. Av de forespurte kommunene var det tolv kommuner som svarte. Dette peker på behovet for å gjennomføre ytterligere undersøkelser. Likevel var utvalget samstemt og tydelig på utfordringene de erfarte. Utfordringene som ble nevnt, var også gjenkjennbare for førsteforfatteren.

Undersøkelsen ble gjennomført skriftlig, uten fysiske møter mellom forsker og deltakere. Siden spørsmålene skulle drøftes på gruppemøter og besvares skriftlig, antok vi at materialet var et resultat av en gjennomtenkt og solid prosess. Likevel kunne det vært interessant og nyttig å få utdypinger av deltakernes perspektiv gjennom individuelle kvalitative intervju eller fokusgruppeintervju. Slike intervju ville fått fram flere nyanser og generert et større og

mer fylldig materiale. Vi kunne fått avdekket om det var uenighet innad i gruppene, og innsikt i hva disse eventuelle uenighetene besto i. Vi har lagt til grunn at gruppediskusjonene drar vekslers på flere ideer og erfaringer, og at deltakerne har kommet fram til det de i fellesskap ut fra dette mener er de mest essensielle utfordringene. Ut fra dette perspektivet har Delphi-metoden vært en tidseffektiv og relevant metode for innhenting av kommuneergoterapeutenes erfaringer.

Selv om vi ser behovet for videre forskning, mener vi at denne artikkelen har betydning idet den setter søkelyset på en viktig faggruppe i sterk vekst. Å kaste lys over sentrale utfordringer kommuneergoterapeuter erfarer, er første skritt for å kunne medvirke til at man kan komme disse i møte på en konstruktiv måte, gjennom dialog mellom praksisutøvere og forskere og gjennom videre forskning og fagutvikling.

Takk

Vi vil takke ergoterapeutene som deltok i denne undersøkelsen. Takk til Senter for omsorgsforskning for at vi fikk tilgang til å bruke omsorgsforskningskommunene i denne undersøkelsen. Vi vil også takke Ergoterapeutene for FoU-midler som gjorde det mulig å sette av sammenhengende tid til analysearbeid og skriving.

Referanser

1. WFOT. Statement on occupational therapy [Internett]. World federation of occupational therapists; 2012 [sitert 06.03.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: 2009. Stortingsmelding nr. 47.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. Oslo: 2013. Stortingsmelding nr. 29.
4. Kommunal og moderniseringsdepartementet. Kommune-reformen - nye oppgaver til større kommuner (2014-2015). Oslo: 2014. Melding til Stortinget nr. 14
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Innovasjon i omsorg. Oslo: 2011. NOU 2011:11.
6. Helse- og omsorgskomiteen. Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen om fremtidens primærhelse-tjenestenærhet og helhet, Meld. St. 26 (2014-2015). Oslo: 2015. Innstilling til Stortinget 40 S.
7. Aas RW, Grotle M. Clients using community occupational therapy services: Sociodemographic factors and the occurrence of diseases and disabilities. *Scand J Occup Ther.* 2007;14(3):150-9.
8. Tuntland H. Ergoterapeuters yrkesutøvelse og rolleutvidelse i kommunehelsetjenesten [hovedfagsavhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 1998.
9. Gramstad A. Formidling av hjelpemiddel i kommunen - korleis resonnerer ergoterapeuten i kartleggings situasjonen? [masteravhandling]. Tromsø: Universitetet i Tromsø; 2007.
10. Slåtsveen RE, Lunde M, Stigen L. På vei mot felles forståelse? Hvordan erfarer og bidrar ergoterapeuter og ansatte i hjemmetjenesten til at eldre mestrer hverdagslivet? *Ergoterapeuten.* 2014(6):42-8.
11. Wielandt P, Taylor E. Understanding rural practice: implications for occupational therapy education in Canada. *Rural Remote Health.* 2010;10(3).
12. Turner A, Knight J. A debate on the professional identity of occupational therapists. *Br J Occup Ther.* 2015;78(11):664-73.
13. Mattingly C, Fleming MH. Clinical reasoning. Forms of inquiry in a therapeutic practice. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1994.
14. Pierre BL. Occupational therapy as documented in patients' records part III. Valued but not documented. Underground practice in the context of professional written communication. *Scand J Occup Ther.* 2001;8:174-83.
15. Molander A, Terum LI. Profesjonsstudier - en introduksjon. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Otta: Universitetsforlaget; 2008. p. 13-27.
16. Grimen H. Profesjon og kunnskap. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Otta: Universitetsforlaget; 2008. p. 71-86.
17. Polanyi M. The tacit dimension. Gloucester, Mass: Peter Smith; 1983.
18. Måseide P. Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Otta: Universitetsforlaget; 2008. p. 367-85.
19. Killén K. Profesjonell utvikling og faglig veiledning: et felles-faglig perspektiv: helhetsperspektiv, relasjonskompetanse, refleksjon, mentalisering. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
20. Eriksson Y, Flisbäck M. Yrkesstatus: erfaringer, identitet og erkjennende. Malmö: Liber; 2011.
21. Heggen K. Profesjon og identitet. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Otta: Universitetsforlaget; 2008. p. 321-32.
22. Goffman E. Frame analysis : an essay on the organization of experience. New York: Harper & Row; 1974.
23. Falzarano MPOTR, Zipp GPEPT. Seeking consensus through the use of the Delphi technique in health sciences research. *J Allied Health.* 2013;42(2):99-105.
24. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for

- the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*. 2000;32(4):1008-15 8p.
25. Egestad H. Norske stråleterapeuters identifikasjon av egne forskningsområder - innledende Delphi-analyse. *Hold pus-ten*. 2014(5):18-23.
 26. Almås SH, Nilsen R. Bioingeniørers forskningsområder i medisinsk biokjemi. *Bioingeniøren*. 2015(3):14-8.
 27. Aguilar A, Stupans I, Scutter S, King S. Towards a definition of professionalism in Australian occupational therapy: Using the Delphi technique to obtain consensus on essential values and behaviours. *Aust Occup Ther J*. 2013;60(3):206-16 11p.
 28. Hitch D, Lhuede K. Research priorities in mental health occupational therapy: A study of clinician perspectives. *Aust Occup Ther J*. 2015;62(5):326-32.
 29. Trevelyan EG, Robinson PN. Delphi methodology in health research: how to do it? *Eur J Integr Med*. 2015;7(4):423-8.
 30. Senter for omsorgsforskning. Om oss 2015 [oppdatert 21.12.2015] [sitert 15.01.2016]. Tilgjengelig fra: http://www.omsorgsforskning.no/om_senteret/om_oss.
 31. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
 32. Moe S, Hamran T. Samarbeidsutfordringer i kommunehelsetjenesten. *Fysioterapeuten*. 2014(9):48-52.
 33. Kielhofner G. Conceptual foundations of occupational therapy. 4 utg. Philadelphia: F.A. Davis; 2009.
 34. Kinn LG, Aas RW. Occupational therapists' perception of their practice: A phenomenological study. *Aust Occup Ther J*. 2009;56(2):112-21.
 35. Clouston TJ, Whitcombe SW. The professionalisation of occupational therapy: a continuing challenge. *Br J Occup Ther*. 2008;71(8):314-20.
 36. Ergoterapeutene. Tverrfaglighet vil bedre skolehelsetjenesten 2016. [sitert 15.01.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/aktuelt/Nyhetsarkiv/Tverrfaglighet-vil-bedre-skolehelsetjenesten>.
 37. Dige M. Occupational therapy, professional development, and ethics. *Scand J Occup Ther*. 2009;16(2):88-98.
 38. Nymo AV. Utvikling av ergoterapifaglig kompetanse og identitet i praksis. I: Arntzen C, Gramstad A, Jentoft R, red. *Ergoterapi - mangfold og muligheter*. Stamsund: Orkana akademisk; 2015. p. 65-81.