

Ergoterapi

- mangfold og muligheter

Cathrine Arntzen, Astrid Gramstad, Rita Jentoft (red.)

Ergoterapi

- mangfold og muligheter

Orkana Akademisk

Cathrine Arntzen, Astrid Gramstad, Rita Jentoft, Gunn Nilsskog, Astrid Vekve Nymo,
Vår Mathisen, Ragnhild Nilsen, Gunn Nilsskog, Jennifer Creek, Iris Helén Nikolaisen,
Audhild Høyem, Margrete Selseng, Nils Henriksen © 2019

This book is published as Open Access under the copyright regulations of Creative Commons License CC-BY 4.0.

Creative Commons License CC-BY 4.0 gives permission to copy and distribute the work in any medium or format, partially or fully, and to freely use the material for any purpose. Correct references to the work and authors must be applied, and include reference to the license, together with a specification of whether changes have been made. Reference to the original work can be provided in any reasonable manner, but can not suggest that the authors or the publisher endorse the third party or the third party's use of the work. Any reuse of the material in this book may not infringe upon the rights of reuse by other parties.

For a full description of the Creative Commons License CC-BY 4.0 consult the following webpage: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>

PDF: ISBN 978-82-8104-368-8
EPUB: ISBN 978-82-8104-369-5
HTML: ISBN 978-82-8104-370-1
XML: ISBN 978-82-8104-371-8

DOI: <https://doi.org/10.33673/OOA20193>

Ergoterapi – mangfold og muligheter

Cathrine Arntzen, Astrid Gramstad, Rita Jentoft (red.)

Design og sats: Reibo

Forsideillustrasjon: Hugo Lacasse, 123rf.

Forsideillustrasjonen er ikke inkludert i CC-lisensen.

Opprinnelig utgave Orkana Akademisk 2015

Orkana forlag as, 8340 Stamsund

ISBN 978-82-8104-256-8

www.orkana.no
post@orkana.no

Boka er utgitt i samarbeid med
Institutt for helse- og omsorgsfag,
Det helsevitenskapelige fakultet,
UiT Norges arktiske universitet

Cathrine Arntzen, Astrid Gramstad og Rita Jentoft Innledning	13
Gunn Nilsskog og Rita Jentoft Ergoterapeututdanningen i Tromsø – oppstart og utvikling	21
Del 1 Ergoterapeutens dannelsingsprosess forstått i et kunnskapsteoretisk perspektiv	
Cathrine Arntzen En teoretisk refleksjon over å være fasilitator i ergoterapeutstudentenes dannelsingsprosess	49
Astrid Vekve Nymo Utvikling av ergoterapifaglig kompetanse og identitet i praksis	65
Rita Jentoft og Vår Mathisen Kreativt verksted – en læringsarena for utforskning av terapeutisk kompetanse	83
Ragnhild Nilsen og Gunn Nilsskog En blandet læringsmodell i anatomi	105

Del 2

Ergoterapi i møte med nasjonale og internasjonale utfordringer

Jennifer Creek	
Twenty-first century occupational therapy	119
Iris Helén Nikolaisen	
Agents for change	133
Astrid Gramstad	
Meiningsomgrep i helsetenestene	153
Audhild Høyem	
Koordinering med kontinuitet som mål	169
Margrete Selseng og Nils Henriksen	
«På jobb er jeg helt normal»	
– Arbeid, bedring og psykisk lidelse	191
Forfatterpresentasjoner	216

Innledning

Perspektiver på utdanning og fagutøvelse

Dagens helsepolitiske styringsdokumenter peker i bestemte retninger. Brukere av helsetjenester og deres pårørende skal ikke bare bli hørt, de skal også medvirke i beslutninger som gjelder dem selv. De skal regnes som aktive aktører i utforming av helsetjenester, og deres kompetanse på eget hverdagsliv og egne behov fremheves som en forutsetning for utøvelse av brukersentrert praksis. Med andre ord er brukerkunnskap et sentralt omdreiningspunkt for faglige valg og prioriteringer på individ- og gruppenivå.

Ergoterapeuter legger stor vekt på å utvikle faglig kompetanse og gi tilbud til mennesker som står i fare for passivisering og utestenging fra aktivitetsdeltakelse. Disse gruppene kan være personer som tilhører en samfunnsmessig minoritetsgruppe, kronisk syke, funksjonshemmede eller personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser. Fremtidens helsetjenester skal fokusere på mulighetsbetingelser og hva som kan gjøre den enkelte og familien i stand til å håndtere hverdagen tross sykdom og funksjonsnedsettelse. Sentrale helsepolitiske virkemidler for å oppnå dette, slik det blant annet fremgår i Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) og den offentlige utredningen *Innovasjon i omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), er innovative løsninger, evne til å tenke alternativt og kreativt og gjøre bruk av teknologiske løsninger. Aktivitet og deltakelse løftes stadig mer frem som nøkkel til menneskers opplevelse av mening, velvære og livskvalitet gjennom flere politiske dokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet, som blant annet Stortingsmelding 25: *Mestring, muligheter og mening; fremtidens omsorgsutfordringer* (2006), i Samhandlingsreformen (2009), *Innovasjon i omsorg* (2011) og Stortingsmelding 29: *Morgendagens omsorg* (2013). Ordlyden i de helsepolitiske føringene klinger godt i ørene til ergoterapeuter. Dreiningen mot større vektlegging av brukernes aktivitet og deltakelse, som vi ser i helsevesenet i dag, er ikke nytt tankegodt for ergoterapeuter, men ligger tett på vår fagtradisjon og er basis for den kompetansen vi i årevis har utdannet ergoterapeuter til.

Det som knytter ergoterapi sammen som fag, er den fundamentale verdien av å være i aktivitet og hva det betyr å delta. Kunnskap og kompetanse som utvikles i fagutøvelsen, går ut på å bistå enkeltmennesker og grupper på en slik måte at de blir i stand til å være i aktivitet og delta i samfunnet på egne premisser. Det synes derfor som om helsetjenestens fokus dreier i vår retning. Vår kompetanse innen hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi etterspørres som aldri før, og vi som faggruppe er rede til å ta imot utfordringen.

I forbindelse med at ergoterapeututdanningen i Tromsø fyller 25 år, har vi invitert et knippe ergoterapeuter som på ulike måter har satt sitt preg på utdanningen og bidratt til utvikling av fagmiljøet i Nord-Norge, til å levere faglige bidrag som belyser ulike aspekter ved en helsetjeneste i endring.

Denne boken fokuserer på hvilke virkemidler og verktøy man har for å legge til rette for utdanning av kreative og kompetente fagutøvere som skal bidra til å dekke landsdelens behov og kunne håndtere dynamiske endringer i samfunnet. Det blir stilt nye og høye krav til profesjonsutøvere med tanke på digital kompetanse, fleksibilitet, evne til å levere kunnskapsbaserte tjenester og til å inn ta en innovativ og dynamisk holdning til egen rolle og yrkesutøvelse. Fagutøvere møter stadig økende krav til tverrprofesjonell samhandlingskompetanse slik det fremgår av Stortingsmelding 13: *Utdanning for velferd. Samspill i praksis* (Kunnskapsdepartementet, 2011).

Profesjonsutdanningene blir også, blant annet i den offentlige utredningen *MOOC til Norge* (Kunnskapsdepartementet, 2014), utfordret til i større grad å fleksibilisere undervisning ved å ta i bruk mulighetene som ligger i de digitale læringsplattformene. Dagens helsearbeider må ikke bare kunne tilegne seg kompleks kunnskap, men også sortere, prioritere og håndtere denne, noe som krever digital kompetanse. Helsearbeidere i dag blir også forventet å ha høy etisk bevissthet og god terapeutisk samhandlingskompetanse. I denne boken belyser vi blant annet hvordan ergoterapeututdanningen i Tromsø håndterer noen av disse utdanningspolitiske problemstillingene for å gjøre studentene rustet til å møte slike utfordringer.

Målgruppen for denne boken vil være studenter, personer som arbeider i eller er brukere av helsetjenester, personer som er involvert i organisering av helsetjenester eller som er opptatt av profesjonsutdanning. Selv om de fleste forfatterne av bokkapitlene er ergoterapeuter, så mener vi tematikkene og innholdet i kapitlene har relevans på tvers av fagprofesjoner.

I det første kapitlet beskriver Gunn Nilsskog og Rita Jentoft planleggingen, oppstarten og utviklingen av ergoterapeututdanningen i Tromsø. Utviklingen vil bli drøftet i lys av historiske, faglige, pedagogiske og utdanningspolitiske diskurser som i ulike faser har preget og formet utdanningen. Gjennom en systematisk gjennomgang identifiseres fire faser i utdanningens historie; forberedelsesfasen gjennom 1980-årene, oppstartsfasen som varer fra 1990–2000, kvalifiseringsfasen som preger utviklinga fra 2000–2010 og avslutningsvis tiden fra 2010 til dagens situasjon. Gjennomgangen illustrerer hvordan ergoterapi som profesjonsfag har utviklet seg til en akademisk utdanning i Nord-Norge.

Boken er videre tematisk delt inn i to hoveddeler. Kapittel to til fem utgjør den første delen, og her rettes fokus mot ergoterapeutstudenters lærings- og dannelsingsprosess forstått i kunnskapsteoretiske perspektiver. Bokens andre del omfatter kapittel seks til ti, og disse kapitlene omhandler ulike aktuelle utfordringer innen ergoterapifaget, nasjonalt og internasjonalt.

Cathrine Arntzen viser i kapittel to hvordan ulike pedagogiske grep kan påvirke og fremme gode læringsprosesser. Forfatteren reflekterer over egne læringsaktiviteter og anvender et kunnskapsteoretisk perspektiv for å begrunne betydningen av at læringsaktiviteter ved profesjonsutdanningen må legge til rette for å fremme læring av kroppslige ferdigheter, utvikling av et særegent fagspråk og oppøving av etisk kompetanse.

I kapittel tre går Astrid Vekve Nymo i dybden på en av de sentrale læringsaktivitetene ved ergoterapeututdanningen, nemlig praksisperiodene. I et sosiokulturelt perspektiv på læring, og gjennom anvendelse av begrepet legitim-perifer deltaker, løftes praksis frem som sentralt i studenters kompetanseutvikling og faglige identitetsskaping. Nymo viser at praksisfellesskapet, som studentene er en del av i løpet av sine praksisperioder, har avgjørende betydning for deres læringsprosess.

I kapittel fire presenterer Rita Jentoft og Vår Mathisen kreativt verksted, som er et pedagogisk opplegg der hensikten er å bevisstgjøre studenters terapeutiske kompetanse og kunnskap om planlegging og ledelse av grupper. Forfatterne undersøker på grunnlag av studenterfaringer hvilken betydning kreativt verksted har for studentenes læring og utforskning av terapeutisk kompetanse. Analysen viser at kreativitet og terapeutisk kompetanse utvikles gjennom læringsprosesser som fordrer mot, kritisk refleksjon og utforskning i trygge omgivelser.

Digitalisering og fleksibilisering av undervisning har vært løftet frem som virkemiddel for å bidra til at helsepersonell skal kunne møte fagfeltets høye krav til digital kompetanse. I kapittel fem undersøker Ragnhild Nilsen og Gunn Nilsskog studenters læring i et emne der klasseromsundervisning kombineres med nettbasert undervisning. Forfatterne viser at en blandet læringsmodell i anatomi der nettbasert undervisning kombineres med forelesning, oppleves nyttig for studentenes læring.

Den andre tematiske delen av denne boken omhandler ergoterapifagets utfordringer i nåtiden, både nasjonalt og internasjonalt. I kapittel seks går Jennifer Creek inn på utfordringer, muligheter og forventninger til ergoterapifaget i fremtiden, i et globalt perspektiv. Hun argumenterer for at ergoterapifaget må utvikle seg som en politisk profesjon for å ivareta sitt mandat med å fremme og ivareta aktivitet og deltakelse for alle, i en verden der behov endres raskt og sosial ulikhet synes å reproduseres.

I kapittel syv vektlegges også den sosiale og verdibaserte dimensjonen ved ergoterapifaget. Iris Helén Nikolaisen knytter teori om sosialt entreprenørskap opp mot begrepet *occupational justice* og belyser gjennom et praktisk eksempel fra arbeid med tidligere sex-arbeidere i Zambia hvordan ergoterapeuter kan benytte seg av begge disse perspektivene for å fremme deltakelse og sosiale rettigheter for marginaliserte grupper.

I kapittel åtte drøfter Astrid Gramstad ulike meningsbegreper og argumenterer for at kommunehelsetjenester må være orientert mot å forstå brukere eller pasienter som deltakere i sine ulike og unike kontekster. En slik dreining vil fremme brukermedvirkning og sikre at hjelpetiltak er relevante i brukernes hverdagskontekster.

I kapittel ni presenterer og diskuterer Audhild Høyem ordningen «koordinator i spesialisthelsetjenesten». Myndighetene signaliserer store forventninger til funksjonen. Koordinatoren skal ivareta pasientenes behov for et kontinuerlig og helhetlig behandlingsforløp. Mange mulige oppgaver nevnes, men det gjøres få avklaringer. Kapitlet tar utgangspunkt i at vi ikke har en enhetlig definisjon av kontinuitet å støtte oss til når ordningen skal utformes. Internasjonal forskningslitteratur viser at «continuity of care» brukes i mange og overlappende betydninger. Høyem presenterer tre perspektiver på kontinuitet, og viser hvordan hvert av disse aktualiserer ulike roller for koordinatoren. Hun konkluderer med at det trengs mer kunnskap om koordinering i spesialisthelsetjenestep praksis, og at den aktuelle koordinatorordningen bør utvikles i et samarbeid mellom brukere, praksisfeltet, forskere og myndigheter. Temaet vurderes relevant for ergoterapeuter ut fra at mange ergoterapeuter møter pasienter og brukere med koordineringsbehov, og i mange tilfeller også selv har koordineringsansvar.

Arbeidshelse og psykisk helse er andre sentrale arbeidsområder for ergoterapeuter. Margrete Selseng og Nils Henriksen kombinerer disse i kapittel ti der de undersøker arbeid som arena for bedring hos personer med psykiske helseproblemer. Kapitlet bygger på en studie der forfatterne og medforskere som har egenerfaring fra bedringsprosesser ved psykiske lidelser, undersøker betydningen av arbeid for denne brukergruppen. Teoretiske perspektiver om bedring, aktivitet og samhandling kobles til analyse av kvalitative intervju med personer som har erfaring med å være i ordinært arbeid. Forfatterne viser at arbeid kan være et viktig ledd i en slik bedringsprosess, og peker på forutsetninger som bør ligge til grunn for å fremme bedring.

Referanser

- Helse- og omsorgsdepartementet 2006. Startingsmelding nr. 25. *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2009. Startingsmelding nr. 47. Samhandlingsreformen: *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2011. NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2013. Startingsmelding nr. 29. *Morgendagens omsorg*. Oslo.
- Kunnskapsdepartementet 2011. Melding til Stortinget. *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Oslo.
- Kunnskapsdepartementet 2014. NOU 2014:5. *MOOC til Norge. Nye digitale læringsformer i høyere utdanning*. Oslo.

Del 1

**Ergoterapeutens dannelsingsprosess
forstått i et kunnskapsteoretisk
perspektiv**

Etablering av ergoterapeututdanning i Nord-Norge

Introduksjon

Ergoterapeututdanningen i Nord-Norge, som startet opp i Tromsø høsten 1990, har gjennom 25 år utdannet 460 ergoterapeuter. Før utdanningen ble etablert, var det 36 yrkesaktive ergoterapeuter i landsdelen (Høgskolestyret i Troms, 1986). Det var nærmere 1 300 yrkesaktive ergoterapeuter i hele landet.

Utdanningen i Tromsø har vært innlemmet i flere fusjoner. Allerede året etter oppstarten ble utdanningen en del av Tromsø Helsefaghøgskole. I 1994 ble utdanningen en del av avdeling for helsefag ved Høgskolen i Tromsø. I 2009 fusjonerte Høgskolen med Universitetet i Tromsø (UiT). I 2013 fusjonerte UiT med Høgskolen i Finnmark (Andersen, 2013) og fikk navnet UiT Norges arktiske universitet. Fusjonene og ulike politiske styringsdokumenter er rammebetingelser som nødvendigvis har fått innflytelse på organiseringen av, innholdet i og utformingen av ergoterapeutstudiet. Hensikten med denne teksten er å skildre hvordan ulike rammevilkår har påvirket prosessen med etablering og utvikling av ergoterapeutstudiet og lærerrollen.

Metode for innhenting og analyse av informasjon er hovedsakelig basert på dokumentanalyse. Materiale fra offentlige kilder omfatter sentrale offentlige politiske styringsdokumenter vedrørende høgschooler og universiteter, i perioden 1980–2012, med spesiell vekt på det som har berørt ergoterapeututdanning i Tromsø. I tillegg er det anvendt organisatoriske utdanningspolitiske dokumenter med rapporter, sakspapirer og brev fra 1980-årene produsert av Høgskolestyret i Troms. Fra Norsk Ergoterapeutforbund, avdeling Troms og Finnmark, er det anvendt referater fra møter, og fra ergoterapeutenes tidsskrift har vi funnet artikler som omhandler Tromsøutdanningen. Materiale fra ergoterapeututdanningen i Tromsø er basert på fagplaner, emneveiledere og møteprotokoller.

Det må tilføyes at vi som forfattere har vært en del av denne utdanningshistorien. Vi har selv vært møtedeltakere og referenter for en del av materialet vi har analysert. Vi har også vært involvert i utarbeiding av de fleste fagplanene. Forfatterne har, gjennom årene utdanningen har vært planlagt og eksistert, hatt mange ulike roller, både som lærer, lektor, førstelektor og studieleder. Våre erfaringer, samtaler og analyser underveis i denne skriveprosessen, er derfor av betydning for valg av innhold og utforming av teksten.

Innholdet i teksten er først strukturert med utgangspunkt i tre faser vi har omtalt som Forberedelsesfasen (1980–1990), Etableringsfasen (1990–2000) og Kvalifiseringsfasen (2001–2010). Deretter beveger vi oss inn i vår nære fortid og samtid, en fase som vi har mindre avstand til, omtalt som Samtiden – fra 2010. Avslutningsvis drøftes hvordan rammevilkårene har påvirket kvalitet og endringer i lærerrolle og studieprogram.

Forberedelsesfasen 1980–1990

Gjennom 1980-årene var det ulike rammevilkår og initiativ som påvirket beslutning om etablering og lokalisering av utdanningen i Nord-Norge, opplæring av praksisveiledere, kvalifisering og rekruttering av lærere, samt arbeidet med utforming av den første fagplanen.

Sentrale føringer for etablering av utdanning i Nord-Norge

I 1980-årene fikk nasjonale utdanningsreformer konsekvens for ergoterapeututdanningene i Norge. Det ble bestemt at de skulle organiseres på høyskolenivå sammen med mange andre helse- og sosialfaglige utdanninger. Ergoterapeutstudier var etablert i Oslo fra 1952 og i Trondheim fra 1974.

Det ble etablert fagråd som blant annet skulle arbeide med nye rammeplaner. Rådet for Ergo- og Fysioterapeuter (REF) utarbeidet ny rammeplan for ergoterapeututdanningen, som ble midlertidig godkjent av Kultur- og vitenskapsdepartementet i 1989. I forordet til dette dokumentet ble det vektlagt at den nye nivåplasseringen av utdanningen hadde krevd innholdsmessig justering. Dette mente REF (1989, s. 2) at de hadde ivaretatt gjennom å beskrive kvalitative mål, innhold, organisering, arbeids- og vurderingsformer. Tradisjonell faginndeling var opphevet på bekostning av en målstyrt rammeplan. Bakgrunnen for denne løsningen kan vi finne når vi ser nærmere på aktiviteter og debatter om utdanning og fag på denne tiden. Det var drøftinger om den nye lærerrollen i høgskolen og hvordan det sto til med fagene, som skulle etableres på et nytt nivå i utdannings-systemet.

REF arrangerte blant annet et prosjekt om utviklingsarbeid for lærere i ergo- og fysioterapiutdanningene. Målsettingen var å stimulere de nyetablerte høgskolene til mer «høgskolepregede» arbeidsmåter der fornyings- og utviklingsarbeid skulle stå mer sentralt i utdanningenes virksomhet. Dette stilte krav til endringer i lærerrollen og arbeidsmåtene i høgskolene. Prosjektet ble ledet av en pedagog fra Universitetet i Tromsø. Prosjektet la stor vekt på pedagogisk forankring i arbeid med nye ramme- og fagplaner for utdanningene (Fellessekretariatet for fagråda for helsefagutdanning, 1987).

REF jobbet også med å utvikle et ettårig videreutdanningstilbud for ergo- og fysioterapeuter. I argumentasjonen for å etablere et slikt tilbud får vi et bilde av hvordan fagene så på seg selv i denne brytningstiden. REF påpekte at studiet måtte rettes mot praksis og ha et høyt teoretisk nivå. Det ble argumentert med at både ergo- og fysioterapifaget var teorifattige. Begge fagene var utviklet i praksisfeltet og hadde basert fagutøvelsen på andre disipliners kunnskap. Da fagene i stor grad var påvirket den medisinske tradisjonen, ble det oppfordret til å vurdere andre vitenskapsidealer enn den medisinsk reduksjonistiske. I forlengelsen av

denne argumentasjonen ble det foreslått at fagene i større grad skulle integrere samfunnskunnskap, bli dyktigere på «andre tiltaksformer enn behandling» og videreutvikle egne fag. I det konkrete forslaget for videreutdanningen skulle det undervises i grunnleggende vitenskapsteori og vitenskapelige arbeidsmetoder (Aune, 1988).

Den vitenskapelige arbeidsmåten ble senere nærværende i det praktiske arbeidet i ergoterapeututdanningene: Strukturen med problemstilling, metode, resultat og drøfting skulle følges både innen pedagogisk problemløsning, innen pasientbehandling og selvsagt innen oppgaveløsninger og eksamensarbeid. I pasientmøter skulle man teoretisk kunne begrunne de avgjørelser og tiltak man iverksatte. Denne forankringen gjenspeilet seg i temaene ergoterapeututdanningene i Norge skulle inndeles i: teorigrunnlag i ergoterapifaget, menneske – aktivitet – samfunn, ergoterapi – kartlegging og vurdering (metode), og ergoterapi – tiltak (REF, 1989).

Kultur- og vitenskapsdepartementet utarbeidet egne forskrifter for eksamen ved ergoterapihøgskolene. Begrunnelsen for dette var at det var et viktig ledd i en administrativ forenkling, og en fordel for studenter og høgskoler om vurderingsordningene skjedde etter et felles regelverk. Det ble lagt fram mal om vitnemålets innhold, og at det skulle være avsluttende vurdering i følgende hovedemner: ergoterapiteori, medisinsk og biologisk teori, ergoterapipraksis, psykososial og samfunnsvitenskapelig teori, samt at tre lengre praksisperioder måtte være bestått. I tillegg skulle det gjennomføres en fagfordypningsoppgave. Avsluttende eksamen avspeilet en mer tradisjonell faginndeling og var på kollisjonskurs med tema-inndelingen i rammeplanen. Dette måtte nødvendigvis føre til en utfordring for dem som skulle få til en sammenheng mellom rammeplanens innhold og vedtatte eksamensordninger.

Krav til endringer i lærerrollen førte etter hvert til krav om endringer i formelle utdanningskvalifikasjoner. Ved inngangen til 1980-årene var det for ergoterapeututdanningens vedkommende krav om to års relevant tilleggsutdanning for å jobbe som lærer (Sosialdepartementet 1972, s. 23). I løpet av 1980-årene kom så krav om pedagogisk utdanning og ønske om at lærere kvalifiserte seg gjennom å ta hovedfag for å kunne jobbe som høgskolelektor. Ved Statens håndverks- og kunstindustriskole i Oslo ble det i 1979 etablert et hovedfagsstudium i ergoterapi (Ellingham, 2000), og i 1990 hadde et fåtalls ergoterapeuter i hovedstaden fullført utdanning på dette nivået.

Som for flere andre helsefagstudier etablert i Nord-Norge, var det også fra egen fagorganisasjon liten støtte for å etablere utdanning i landsdelen. Organisasjonen uttrykte liten tro på at ergoterapeutmiljøet i Nord-Norge hadde tilstrekkelige faglige ressurser da det i en årrekke tidligere ikke hadde lyktes med å skaffe lærere til utdanning i Stavanger.

Lokale initiativ for å etablere ergoterapeututdanning i Nord-Norge

I forbindelse med etablering av distriktshøgskole i Sør-Troms, ble det drøftet hvilke utdanningstilbud det skulle satses på. Ergoterapeututdanning ble satt opp som et av alternativene, men ble ikke prioritert i første omgang selv om rekruttering av ergoterapeuter til den nordlige landsdelen var dårlig. Høgskolen i Harstad startet i stedet med vernepleierutdanning i 1983 (Høgskolen i Harstad, 2015).

Rådet for Høgskolen i Harstad vedtok i 1984 å utrede behovet for ergoterapeuter i landsdelen. Dette arbeidet ble gjennomført av tre av landsdelens ergoterapeuter sammen med undervisningsleder og kontorsjef ved Høgskolen i Harstad. Konklusjonen på utredningen var at en egen ergoterapeututdanning i landsdelen ville bidra til at befolkningen kunne få et mer likeverdig helsetilbud med landet for øvrig. I tillegg ville etablering av ergoterapeututdanning være med på å rette opp den skjeve fordelingen av studieplasser som eksisterte mellom landsdelene. Det var stort behov for ergoterapeuter når man sammenlignet antall ergoterapeuter i nord med antallet som jobbet i utvalgte fylker i Sør-Norge. Det ble anslått et behov for 155 nye ergoterapeuter i landsdelen. Det tilsvarte 3,3 stillinger per 10 000 innbyggere (Høgskolestyret i Troms, 1986).

Behovsutredningen ble overlevert Høgskolestyret i Troms, som senere ga Høgskolen i Harstad et mandat til å utrede innhold og ressursforutsetninger for etablering av ergoterapeututdanning i Nord-Norge (Skancke Hanssen, 1990). Til å gjøre dette utredningsarbeidet, utnevnte høgskolen det samme utvalget som hadde utredet behovet for ergoterapeuter, som i tillegg fikk med seg fylkesergoterapeuten i Troms. Ergoterapeutene hadde som yrkesgruppe således stor innflytelse på utredningsarbeidet om ergoterapeututdanning i nord. Fordeler og ulemper ved lokalisering av utdanningen i Harstad eller Tromsø ble drøftet, uten at utvalget tok standpunkt i saken. Utvalget anbefalte at utdanningen måtte legges til en etablert høgskole, og de anbefalte en utdanningskapasitet på 15 studenter årlig (Høgskolestyret i Troms, 1986). Denne utredningen ble det senere vist til i sentrale politiske dokumenter om behov for helsepersonell i Nord-Norge (Skancke Hanssen, 1990). I St.meld. 19 (1986-87) gikk departementet inn for etablering av ergoterapeututdanning ut fra argumentene om den geografiske skjevfordelingen av ergoterapeuter.

Norsk Ergoterapeutforbund (NETF) var ifølge høgskoledirektøren behjelpelig med å skaffe høringsinstanser til utredningen (Høgskolestyret i Troms, 1987). Den ble sendt til 26 instanser og tilbakemelding ble gitt fra 17. Svarene ga enstemmig støtte til etablering av ergoterapeututdanning i Nord-Norge. Flere av høringsinstansene hadde synspunkter vedrørende lokalisering av utdanningen. De fleste støttet plassering i Tromsø, men da Høgskolestyret behandlet saken den 9.2.1987 gikk flertallet inn for at ergoterapeututdanning skulle etableres i Harstad fra høsten 1989 (Skancke Hanssen, 1990).

Stedsvalget skapte engasjement blant ergoterapeutene i Nord-Norge. På et fellesmøte for NETFs fylkesavdelinger i Nordland og Troms/Finnmark rett i etterkant av vedtaket i Høgskolestyret, ble det besluttet å sende en resolusjon til Kultur- og vitenskapsdepartementet. Fylkesavdelingen skulle videre kontakte pressen, og den skulle oppfordre mange instanser om støtte for sine synspunkter. Ergoterapeutene fikk blest om saken i Bodøs lokalaviser, og NETFs forbundsleder sendte brev til statsråden (NETF Fylkesavdelingene i Nordland og Troms/Finnmark, 1987).

Lokalavdelingen av NETF i Troms/Finnmark opprettet en egen gruppe for etablering av ergoterapeututdanning i Nord-Norge. Gruppen skrev brev til Kultur- og vitenskapsdepartementet der det ble argumentert for at utdanningen måtte etableres i Tromsø. Et av argumentene var at det var mulig å få til samlokalisering med fysioterapeututdanningen som var under etablering i byen. Dette var også byen med størst tetthet av ergoterapeuter i Nord-Norge, slik at det var best mulighet der både for å få praksisplasser til studenter og tilgang til lærere. Tromsø hadde også mange videreutdanningstilbud for ergoterapeuter som ønsket å bli lærere (NETF avd. Troms/Finnmark, 1987). NETFs leder sentralt støttet etablering i Tromsø og anbefalte at de måtte sende brevet til aktuelle stortingsrepresentanter (NETF, 1987).

Engasjementet til ergoterapeutene i landsdelen ser ut til å ha ført fram. I «Innstilling til Stortinget» i mars 1987 kom det fram at NETF ut fra faglige begrunnelser sterkt anbefalte at utdanningen måtte bygges opp i Tromsø, og at komiteen var enig i det (Skancke Hanssen, 1990). I brev fra departementet til Høgskolestyret i Troms høsten 1987 ble det slått fast at utdanningen skulle lokaliseres til Tromsø i fellesskap med fysioterapeututdanningen. Etter at stedsvalget var avgjort, ble ergoterapeututdanningen tatt med i planen om å samlokalisere alle helsefagene i Tromsø til en felles Helsefaghøgskole. Lokaler til studiet ble tatt med i planleggingen av det nye Medisin-Helsefag-bygget (MH) som skulle være klart til innflytting i 1991 (Skancke Hanssen, 1990).

Det ble nå iverksatt tiltak for å styrke kompetansen hos kliniske ergoterapeuter i regionen både når det gjaldt undervisning og praksisveiledning av studenter. Høgskolestyret i Troms var klar over at det fantes få ergoterapeuter med høyere utdanning, og bidro med økonomiske midler til flere tiltak. I januar 1988 ble det utlyst to utdanningsstipend med to års varighet med tanke på å få sikret seg kvalifisert personell til oppstart av utdanningen. De som fikk tildelt utdanningsstipend, måtte også forplikte seg til å ta ansvar i utarbeiding av fagplan for den nye utdanningen, og søke på lærerjobbene når de ble utlyst.

Det var kun én søker som hadde utdanningskvalifikasjoner til å begynne direkte på hovedfagsstudier. Derfor ble det andre utdanningsstipendet fordelt på to personer for å ta «grunnfag» (ettårig studium på universitetsnivå). På denne tiden

ble ergoterapeututdanning godkjent som et «uspesifisert mellomfag». Det betydde at den som skulle begynne på hovedfag i ergoterapi, måtte ta et «grunnfag» før man kunne ta fatt på hovedfagsstudier i ergoterapi.

Fagmiljøet og ledelsen ved Åsgård psykiatriske sykehus var støttespillere for å styrke kunnskapsgrunnlaget og veiledningskompetansen hos ergoterapeutene i landsdelen. I første omgang ble det iverksatt veilederutdanning (1988–89). Kurslederne fra Trondheims- og Oslo-utdanningene deltok i dette pilotprosjektet. Det var mange problemstillinger som ble belyst i det kliniske arbeidet, men også mange faglige utfordringer innen profesjonsutøvelsen. Ergoterapeutene i regionen veiledet hverandre samtidig som veiledningsteori ble innlært. Veilederutdanningen bidro til at fagmiljøet ble knyttet tettere sammen, og ergoterapeutene følte ansvar for å bidra til utdanning av nye ergoterapeuter. I ettertid fikk ergoterapeuter i Nordland tilsvarende veilederopplæring der Tromsø-miljøet bidro som veiledere.

Et annet tiltak initiert fra Åsgård psykiatriske sykehus, med økonomisk støtte fra Høgskolerådet i Troms, var videreutdanning innen psykiatri og allmennhelse for ergoterapeuter. Studiet ble organisert fra og gjennomført med lærere fra ergoterapeututdanningen ved Hälsouniversitetet i Linköping i 1991–92. Dette var det eneste videreutdanningstilbudet for ergoterapeuter i Norge. Studiet på 30 studiepoeng fikk betydning for de ergoterapeuter som senere måtte kvalifisere seg til å gå i gang med hovedfagsstudier.

Den første fagplanen

Arbeidet med den første fagplanen kom i gang i juni 1989 etter initiativ fra Høgskolestyret i Troms. Et utvalg på seks medlemmer ble utnevnt: De tre som hadde fått utdanningsstipend, en representant fra hver av de eksisterende ergoterapeututdanningene og en representant fra yrkesorganisasjonen til ergoterapeutene. På etableringsmøtet, ledet av høgskoledirektøren, ble det vedtatt at fagplanen måtte være ferdig til oversending til Rådet i april 1990. Det ble satt opp møteplan for dette arbeidet med fire nye arbeidsseminarer over en til to dager. Her skulle medlemmene som hadde utdanningsstipend, men ikke undervisningserfaring, få innblikk i dagens utdanningsutfordringer. Denne opplæringen gikk blant annet ut på å delta på et kurs i problembasert læring (PBL) med lærerkrefter fra Hälsouniversitetet i Linköping.

På dette tidspunktet hadde ergoterapeututdanningen i Trondheim nettopp fått godkjent sin nye fagplan basert på Rammeplanen fra 1989. Erfaringene fra dette arbeidet ble modell for arbeidet med fagplanen for Tromsø-utdanningen. Utdanningens ideologiske og filosofiske plattform ble dokumentert i et «Grunnsyn». Dette skulle danne utgangspunktet for det konkrete innholdet i studiet og hvilke arbeids- og studieformer som skulle etableres.

I fagplanen (Tromsø Helsefaghøgskole, 1992, s. 5) defineres grunnsynet slik:

Ergoterapifaget legger overordnet vekt på aktivitet som grunnleggende viktig for mennesket og samfunnets utvikling. Aktivitet uttrykker forbindelsen mellom individet og omgivelsene. Aktivitet i ergoterapisammenheng innebærer en meningsfull og målrettet handling, eller virksomhet. Aktivitet er sammensatt av ulike komponenter, og består av en indre side som innebærer tenkning, bearbeiding, planlegging og en ytre observerbar side som viser seg i praktisk utføring. Aktivitetene kan ha ulike former som f.eks. arbeid, lek/fritid, og omsorgsaktiviteter.

Fagplanen understreket at studiet måtte legge vekt på Nord-Norges spesielle forhold, som spredt geografisk bosetting, flerkulturelt samfunn, helseproblem på grunn av klima og arbeidsforhold, og det manglende rehabiliteringstilbudet i landsdelen (Tromsø Helsefaghøgskole, 1992). En tredjedel av studietiden skulle foregå i praksis. Den pedagogiske tilnærmingen i studiet skulle være PBL, et pedagogisk konsept som opprinnelig var etablert for medisinerutdanning i Canada, og som senere var implementert ved Hälsouniversitetet i Linköping.

Fagplanen hadde samme inndeling av temaer som rammeplanen av 1989, bortsett fra at den fremhevet nye temaer som samfunn og helse, miljøtiltak, organisasjon og ledelse og fagutvikling. I et profesjonaliseringsperspektiv kan en tenke at å vektlegge fagutvikling og organisasjon og ledelse er et strategisk valg. Men fra politisk hold var det på denne tiden mange strategier for å bryte ned profesjonsbarrierer.

Etableringsfasen 1990–2000

Dette tiåret skulle bli preget av utfordringer med å få ansatt kvalifiserte lærere ved utdanningen. Dette var også en tid med mange omorganiseringer i det norske utdanningssystemet (St.meld. nr. 40 (1990–91)). Sosialdepartementet hadde for lengst slått fast at det ville ha stor betydning for det nye «høyskoleslaget om institusjonene kunne gå sammen i høyere enheter» (St.meld. nr. 66 (1984–85), s. 12). Det nye høyskoleslaget var helse- og sosialutdanningene. Det var stor tro på at sammenslåing av organisasjonsheter ville føre til mer handlekraftige og effektive enheter. De nasjonale profesjonsbaserte fagrådene som ble etablert på 1980-tallet, ble i 1991 samlet i Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag (RHHS) (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, 1997). Dette rådet fikk i 1990-årene mandat til å utarbeide nye fagplaner for helse- og sosialutdanningene der deler av innholdet i rammeplanen, tilsvarende 10 vektall, skulle være sammenfallende for alle utdanningene. Den fagspesifikke delen skulle også utarbeides ut fra en felles mal.

Ansettelser og utfordringer i oppstarten

Høgskolestyret hadde vært forutseende da de i 1988 lyste ut utdanningsstipend for å sikre at de fikk lærerkrefter til oppstart av utdanningen. Da fire stillinger; en avdelingsleder, en høgskolelærer/lektor og to stipendiater ble annonsert i januar 1990, var eneste søkere de tre som hadde fått utdanningsstipend to år tidligere. Forventningene til stipendiatene ble beskrevet på følgende måte i annonseteksten:

Stipendiatene forutsettes å inngå i fagstaben ved det nye studiet på minst halv tid med tilsvarende plikter som en lærer, samt gjennomføre et godkjent studieprogram med sikte på hel eller delvis kvalifisering for høgskolelektor-/høgskolelærerstilling ved ergoterapi-høgskole (Norsk Lysningsblad 24.1.1990).

Nødvendige kvalifikasjoner for å bli fast ansatt i en høgskolelærerstilling var fire års høyere utdanning, tre års yrkespraksis og praktisk-pedagogisk utdanning. Ingen av søkerne hadde fullført praktisk-pedagogisk utdanning. Alle hadde ergoterapeut-utdanning fra 1970-årene og lang praksis som ergoterapeuter, men denne kompetansen ga liten uttelling i den nye utdanningsverdenen. Den ene ble derfor ansatt som høgskolelærer og de to andre som «stipendiater». Det var ingen søkere til stillingen som avdelingsleder, og den ble derfor utlyst på nytt uten at det kom inn nye søknader.

Vedkommende som hadde fått jobben som høgskolelærer ble konstituert som avdelingsleder. Høgskolelærerstillingen ble utlyst som et toårig vikariat. Til denne stillingen kom det heller ingen søknader. Dette var ingen lovende start for en ny utdanning. Det ble likevel oppstart med 18 studenter høstsemesteret 1990. Åsgård psykiatriske sykehus bidro igjen og ga permisjon til en ergoterapeut som jobbet ved utdanningen denne første høsten.

Kontakter som var etablert med Hälsouniversitetet i Linköping gjennom arbeidet med den første fagplanen, ble nå viktig for fortsettelsen. Vedkommende som hadde undervist de nye lærerne i PBL, ble spurt direkte og takket ja til å ta vikariatet som høyskolelærer fra januar 1991. Da fikk utdanningen én lærer med de nødvendige formelle pedagogiske kvalifikasjonene.

Høsten 1991 ble det i Norge tatt opp til sammen 84 ergoterapeutstudenter inkludert et nytt kull på 24 studenter ved utdanningen i Tromsø. En ny fast høyskolelærer/lektorstilling ble utlyst. Den eneste søkeren hadde heller ikke de formelle kvalifikasjonene i orden. Høsten 1992 skulle den siste stillingen besettes og lærerstaben skulle være fulltallig. Heller ikke denne gang var det søkere på den nye stillingen på tross av flere utlysninger (Vik, 1992).

I etableringstiden hadde mange praktiserende ergoterapeuter i Tromsø lengre og kortere vikariater for å avhjelpe bemanningskrisen ved utdanningen. Den første konstituerte lederen for utdanningen sluttet sommeren 1993. Frem til ny studieleder var på plass fra januar 1995, ble studielederfunksjonen administrativt ivaretatt av en sykepleier og faglig av en av de faste ergoterapeutlærerne. Det var på ingen måte attraktivt for ergoterapeuter å gå inn i undervisningsstillinger i 1990-årene med de kravene som var kommet til videreutdanning. Fire lærere ble tilsatt i perioden 1993–1995, og nå var alle seks stillingene ved ergoterapeututdanningen besatt. I løpet av 1990-årene skaffet alle lærerne seg formell pedagogisk utdanning; noe som ga grunnlag for fast ansettelse. Først i 1999 fikk utdanningen sin første lektor.

Møteprotokollene fra denne perioden viser høy ukentlig møtevirksomhet. Møtestrukturer ble etablert med ukentlige fag-, veileder-, administrative- og personalmøter. I tillegg til kollegabasert veiledning etter basisgruppemøtene, fikk lærerne i perioden 1991–1993 ekstern veiledning. Det var utfordrende å være en del av en ny organisasjon og få til å avklare roller og oppgaver. Man søkte etter regler for de ulike oppgavene. Over flere år jobbet lærerne med utforming av lærerrollen for ulike undervisningssettinger som praksis, forelesninger, ferdighetstrening, basisgrupper og for seminarer med studentene. Det ble for eksempel i 1992 utarbeidet detaljerte regler på administrasjonssmøtet for deltakelse på for eksempel seminarer:

De lærerne som ikke har basisgruppe, er observatører på seminaret. De skal ikke kommentere, uten at noen har fått i oppdrag å kommentere noe. Lærerne kan ikke både delta i diskusjonen og vurdere studentenes deltakelse. Deltakelse begrenses til at lærerne stiller spørsmål i diskusjonen.

Lærernes arbeidsplaner ble jevnlig diskutert og justert med tanke på å få til en rettferdig fordeling av arbeidsoppgavene. Hver uke var det avsatt tre timers lesetid for post og tre timer for lesing av fagtidsskrifter og øvrig faglitteratur. Posten

omhandlet i stor grad nye administrative ordninger i den nye organisasjonen. De internasjonale fagtidsskriftene ble sendt fra biblioteket på omgang mellom lærerne for at de skulle holde seg faglig orientert. Tre timer ble satt til forberedelse av en undervisningstime. Rollene som møteleder, emneansvarlig, basisgruppeveileder og litteraturansvarlig ble definert. Spesielt var emneansvarliges rolle og tidsbruk ofte oppe til debatt. På lærermøtet 13.09.91 ble det fastslått at emneansvarlig i tillegg til å planlegge og lede et undervisningsemne, også skulle ha ansvar for følgende oppgaver:

Samle alt vedrørende emnet som PBL-oppgaver, temahefter, ressurspersoner, vurdering osv, i en egen perm. Skaffe oversikt over innholdet i forelesningen holdt av ekstern foreleser, enten ved å gå på forelesninger selv eller ved å innhente info fra foreleseren. Dette er nødvendig inf. i forbindelse med planlegging/utarbeiding av eksamensoppgaver.

Emneansvarlig disponerte da 15 timer til planlegging og 15 timer til ledelse for hver uke emnet varte. I tillegg kom 30 timer for skriving av emnehefte og planlegging av eksamen. Tidsbruken, som tilsvarer 630 timer for et 20 ukers emne, ble senere dramatisk redusert.

I etableringsfasen disponerte lærerne kursdager frem til det i 1993 kom rundskriv om kvalifisering av lærere med satsing på Forsknings- og Utviklings-arbeid (FoU). Lærerne ble invitert til å delta på FoU-seminar. I møteprotokollen fra samme år står det: «FoU er ikke aktuelt for oss nå. Vi har nok av FoU-arbeid til daglig!!» Det ble ved Høgskolen besluttet at ti prosent av arbeidstiden skulle brukes til FoU-arbeid. I tillegg ble det tatt ut ressurser fra alle stillingene tilsvarende en uke, som ble lagt i en felles FoU-pott. Alle ansatte kunne søke om å få av denne ressursen til egne prosjekter. Det ble opprettet et FoU-utvalg for å administrere denne ordningen. I referatet står det i samme periode at de lette etter en ressursperson som kunne lære dem «Vitenskapelige arbeidsmetoder». Det skulle etter hvert bli økt press på FoU-aktivitet innen Høgskolen i Tromsø, som hadde lavest produksjon av alle statlige høgskoler i Norge (Christensen, 2004).

Arbeidsmarkedet for ergoterapeuter i landsdelen var bra, men stillingene i Tromsø-regionen ble fort fylt opp. Ergoterapeutenes arbeidsarenaer var i endring. Det innebar færre stillinger i institusjoner som sykehjem, og flere innen hjemmebaserte helsetjenester i kommunene. Ergoterapeutene utvidet sitt arbeidsmarked og inntok flere tverrfaglige stillinger innen rus, psykiatri, arbeidshelse, bedriftshelsetjeneste og som miljøterapeuter i sykehus og kommuner. Søknaden til studiet var stabil, og det var lite frafall. Praksisfeltet i resten av landsdelen tok imot studenter; noe som fikk betydning for rekruttering til ledige stillinger i flere kommuner. De første årene hadde noen av studentene praksisperioder på Sør- og Østlandet ettersom den nordlige landsdelen ennå ikke hadde nok praksisplasser.

1993 ble den fjerde ergoterapeututdanningen etablert i Bergen. Tromsøutdanningens fagplan og pedagogiske profil med PBL ble lagt til grunn for studiet (Aasvang, 1993, s. 4). Senere ble det etablert utdanning i Sandnes i 2001 og Gjøvik i 2013.

Organisasjonsstruktur i endring

De ansatte i den nyetablerte ergoterapeututdanningen måtte tre ganger i løpet av det første tiåret innpasses inn i ny organisasjonsstruktur. Det første etableringsåret var utdanningen plassert i lokaler tilhørende lærerskolen, og var administrativt direkte underlagt Høgskolestyret i Troms. I 1991 var Medisin og Helsefag-nybygget (MH) i Breivika ferdig, og ergoterapeututdanningen flyttet dit sammen med de andre helsefagutdanningene i Tromsø. Tromsø Helsefaghøgskole var en realitet.

For å fremme samarbeid på tvers av fagprofesjonene ble lærerne fra de etablerte faggruppene plassert i kontorer med avstand til hverandre. Det var små og store utdanninger i samme fellesskap. Tradisjonene fra de etablerte utdanningene skulle legges til side, for nå skulle det utvikles en ny kultur med ny felles plattform. Ergoterapeututdanningen hadde på dette tidspunktet ingen lang tradisjon å forsvare, men de hadde i likhet med den nyetablerte fysioterapeututdanningen også organisert studieopplegget ut fra PBL. Det førte til mange disputer med de godt etablerte utdanningene, og det var høylytte diskusjoner når det skulle etableres felles koder for ulike undervisningsoppgaver. Budsjettfordeling mellom utdanningene var også et ømt tema. Alle utdanningene måtte avgi egne kontoransatte til en felles studieadministrasjon. Ergoterapeututdanningen mistet på denne måten sin effektive «kontordame» som hadde vært til tjeneste for alle lærerne det første året. Den nye administrative enheten skulle ha ansvar for avvikling av eksamener, regnskap og budsjett og personalansvar for alle ansatte.

De første årene tok lærere på utdanningen direkte kontakt med ergoterapeutene i praksisfeltet for å skaffe praksisplasser til studentene. Praksisveilederne ble invitert til seminar på utdanningen i forkant av hver praksisperiode, et populært tiltak som ga gode muligheter for dialog mellom praksisfelt og utdanning. Lærerne besøkte studenter og veiledere midtveis i de lange praksisperiodene. Det ble således etablert mange kontaktflater mellom utdanning og praksisfelt.

Logoen for Tromsø Helsefaghøgskole, en tromsøpalme, fulgte den nye utdanningsenheten gjennom tre turbulente år. Deretter ble det fra departementshold bestemt at alle høgskolene i Tromsø skulle slås sammen. Det skulle etableres et nytt fellesskap mellom lærere, kunstnere, helsearbeidere og ingeniører ved Høgskolen i Tromsø. Helsefagene protesterte mot denne nye sammenslåingen. De mente at det var mer hensiktsmessig å slå seg sammen med Universitetet i Tromsø da det her var etablert både fellesundervisning og sam-lokalisering i MH-bygget sammen med medisinerstudiet ved UiT (Andersen, 2013).

Det ble arrangert sosiale sammenkomster og kurs i regi av den nye Høgskolen for at alle skulle identifisere seg med den nye enheten. Dette var den tredje fasen i endringer innen høgskolestrukturen. Ny styringsordning med skille mellom administrativ og faglig ledelse på alle nivåer ble etablert etter modell fra universitetet. Den nye loven om universiteter og høgskole ble iverksatt i 1996 (Kyvik, 1999).

Som følge av de nye endringene fra sentralt hold ble det utarbeidet ny rammeplan for ergoterapeututdanninger i Norge, som ble tatt i bruk fra 1997. Dette medførte en ny runde med fagplanendringer, og da hadde fagplanen av 1990 allerede vært revidert fire ganger. Den ene av endringene innebar nødvendige justeringer da helsefaghøgskolen sammen med medisinerutdanningen etablerte et felleskurs for alle studentene i første studieår i 1992. Denne endringen var politisk initiert ut fra at helsepersonell måtte bli flinkere til å samarbeide og kjenne hverandres utdanninger bedre. De andre endringene handlet om hvordan man i undervisningen skulle formidle innholdet i ergoterapifaget.

Endringskravene, som kom i 1997 (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet), innebar omstruktureringer av fagplanen fra 1990. Vekttallene måtte spesifiseres i medisinske og naturvitenskapelige emner (10 vekttall), samfunnsvitenskapelige og humanistiske emner (15 vekttall), ergoterapi yrkesutøvelse (25 vekttall) og ergoterapi – fundament og utvikling (10 vekttall) og felles innholdsdel (10 vekttall). Et studieår utgjorde da 20 vekttall som etter dagens beregning tilsvarer 60 studiepoeng.

Ifølge rammeplanen av 1997 skulle Høgskolens interne vurderingsordninger presisere hvilke krav som skulle settes til studentene for å kunne følge normal studieprogresjon. Ved avdeling for helsefag ved Høgskolen i Tromsø, ble det innført konkrete endringskrav som alle utdanningene måtte innarbeide i sine fagplaner. Det ble innført «passeringskrav», altså krav til arbeid og tilstedeværelse som måtte være innfridd før studentene fikk gå opp til de ulike deleksamenene. Dette betydde krav om pedagogiske endringer på ergoterapeututdanningen. Det ble innført krav om pensum. Hittil hadde ergoterapeututdanningen fulgt konseptet ut fra PBL med ressurslitteratur; det vil si at studentene innhentet litteratur ut fra de situasjonsbeskrivelsene og læringsmålene de jobbet med. Lærerne hadde utarbeidet en oversikt over relevant ressurslitteratur for hvert emne. Heretter måtte studentene forplikte seg til å utarbeide eget pensum på 3 000 sider for hvert studieår som skulle godkjennes av faglærer.

En annen endring var at «Felles innholdsdel» med andre utdanninger ble integrert i alle tre studieår (Andersen, 2013). Utdanningen måtte videre forplikte seg til å innføre «krav om studiedeltakelse». Fravær på inntil 20 prosent skulle kunne godkjennes. Studenter med fravær hadde ingen særskilte krav på tilrettelegging eller plikt til

å ta igjen arbeid. Alt fravær skulle registreres av lærer. Dette var ingen populær bestemmelse for lærerstaben ved ergoterapeututdanningen, en kontrollfunksjon som man ikke mente hadde noen pedagogisk hensikt. Studentene hadde hittil hatt ansvar for å dokumentere når de var borte fra obligatorisk studiearbeid og hadde ansvar for å lage en plan for hvordan de skulle ta igjen arbeidet. En ny fagplan med utgangspunkt i rammeplanen av 1997 ble først godkjent i 2000 av styret ved Høgskolen i Tromsø. Da var passeringskravene gjort eksplisitt i fagplanen.

Internasjonalisering

Utdanningen etablerte tidlig internasjonale kontakter med mulighet for studentutveksling. I 1995 reiste de første studentene fra utdanningen til Zambia i praksis. Bakgrunnen for at dette kom i stand, var at en ergoterapeut fra Tromsø, med støtte fra Norad, arbeidet ved Livingstone General Hospital (LGH) fra 1992. Denne ergoterapeuten samarbeidet underveis uformelt med sin kollega på utdanningen i Tromsø. Det viste seg at denne formen for samarbeid passet godt inn med Norads nye retningslinjer for bistandsarbeid. De to kollegene ble innkalt til møte hos Norad hvor de ble forespurt om de hadde ideer til et formelt samarbeid mellom LGH og en institusjon i Norge. Ergoterapeutene foreslo Høgskolen i Tromsø, avdeling for helsefag (Thyness, 1996). Dette viste seg å være starten på utallige prosjekter gjennom utdanningens historie. I 2001 hadde 20 studenter fullført en av sine praksisperioder i Zambia (Pettersen, 2001). Dette var en læringsarena som ble høyt verdsatt av studentene. De hadde etter hvert praksis på ulike arenaer som fengsel, distriktpsikiatri, dagsenter og rehabiliteringssenter. Studentene delte villig sine sterke inntrykk fra et fremmed land med medstudenter og kolleger:

Det er en utfordring å ha praksis i en kultur som er så ulik den vi kommer fra ... det mest betydningsfulle vi lærte, er å ta hensyn til de viktigste tingene i livet ... vi lærte mye som er verdt å ta med oss videre i karrieren som ergoterapeuter (Pettersen, 2001, s. 4).

Studentene engasjerte seg etter hjemkomsten med å forbedre forhold for ulike pasientgrupper de hadde møtt i Zambia. I 1997 ble det etablert et rehabiliteringsprosjekt for sikringsfanger i Livingstone med midler fra studentorganisasjonen for ergoterapeuter i Norge. Studentene hadde erfart at denne gruppas eneste aktivitet var et måltid om dagen. Med hjelp av midlene fra studentorganisasjonen ble det kjøpt en jordlapp og redskaper for å drive grønnsaksdyrking. Dette ble etter hvert en stor suksess. Fangene hadde en meningsfull aktivitet å gå til, de tjente penger og kunne vise omverdenen at de hadde noe å bidra med til fellesskapet (Olsen, 2005).

Samarbeidet med Zambia har hatt betydning for den kulturelle kompetansen til ergoterapeutene i landsdelen. Fem av dem som hadde praksis i Zambia under studietiden ble senere fredskorpsarbeidere i landet. Det er etablerte nettverk mellom mange helsepersonell i Norge og Zambia.

Kvalifiseringsfasen 2000–2010

Ved inngangen til det neste tiåret i utdanningens historie hadde man et lærerlag som hadde undervisningserfaring og de grunnleggende formelle kvalifikasjonene på plass ut fra 1990-årenes minimumskrav til kompetanse. Det var blitt et stabilt lærerlag med få utskiftninger. Ut fra de mange utdanningspolitiske endringene som hadde vært i 1980- og 1990-årene, skulle en tenke at det kunne bli noen arbeidsår uten for store ytre krav til omveltninger, men det skulle ikke bli slik. Allerede i 2000 kom utredningen om høyere utdanning og forskning i Norge (NOU, 2000, s. 14). Stortingsmeldingen som kom i kjølvannet av denne utredningen (St.meld.nr. 27 (2000–2001)), la grunnlaget for en ny nasjonal reform for høyere utdanning i Norge. Denne ble kjent som «Kvalitetsreformen». Det skulle blant annet innføres en ny gradsstruktur i høyere utdanning fra høsten 2002 (Innst. S. nr. 337 (2000–2001)). Det skulle stilles krav til en økende internasjonalisering av de norske utdanningsinstitusjonene. Reformen førte til endringer i loven om universiteter og høyskoler fra 2005. Det skulle opprettes et nasjonalt organ for kvalitet i utdanning (NOKUT) som skulle føre tilsyn med kvalitet i høyere utdanning og sikre et høyt internasjonalt nivå i utdanningstilbudene. Utdanningsinstitusjonene var pliktig til å følge opp ulike endringer i løpet av hele perioden. Dette gjenspeiles i krav til de ansatte og i utdanningens fagplan.

Det ble ved Høgskolen i Tromsø fastsatt krav om inntjening for hver utdanning. Ergoterapeututdanningen påtok seg å organisere og tilby deltidsutdanning innen Velferdsstudier i samarbeid med Høgskolen i Nord-Trøndelag, Oslo og Agder. Målgruppen var hovedsakelig ansatte i Aetat og trygdeetaten. I perioden 2002–2006 ledet utdanningen ulike eksamensemner som organisering av velferdsutdanningen, arbeidslivskunnskap, velferdsrett og brukerveiledning.

I slutten av dette tiåret skjedde også en ny organisatorisk endring. Høgskolen i Tromsø fusjonerte med Universitetet i Tromsø i 2009. Allerede da Høgskolen i Tromsø feiret sitt 10-årsjubileum i 2004, skrev høgskoledirektøren om fordelene ved en eventuell sammenslåing (Schei, 2004). Prosessen som førte til endelig sammenslåing påvirket også utdanningen som kom inn i en ny organisasjon med nye rutiner. Fire bachelorprogram; ergoterapi, fysioterapi, radiografi og sykepleie, videreutdanninger fra avdeling for helsefag og master i helsefag fra UiT, ble organisert sammen til Institutt for helse- og omsorgsfag (IHO) ved det helsevitenskapelige fakultet. Det nye instituttet skulle tilpasse seg administrativt og faglig i en etablert institusjon.

Førstestillinger igangsettes

Gjennom Kvalitetsreformen ble kompetansenivået hos de ansatte i de statlige høyskolene i helsefag problematisert. I 1997 var andelen høgskolelærere på 53 prosent, mens andelen var sunket til 40 prosent i 2001 (St.meld. nr. 35 (2001–2002)). Det betydde at ergoterapeututdanningen i Tromsø, som fikk sin første lektor i 1999, ikke holdt tritt med gjennomsnittet. Hvis ikke flere av lærerne fikk høyere kompetanse, kunne det på sikt få alvorlige konsekvenser for utdanningens eksistens. I tråd med de nye føringene, gjennomførte alle høgskolelærerne fra 2000–2009 ulike masterprogram for å kunne gå inn i høgskolelektorstillinger. Men kravene om høyere formell kompetanse stoppet ikke med dette. Alt fra 1995 var det opprettet en ny stillingskategori innen høgskolen, førstelektor, som en karrierevei for faglig personale som hadde hovedinteresse for yrkesrettet praksiskunnskap (St.meld. nr. 35 (2001–2002)). I helse- og sosialfagutdanningene var det færre med denne kompetansen enn i de andre avdelingene i høgskolen. NOKUT satte krav om at 20 prosent av de faglige ansatte måtte ha førstestilling som førstemanuensis eller førstelektor for å kunne gi et bachelortilbud (Schei, 2004); som for ergoterapeututdanningen tilsvarte to av seks stillinger. I 2009 kvalifiserte en av lektorene seg til førstelektor. Ennå hadde man ikke nådd de formelle kravene for å kunne drive et bachelorstudium på ergoterapeututdanningen i Tromsø.

Kvalitetsreformen la også vekt på at det innen høyskolene burde finnes personer med høyest mulig formell akademisk forskningskompetanse. Dette innebar fagkompetanse til doktorgrads- og professornivå. Norges forskningsråd hadde etablert programmet Kunnskapsutvikling i profesjonsutdanning og profesjonsutøving (KUPP) med tanke på å få inn personer med denne høyeste kompetansen. Kombinerte forsknings- og undervisningsstillinger:

... burde være prinsippet både ved universiteter og høyskoler, men andelen tid som benyttes til forskning og eller/undervisning kan variere mellom stillinger/stillingskategorier ved de enkelte institusjoner (Innst. S. nr. 91 (2002–2003)).

Ergoterapeututdanningen ble tildelt et rekrutteringsstipend til doktorgrad, og stipendiat ble tilsatt i 2007. Ved utlysning av stilling ved utdanningen i 2009 var mastergrad høyeste kompetanse hos to av søkerne. Det var med andre ord ikke kvalifiserte søkere som kunne bidra til at utdanningen hadde 20 prosent ansatte med førstestilling.

Reformkrav innen undervisning

Kvalitetsreformen innebar at det skulle innføres nye eksamens- og evalueringsformer med ny 5-graders karakterskala (A–E). Vekttall skulle endres til studiepoeng. Ergoterapeututdanning skulle inngå i gradsstruktur som bachelor (Kunnskapsdepartementet, 2005). Begrunnelsen for disse endringene var å bedre muligheter for internasjonal studentmobilitet.

Det skulle stilles større krav til mer studentaktive læringsformer og tettere oppfølging av studenter ved å utnytte eksisterende undervisningsressurser bedre (St.meld. nr. 35 (2001–2002)). Gjennom lov om Universitet og Høgskoler fra 2005 ble det også stilt krav til utdanningene om å gjennomføre skikkethetsvurdering av studentene gjennom hele studieforløpet. Forskningsbasert undervisning skulle være grunnleggende i all høyere utdanning. Studentevalueringer måtte benyttes i større grad. Det skulle innføres en ny finansieringsmodell som vektla oppnådde resultater; med antall produserte studiepoeng og publikasjon av vitenskapelige artikler. Det skulle bli mer konkurranse mellom institusjonene:

For at modellen skal ha effekt, må ressursar og aktivitetsnivå verte overførte frå institusjonar med svake resultat til institusjonar med god gjennomføring og tilstrekkeleg søkertilgang (Innst. S. nr. 337 (2000–2001)).

Tidligere samarbeidspartnere med tilsvarende utdanninger ble nå oppfordret til å være konkurrenter. Norges nordligste og minste ergoterapeututdanning hadde her få konkurransefortrinn i forhold til søkertilgang sammenlignet med større studentbyer som Trondheim, Bergen og Oslo.

For all høyere utdanning innebar denne reformen endringer i rammeplaner. I 2005 fastsatte Utdannings- og forskningsdepartementet ny rammeplan for ergoterapeututdanning. Innholdsmessig var den i samsvar med rammeplanen fra 1997 bortsett fra at den eldste var mer detaljrik. Den nye rammeplanen ga altså ingen krav om store reformer.

For ergoterapeututdanningen innebar Kvalitetsreformen ikke store omveltninger i undervisningssammenheng. Utdanningen hadde helt fra etableringen innført studentaktive læringsformer der studentene og lærerne var aktivt med på å evaluere studiet gjennom hele utdanningsforløpet. Men fagplanen, som var godkjent av Høgskolestyret i 2000, kom stadig i nye utgaver dette tiåret. Endringene var basert både på undervisningserfaringer og ytre krav. De interne utfordringene så ut til å handle om hvordan man skulle organisere studiet i ulike temaer. Utdanningens første fagplan hadde vært organisert ut fra arbeidsprosess, den neste var organisert ut fra ulike teoretiske perspektiver, før den i år 2000 ble organisert ut fra begrepsparet aktivitetsmuligheter/begrensninger i forhold til ulike klientkategorier. Denne inndelingen varte fram til 2004 da det kom nye

navn på temaer og antall temaer ble redusert fra tolv til åtte. Denne hyppige endringen av temaer i studiet, kan tyde på at det ikke var noen opplagt måte å sette sammen ergoterapiteori, medisinsk teori og samfunnsvitenskapelige teorier.

I fagplanens utgave fra 2004 er antall arbeidskrav til studentene økt fra ti til 26. Arbeidskrav skulle vurderes til godkjent / ikke godkjent. Antall eksamener i studiet var fortsatt fem. Det ble fra 2004 stilt nye krav til utdanningen om å sette opp et fastsatt pensum for studentene for alle tre studieår. Kjernelitteratur for hvert studieår skulle beskrives i fagplanen. Det var slutt på studentenes totalt frie valg av pensum. Heretter var det en blanding av obligatorisk pensum som lærerne bestemte og studentenes selvvalgte pensum som ble vurdert og godkjent av lærerne. Vurdering av selvvalgt pensum og ikke minst arbeidskravene medførte en øking i arbeidsmengde for lærerne.

Fra Fagplanens utgave 2004 ble mange av de nye kravene fra Kvalitetsreformen implementert. Studiepoeng erstattet vektall, den nye karakterskalaen A–F ble innført og fullført studium ga graden bachelor. Det ble også innført et nytt punkt i fagplanen der internasjonalisering kom på dagsorden, noe som utdanningen, som beskrevet tidligere, hadde vært engasjert i siden 1995. Men nå var det føringer fra strategiske dokumenter i Høgskolen om at internasjonalisering var et satsingsområde, og fra departementet fikk utdanningen betalt for hver student som reiste på utveksling.

Ergoterapeututdanningen, som hadde startet med praksis for studenter i Zambia i 1995, har fortsatt med dette, og i dag har i nærmere 65 studenter hatt praksisopphold i Livingstone. Til andre land har det reist nærmere 35 studenter. De fleste av dem har reist til Danmark. Men det har også vært studenter i Russland, Peru, England, Thailand, Tanzania, Sverige og Finland. I Perioden fra 1999 til 2014 kom det 24 studenter fra andre land til Tromsø; alle fra europeiske land: Finland, Sverige, Danmark, Storbritannia og Tyskland.

Et samarbeidsprosjekt mellom helsetjenesten i Arkhangelsk og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) var starten for det som senere ble et prosjekt for å få til etablering av ergoterapeutstudier i Arkhangelsk. En ansatt ved utdanningen ledet arbeidet med å utarbeide fagplan sammen med andre arktiske land som Finland, Sverige, Russland og Canada. Lærere fra ergoterapeututdanningen har også arbeidet i ulike prosjekter for å få utdannede ergoterapeuter til Zambia og for å få etablert utdanning der. I tillegg ledet en av lærerne i perioden 1997–2011 etablering av ergoterapeututdanning ved Bethlehem University i samarbeid med Norsk Ergoterapeutforbund og Norad (Jentoft, 2008). I perioden 2007–2011 bistod Høgskolen med støtte til å utvikle Ergonett, et fleksibelt læringstilbud for ergoterapeutstudenter isolert i Gaza (Jentoft, 2009). Dette synliggjør at utdanningen i Nord-Norge har vært involvert i omfattende internasjonalt samarbeid innen utdanning og solidaritetsarbeid.

Inn i samtiden 2010–

Kunnskapsdepartementet fastsatte i 2009 et nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for høyere utdanning i Norge. Dette rammeverket skulle implementeres i alle studieprogram innen 2012. For ergoterapeututdanningen betydde det utarbeiding av ny fagplan for utdanningen, et arbeid som pågikk over flere år før den ble godkjent i 2012 (UiT, 2012). Denne gangen hadde det vært flere styringsdokumenter å forholde seg til i utarbeiding av planen enn noen gang tidligere: Lov om universiteter og høyskoler, rammeplan for ergoterapeututdanning, kvalitetssystem for utdanningsvirksomheten og forskrift for eksamener ved Universitetet i Tromsø. Fagplanen ble også utarbeidet i henhold til retningslinjer for studieprogram fra World Federation of Occupational Therapists (WFOT) og European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) (UiT, 2012).

Det er blitt en fagplan med nye emneinndelinger. Det handler nå om «Helse, aktivitet og deltakelse» i et livsløpsperspektiv der barn, ungdom, voksne og eldre står i fokus i hver sine emner. Praksisperiodene i første og andre studieår har for første gang i utdanningens historie endret plass i studieforløpet. Endringer i antall eksamener er også verdt å merke seg. Det har holdt seg stabilt i mange år med fem–seks eksamener. I den nye fagplanen fra 2012 skal studentene, i tillegg til sytten arbeidskrav, gjennomføre to eksamener i fellesmoduler med andre utdanninger og åtte eksamener på egen utdanning. Det stilles dermed større resultatkrav underveis i studiet enn det gjorde tidligere.

To stortingsmeldinger som er kommet i løpet av de siste årene, ser ut til å få en innflytelse på prioriteringer iverksatt av det helsevitenskapelige fakultet (St.meld. nr. 47 (2008–2009)), (St.meld. nr. 13 (2011–2012)). Her påpekes det at det er behov for en kraftig fornying og forbedring av velferdsutdanningene på alle nivåer for å utdanne helsearbeidere som kan jobbe mer samhandlende, problemløsende og innovativt. Det satses på samhandling gjennom nye fellesemner som involverer ti helseprofesjonsstudenter både på campus og i praksis. Strategiplanens prioriteringer, økonomiske insentiver og forskning knyttes til tverrprofesjonell samarbeidslæring (UiT Norges arktiske universitet, 2014). Det gjenstår å se resultatene av disse strategiene for ergoterapeututdanningen.

Fusjonen med UiT har skapt endring av arbeidsområdene for lærerne. Ergoterapeututdanningen i dag har tre kjernevirksomheter: utdanning, forskning og formidling. Lærernes hovedfunksjon er fortsatt knyttet til profesjonsutdanning, men kunnskapsutvikling og forskning som har betydning for utdanning og klinisk fagutøvelse, vektlegges i større grad. Det er på dette feltet vi ser den største endringen for utdanninga de siste årene. Utdanninga har tilsatt flere i «førstestillinger»; en førstelektor, en dosent, to førsteamanuensiser og en lektor i sluttfasen av et doktorgradsforløp. Ut fra endringen i formelle kvalifikasjoner,

har FoU-virksomheten økt fra 20 til 30 prosent i gjennomsnitt per stilling. Ved ergoterapeututdanningen er det budsjettert med seks stillinger slik det har vært siden utdanningens oppbygging på 1990-tallet. Kunnskapsproduksjonen skal foregå innenfor de samme rammene. Det innebærer nye utfordringer for undervisningen. Det stilles krav til at den skal ha god kvalitet samtidig som ressurser som avsettes til denne virksomheten, blir mindre. Hittil har reduksjonen gått mest ut over potten som tidligere var satt av til planlegging og ledelse. Framtiden vil vise hvilken konsekvens det får for studentenes undervisningstilbud.

Når det gjelder forholdet mellom utdanning og praksisfelt, er det forsøkt nye løsninger de senere år. Ved UNN er det midlertidig opprettet kombistillinger for profesjonsutdanninger som har studenter i praksis. Hensikten med dette er å minske gapet mellom teori og praksis. En av lærere fra UiT har hatt en stilling på 20 prosent på UNN for å styrke kompetansen på utdanningen innen ergoterapi for barn (Nymo, 2014). Fra UNN har flere klinikere med kompetanse innen psykisk helsearbeid og ambulerende team hatt kombistillinger på UiT. I 2014 fikk også utdanningen to kombistillinger på 20 prosent til praksisoppfølging i Tromsø kommune over en periode på to år. Personene som har inngått i kombistillingene, har vært støttespillere i planlegging av undervisning ut fra ny fagplan. På sikt vil vi få vite mer om betydningen av denne utvekslingen.

At ergoterapeuter forsker på eget praksisfelt, har hatt stor betydning for den endringen vi kan se på pensumlistene siden 1990-årene. Studentene har i dag mye større tilgang på aktuell forskningslitteratur i eget fag. Det gis ut lærebøker rettet mot ergoterapeuter på skandinaviske språk; spesielt har danskene hatt en stor lærebokproduksjon de senere år. De har også brukt ressurser til å oversette engelskspråklige lærebøker til dansk. Amerikanske lærebøker er ikke lenger dominerende i det norske fagfeltet.

Rammevilkårenes påvirkning på endringer i lærerrolle og studieprogram

To hovedmotiv har fra myndighetenes side vært sentrale for de siste 30 års endringer i rammevilkår som er skissert i denne historien: effektivisering og kvalitetsheving. Det har vært store omveltninger i den norske utdanningssektoren i hele perioden. I den første fasen var ergoterapeutene aktører for å få til å opprette en utdanning i nord. De jobbet aktivt for å få gjennom sine synspunkter. Etter at utdanningen var etablert, ble situasjonen en annen. Nå var det ytre krav til de ansatte som måtte innfris for at utdanningen skulle ha sin eksistensberettigelse. I det første tiåret var effektivisering hovedmotivet for alle sammenslåingene av utdanningsinstitusjoner. Ergoterapeuter som kom til utdanningen i etableringsfasen, hadde i utgangspunktet motivasjon til å lære bort det yrket de selv hadde praktisert i. Underveis har de vært nødt å endre fokus hvis de skulle kunne fortsette i jobbene sine. I dag kan ergoterapeuter som bevisst ønsker seg en akademisk karrierevei, velge å søke seg til disse stillingene. Det er et helt annet utgangspunkt. Med denne økte for-

melle kompetansen har utdanningen fått et nytt mandat i tillegg til undervisning: å være kunnskapsprodusent for fagfeltet.

Effektivisering, for hvem?

Man ser en uniformering av utdanningsstruktur for ergoterapeututdanninger i Norge, og i de senere år også i hele Europa gjennom Bolognaprosessen. ENOTHE startet samkjøring mellom utdanningene i 2003 og ga ut sine retningslinjer i 2008 (Ness, 2008). Dette kan selvsagt lette studentmobilitet og kommunikasjonen mellom land i Europa. Man utvikler en felles forventning til hva en ergoterapeututdanning skal inneholde og hvilke krav som skal inngå i et bachelorstudium.

I Norge har vi vært med på en massiv sammenslåing av utdanningsenheter som har hatt sin begrunnelse i effektivisering og markedstilpasning. Fra et departements perspektiv vil det være effektivt å forholde seg til færre organisasjoner. Det blir enklere å ha kontroll og styring over virksomheten til de ulike utdanningsinstitusjonene.

Det ser noe annerledes ut fra perspektivet til læreren. Det brukes mye ressurser hos den enkelte arbeidstaker når organisasjoner er i omstilling. Det kommer nye administrative pålegg og rutiner i tillegg til at arbeidstakeren har de samme arbeidsoppgavene som tidligere. Jo større organisasjon man blir innlemmet i, jo større avstand er det til ulike beslutningsenheter i organisasjonen. Det blir lett mindre oversiktlig og mer byråkratisk (Kyvik, 1999).

Integrering av profesjonsutdanningene i universitetet skjer ikke smertefritt. Utdanninger som i stor grad har styrt og bestemt over egne ressurser sammen med tilsvarende profesjonsutdanninger, skal tilpasses et system med høy grad av byråkratisering og uniformering. Aktivitetsregnskap med felles standarder og beregning av undervisning innføres, noe som ikke gjenspeiler reell ressursbruk eller er egnet for profesjonsstudier med dynamisk pedagogikk der teori, ferdighetstrening og praksis er integrert.

At faglige og administrative funksjoner er atskilt, har ikke ført til færre administrative oppgaver for læreren. For eksempel skal læreren sette opp timeplaner og lage avtaler med undervisere, som de alltid har gjort. Men administrativt personell skal motta timeplanen innen en gitt tidsfrist, føre den inn i datasystem og registrere alle aktivitetene til lærere som kommer fram av timeplanen. Administrativt personell fordeler klasserommene som er tilgjengelige. For lærere er det altså den samme jobben som tidligere, med unntak av at de ikke må be om administrativ hjelp hver gang de skal gjøre en endring i timeplanen. Ledelsen får på denne måten oversikt over tiden lærerne bruker til undervisning gjennom et «aktivitetsregnskap».

At ergoterapeututdanningen i Tromsø, som den minste i landet, er utsatt for konkurranses i et marked blant større utdanningsenheter, legger press på lærerne. Hvis studiepoengproduksjon og publikasjonspoeng skal være standard for hvilke utdanninger som skal overleve, er det kanskje noen dimensjoner i utdannings-systemet i Norge som overses? Kåre Heggen, profesjonsforsker, uttaler at spredt utdanningsstruktur i Norge har ført til at vi har nesten like god rekruttering til høyere utdanning uansett hvor vi bor i landet, og at det har en sosialt utjevne effekt (Jakobsen, 2015). Dette er et aspekt å ta med i en vurdering av eksistensberettigelse. Antall ergoterapeuter i landsdelen er mangedoblet etter at vi fikk utdanning i nord, og mange av disse har de senere år tatt videreutdanning på masternivå og noen få på doktorgradsnivå.

Kvalitet i utdanning

Kvalitet har vært grunnleggende for reformene som er iverksatt fra 2000. Ut fra pålegg som departement har gitt utdanningene hittil, handler kvalitet i hovedsak om studentgjennomstrømning og antall publikasjoner. Dette gir akkrediterte rettigheter og økonomisk uttelling, og kan betegnes som resultat-kvalitet.

Utdanningen ser ut til å ha en utfordring når det gjelder studiepoengsproduksjon. Fra oppstart av utdanningen til sammenslåing med universitetet i 1999, hadde utdanningen en gjennomsnittlig studiepoengsproduksjon på 22 studenter per år (NSD, 2014). Etter sammenslåingen har produksjonen av studiepoeng gått merkbart ned til 18 studenter per år til tross for at det tas opp flere studenter ved oppstart. Ved ergoterapeututdanningen legges det i dag større vekt på resultater underveis i studiet med flere eksamener og arbeidskrav enn det var i den første perioden. Samtidig har de formelle kvalifikasjonene til lærerne blitt satt høyere og antall publikasjoner har økt. I 2014 kunne utdanningen vise høy FoU-produksjon hvor fem av lærerne hadde 31 publikasjoner i *Cristin* med presentasjoner på nasjonale og internasjonale konferanser, flere faglige bidrag som kronikker og fagartikler samt syv vitenskapelige artikler.

Myndighetene er kritisert for sin ensidige vektlegging av resultatkrav, og at dette tar bort fokus fra programkvalitet; det vil si innholdet i selve studiene (Karlsen, 2007). I 2015 er NOKUT i gang med en omfattende evaluering av utdanningsinstitusjoners innhold, og kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen uttalte i forbindelse med offentliggjøring av Studentbarometeret i 2015 at det skal jobbes mer med videreutvikling av utdanningskvalitet i norsk utdanning (NOKUT, 2015). Han antydte at det skulle komme en ny utredning om dette temaet i løpet av våren 2017. Ergoterapeututdanningen i Tromsø har hittil ikke hatt tilsynsbesøk av NOKUT.

Lærere på ergoterapeututdanningen hadde større beslutningsmyndighet for hvordan de skulle fordele ressursene på utdanningen de første årene enn de har i dag.

Det gir mindre valgfrihet i utforming av lærerrollen som underviser, men også nye utfordringer som kunnskapsprodusenter. Alle krav til endringer er hentet fra den potten som opprinnelig var satt av til undervisning. Dette oppleves som motsetningsfylt i og med at departementet samtidig sier at kvalitet i undervisning skal styrkes med tettere oppfølging av studentene. Den tettere oppfølgingen som er blitt pålagt utdanningen hittil, handler om læreren som kontrollør av fravær og pådriver for at studentene produserer nok studiepoeng. Myndighetene stoler altså på at lærerne har såpass høy etisk standard at de ikke går inn for å vinne konkurransen om å produsere mest studiepoeng. Det kunne i så fall bli en farlig trend og det motsatte av kvalitet.

Endelavkritikken som har kommet fra myndighetene vedrørende kvalitet i utdanning, har ergoterapeututdanningen ikke følt seg berørt av. Studentaktive læringsformer og tett studentoppfølging har det vært satset på siden utdanningen startet. NOKUT har siden 2013 gjennomført landsomfattende studentundersøkelser som måler studentenes oppfatning av studiekvalitet (NOKUT, 2015). Tallene for 2014 viser at ergoterapeututdanningen ved UiT Norges arktiske universitet skårer best totalt av de seks utdanninger som finnes i landet (NOKUT, 2015). Tall fra slike undersøkelser er mest interessant i forhold til å sammenligne utvikling over tid. Vi vet ikke noe om årsakene til tallene, men de kan være et viktig supplement til annen informasjon vedrørende kvalitet i utdanningen.

Avslutning

Denne historiske gjennomgang belyser hvordan ergoterapeututdanningen ved UiT Norges arktiske universitet gjennom 25 år, har vært påvirket av mange skiftende rammevilkår i prosessen med å etablere og utvikle ergoterapeutstudiet og lærerrollen. Helt fra oppstarten av studiet har det vært satt krav til lærerstaben om å øke formell kompetanse, og utdanningen har i dag en lærerstab som tilfredsstillende kravene. Lærerne har engasjert seg i internasjonalt arbeid og i ulike FoU-prosjekter. Noen av disse arbeidene får leseren anledning til å bli kjent med i denne boka. Det gjenstår fortsatt mange viktige oppgaver i arbeidet med å koble sammen praksis og teori, og med å sikre vårt framtidige helsevesen reflekterte, kunnskapsrike og relasjonelt kompetente ergoterapeuter.

På bakgrunn av denne historiske analysen, er det mange forskningsspørsmål som det er ønskelig å få belyst. Den største endringen i samtiden er at lærerlagets kompetanse er styrket spesielt innen forskning. Hvilke betydning har kunnskapsutvikling gjennom forskning og fagutvikling for kvalitet i undervisningen og profesjonsutøvelsen? Studentenes stemmer har ikke fått stor plass i denne historien, men det hadde vært interessant å få en versjon av historien fra deres perspektiv. Hvorfor slutter flere enn tidligere på studiet? Det hadde vært interessant å få vite mer om

de studentene som er uteksaminert fra utdanningen. Hvor mange er i arbeid og hvor jobber de? Hvordan var det å komme ut i arbeid som nyutdannet? I hvor stor grad var kompetansen fra studiet anvendbar i den daglige praksisen i helsevesen? Men det får bli en annen historie.

Takk til

Tidligere studieledere ved ergoterapeututdanningen Randi Irene Hanssen og Liv Vik som har bidratt med mange fakta knyttet til forberedelser og etablering av ergoterapeututdanningen. Anne Karin Skotnes for å ha tatt vare på viktige kilder i forbindelse med etableringsfasen. Marianne Olsen som har bidratt med grundig informasjon om internasjonaliseringsarbeid. Toril Hansen i ledelsen ved IHO som oppmuntret oss og mente det var helt nødvendig å få skrevet dette historiske kapitlet i en jubileumsbok. Studiekonsulentene Evy Lindberg og Jøran Indseth som skaffet tall for studentutveksling og -gjennomstrømming. Hele lærerlaget ved ergoterapeututdanningen for heiarop og konstruktiv støtte undervis.

Referanser

- Andersen, A. 2013, «Fusjonsprosessen - fra egne fagskoler til et helsevitenskapelig fakultet» i Gamnes J., Rasmussen, K. (red.): *Fra fagområdet medisin til det helsevitenskapelige fakultet*. Orkana Forlag.
- Aune, G., Evensen, L. og N.E. Ness 1988, *Ettårig faglig videreutdanning for ergoterapeuter og fysioterapeuter*. Innstilling nr. 2 Utvalgsinnstilling til Rådet for ergoterapeututdanning og fysioterapeututdanning.
- Christensen, U. 2004, «Høgskolen i Tromsø – en 10-åring med fire hoder på en felles kropp»? i Brekke, M. (red.): *Et barn av sin tid. Høgskolen i Tromsø 10 år*. Tromsø: Eureka forlag.
- Ellingham, B. og K. Opsahl 2000, *Ergoterapiens historie*. Høgskolen i Oslo og Akershus. [Online], tilgjengelig fra: http://www.hf.hio.no/ergoterapi/ergo-lex/ergo_hist.htm [26.12.2015].
- Fellessekretariatet for fagråda for helsefagutdanning 1987, *Utviklingsarbeid i ergoterapi- og fysioterapihøgskulane*. Rapport fra prosjekt i regi av rådet for ergoterapeututdanning og fysioterapeututdanning – 1987.
- Høgskolen i Harstad 2015, *Norges første flerfaglige skole*: [Online], tilgjengelig fra: <http://www.hih.no/nor/om-hih/historie> [4.2.2015].
- Høgskolen i Tromsø, Avdeling for helsefag 2000. *3-årig ergoterapeututdanning. Fagplan*. Endringsutgaver av denne fra 2002, 2004, 2006 og 2008.
- Høgskolestyret i Troms 1986, *Ergoterapiutdanning i Nord-Norge*. Utredning.
- Høgskolestyret i Troms 1987. Styresak nr. 24/87 *Ergoterapeututdanning i Troms*.
- Jakobsen, H.Ø. og Time, J.K. (2015): «Bill.mrk. «Robust Fagmiljø»» i Morgenbladet nr 4, 23-30.01.2015
- Jentoft, R. 2009, «Facilitating practical knowledge by using ECT», *Seminar.net. International Journal of Media, Technology & Lifelong Learning*. [Online], tilgjengelig fra: <http://www.seminar.net/index.php/volume-5-issue-1-2009-previousissuesmenu-126/116-facilitating-practical-knowledge-by-using-ect> [06.02.15].

- Jentoft, R. 2008, «Utdanning av ergoterapeuter i Palestina, et samarbeidsprosjekt mellom Bethlehem University og Norsk Ergoterapeutforbund gjennom 11 år», *Ergoterapeuten* 3, s. 10–15.
- Karlsen, G.K. 2007, «Kvalitet i utdanning – fra fag til politikk?» i *Forskning og utvikling i praksis*. Trondheim: Akademisk forlag.
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 1997, *Rammeplan og forskrift for Ergoterapeututdanning*. Oslo
- Kyvik, S. (red.) 1999, *Evaluering av Høgskolereformen. Sluttrapport*. [Online], tilgjengelig fra: <http://www.forskningsradet.no/bibliotek/publikasjoner/hogskolereformeval/> [24.01.15].
- Kunnskapsdepartementet 2000, *Frihet med ansvar. Om høgre utdanning og forskning i Norge*. Oslo: Statens forvaltnings-tjeneste (NOU 2000:14)
- Kunnskapsdepartementet 2005, *Forskrift til rammeplan for ergoterapeututdanning*. Oslo
- Ness, N.E. og S. Rowan (koord.) 2008, *Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Occupational Therapy*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- NETF 1987, *Brev fra Forbundsleder til NETF av Troms/Finnmarks skolegruppe*, datert 13.07.1987.
- NETF avdeling Troms/Finnmarks skolegruppe 1987, *Brev til Kultur- og vitenskapsdepartementet*, datert 3.7.1987.
- NETF Fylkesavdelingene i Nordland og Troms/Finnmark 1987, *Referat fra fellesmøte* 21.2.1987.
- NOKUT 2015, *Opptak fra Frokostmøtet. Studiebarometeret 2.0*. [Online], tilgjengelig fra: <http://www.nokut.no/Om-Studiebarometeret> [10.02.2015].
- NOKUT 2015, *Tilsyn med eksisterende studietilbud*. [Online], tilgjengelig fra: <http://www.nokut.no/no/Universitet-og-hoyskoler/Kvalitetssikring-og--utvikling> [10.02.2015].
- Norsk Lysningsblad 24.1.1990: *Stillingsannonse*.
- NSD 2015, *Database for statistikk om høgre utdanning*. [Online], tilgjengelig fra: http://dbh.nsd.uib.no/statistikk/rapport.action?visningId=133&columns=arstall&hier=instkode!9!studkode!9!kandkode!9!progkode&formel=295&index=2¶m=arstall=2014!8!2013!8!2012!8!2011!8!2010!8!2009!8!2008!8!2007!8!2006!8!2005!8!2004!9!dep_id=1!9!instkode=0216 [30.01.14].
- Nymo, A.V. og K. Langhaug 2014, «Kombistilling i klinisk praksis for ergoterapeutlærer» *Ergoterapeuten* nr. 6 (årgang 57), s. 50–54.
- Olsen, M. og A. Eidesen 2005, «Innsamlingsaksjon for Ekiwe Akende.» *Ergoterapeuten* nr. 2, 2005, s. 16–23.
- Pettersen, B.H. 2001, «Femkløvere i Zambia.» *Ergoterapeuten* nr. 6, 2001, s. 4–6.
- Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag 1989, *Rammeplan for 3-årig ergoterapeututdanning*.
- Schei, B. 2004, «Endrede rammevilkår ved høyskoleutdanninga i Tromsø: Visjoner om en høyere utdanningsinstitusjon», i Brekke, M. (red.): *Et barn av sin tid. Høgskolen i Tromsø 10 år*. Tromsø: Eureka forlag.
- Skanche Hanssen, B. 1990, «Ergoterapeututdanning i Troms» i *Studieplan 1992 for Ergoterapeututdanninga Tromsø Helsefaghøgskole*.
- Sosialdepartementet 1972, NOU 1972: 23. *Utdanning av sosial- og helsepersonell*. (Bjørnsson-komiteen) Oslo: Universitetsforlaget
- Stortingsforhandlinger. Innst. S. nr. 337 (2000–2001), *Innstilling frå kyrkje-, utdannings- og forskningskomiteen om Gjør din plikt – Krev din rett. Kvalitetsreform i høyere utdanning*. Oslo.
- Stortingsforhandlinger. Innst. S. nr. 91 (2002–2003), *Innstilling fra kirke, utdannings- og forskningskomiteen om Kvalitetsreformen. Om rekruttering til undervisnings- og forskerstillinger i universitets- og høyskolesektoren*. Oslo.
- Stortingsforhandlinger. St.meld. nr. 66 (1984–85:12): *Om høgre utdanning*. Oslo.
- Stortingsforhandlinger. St.meld. nr. 19 (1986–87): *Tillegg til St.meld. nr. 66 (1984–85). Om høgre utdanning*. Oslo.
- Stortingsforhandlinger. St.meld. nr. 40 (1990–91): *Fra Visjon til Virke. Om høgre utdanning*. Oslo.
- Stortingsforhandlinger. St.meld. nr. 27 (2000–2001): *Gjør din plikt – krev din rett*. Oslo.
- Stortingsforhandlinger. St.meld. nr. 35 (2001–2002): *Kvalitetsreformen. Om rekruttering til undervisnings- og forskerstillinger i universitets- og høyskolesektoren*. Oslo.
- Stortingsforhandlinger. St.meld. nr. 47 (2008–2009): *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo.
- Stortingsforhandlinger. St.meld. nr. 13 (2011–2012): *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Oslo.
- Thyness, E.M. 1996, «Ergoterapeut i Zambia.» *Ergoterapeuten* nr. 5, 1996.
- Tromsø Helsefaghøgskole 1992. *Studieplan Ergoterapeututdanninga 1992*.
- Universitetet i Tromsø 2012. *Bachelorprogram i Ergoterapi. Fagplan*.
- UiT Norges arktiske universitet 2014, *Strategiplan for Det helsevitenskapelige fakultet*. [Online], Tilgjengelig fra <http://uit.no/Content/388125/Strategi%202014-2020%20Helsefak.pdf> [01.02.2015].
- Utdannings- og forskningsdepartementet 2005, *Rammeplan for ergoterapeututdanning*.
- Vik, K. 1992, «Norges nordligste og nyeste ergoterapiutdanning: Utdanning fortsatt i støpeskjeen», *Ergoterapeuten* nr. 6, 1992, s. 52
- Aasvang, B. 1993, «Vi vil vektlegge problembasert læring», *Ergoterapeuten* nr. 1, s. 4–5.

En teoretisk refleksjon over å være fasilitator i ergoterapistudentenes dannelsesprosess

Innledning

I sluttdokumentet til Dannelsesutvalget for høyere utdanning, «Kunnskap og dannelse foran et nytt århundre», fremheves det at studentene som er best utrustet for fremtiden, er de som kan mønstre kompetanse på mange plan.

Det innebærer å være aktivt søkende for å lære nytt, finne nye bruksområder for innlært kunnskap og evne til å ta i bruk sin dyktighet på fantasilignende og mangeartede måter i situasjoner under endring (Dannelsesutvalget, 2009, s. 4). Som lærer ved ergoterapeututdanninga i Tromsø utfordres jeg til å utdanne høyt faglig kvalifiserte, engasjerte, kritisk reflekterende og nytenkende studenter som kan utøve faget i takt med befolkningens og samfunnets endrede behov for helsetjenester.

Dette kapitlet er ment å gi en teoretisk fundert refleksjon over hva ergoterapistudentenes læringsprosess handler om, og hvordan vi som undervisere og veiledere ved hjelp av ulike undervisningsaktiviteter kan understøtte disse. Hensikten med kapitlet er først og fremst å gi pedagogiske innspill til undervisere og veiledere som aktivt søker å være fasilitatorer i ergoterapistudentenes dannelsesprosess. Kapitlet kan også være nyttig for praksisveiledere og ikke minst studenter, nettopp for å gi dem et begrepsmessig grunnlag slik at de kan ha en mer aktiv og reflektert holdning til egen dannelsesprosess.

Med begrepet fasilitator menes den enkelte lærers bidrag for å skape gode læringssituasjoner for studentene i deres prosess mot å bli en kompetent, reflektert og trygg fagutøver. Begrepet dannelse har røtter både i den filosofiske og pedagogiske tradisjonen. Ordet stammer fra det greske ordet *paideia* og det tyske ordet *Bildung* og handler i sin opprinnelse om personlig modning (Løvlie, 2009, s. 28). Prosessen kjennetegnes av streben etter en allsidig utviklende personlighet, noe som innebærer å realisere sitt intellektuelle, kunstneriske og fysiske potensiale (Dannelsesutvalget, 2009, s. 46).

For å synliggjøre poengene mine drar jeg veksler på egne erfaringer. Eksempelene hentes fra erfaringer jeg har gjort meg under planlegging og gjennomføring av et nytt emne for andreårs ergoterapistudenter ved utdanninga i Tromsø. I utdanningas nye fagplan følger de fleste emnene menneskers livsløp, både strukturelt og innholdsmessig. Emnet Erg-2030 som jeg har ansvar for, går over tolv uker og omhandler ergoterapi til mennesker som befinner seg i den eldre livsfase.

Kapitlet avgrensar seg til å drøfte hvordan undervisningsaktiviteter kan legges opp inne på campus for å fremme studentenes læring. Spørsmålene jeg stiller og prøver å besvare, er grunnleggende pedagogiske problemstillinger fordi de, etter mitt skjønn, utgjør to sentrale bestanddeler i ergoterapistudentenes dannelsesprosess gjennom utdanninga:

- 1) Hvordan kan en som fasilitator hjelpe studentene å koble teori og egne erfaringer til konkret fagutøvelse?
- 2) Hvordan kan en som fasilitator legge til rette for begynnende inkorporering av kroppslige, praktiske ferdigheter inne på campus?

Ergoterapistudentenes dannelsesprosess

De fleste studentene på ergoterapeututdanninga er i begynnelsen av 20-årene. Mange kommer rett fra videregående skole, og de skal igjennom en omfattende dannelsesprosess for å bli kompetente utøvere av ergoterapi. Dannelsesprosessen er en personlig/kroppslig forankret kunnskap som har til hensikt å gjøre ergoterapistudenten i stand til å utvikle god dømmekraft, godt håndlag og en kritisk reflekterende holdning i fagutøvelsen. Dannelse handler om utvikling av personlige egenskaper, disposisjoner, karaktertrekk og dyder (Løvlie, 2009, s. 28). Viktige bestanddeler i denne prosessen er at studenten jobber med å bearbeide og anvende lærestoffet, samt gjøre det til sitt eget gjennom praktisk utforskning, eksperimentering, kritisk og selvkritisk refleksjon. Det innebærer at dannelse rekker ut over det å reprodusere faktakunnskap, utelukkende oppøve instrumentelle ferdigheter eller kategorisk følge etiske retningslinjer.

Som vi ser, knyttes dannelse til egenskaper som nettopp fremmes som viktige for fremtidens helsearbeidere. Paradokset er at utviklinga som går i retning av å strømlinjeforme og effektivisere utdanningene, nettopp kan true dannelsesprosessen, ettersom prosessen krever tid til utforskning, fordypning, refleksjon, ettertanke og dialog. Lindseth (2009, s. 22) peker på tendensen i dagens utdanningssystem som synes å sette prosedyrer, metoder og regelstyring foran dannelse. I eldre emnet legger jeg opp til studentaktive undervisningsaktiviteter slik at lærestoffet får modnes og brynes gjennom dialog studentene imellom og mellom lærer og student.

Å oppøve kompetanse i klinisk resonnering

Studentene skal inn i læringsprosesser der kravene er at de skal internalisere ulike typer kunnskap. Blant annet skal et fagspråk utvikles og etableres, god etisk kompetanse dannes og kroppslig handlingskompetanse inkorporeres. Disse kunnskapsformene er sentrale bestanddeler i dannelsesprosessen som har som mål å oppøve studentens evne til god klinisk resonnering der alle disse elementene skal integreres til en helhetlig gestalt i fagutførelsen. Begrepet klinisk resonnering kan defineres som «the process used by practitioners to plan, direct, perform and reflect on client care» (Schell og Schell, 2008, s. 5). Mattingly og Fleming (1994) har gjennom empirisk forskning gitt et teoretisk bidrag til forståelsen av ergoterapeuters kliniske resonnering. De fremhever at:

Occupational therapists have to pay so much attention to the 'good' in an individualized way because occupational therapy is directed not only to the patient's physical problems but also the meaning of the disability for the person in his or her life. Clinical reasoning in occupational therapy is directed not only to the biological world of disease but to the human world of motives, and values and beliefs – a world of human meaning. (Mattingly og Fleming, 1994, s. 12)

Forskerne får her frem at terapeutiske situasjoner fordrer en mangefasettert oppmerksomhet mot pasienten og hans/hennes situasjon og hverdagsliv, noe som gjør at ergoterapeuten må dra veksel på ulike resonneringsmoduser. De betegner dette som «the three-track mind»: 1) Gjennom *prosedysporet* tar terapeuten i bruk teori, prosedyrer og teknikker relatert til pasientens sykdomstilstand og utvikling. 2) Det *interaktive sporet* kjennetegnes av at terapeutens oppmerksomhet rettes mot pasienten som person og mot forståelse av sykdom og forløp som levd erfaring. 3) Det tredje resonneringssporer definerer de som *betingelsessporet* og bærer preg av å være mer overgripende enn de to første. Dette resonneringssporer plasserer personen, erfaringene og den medisinske tilstanden inn i den større sosiale, materielle og temporale kontekst som personen lever sitt dagligliv i (Mattingly og Fleming, 1994, s. 119–137).

I oppøving av ulike kliniske resonneringsmoduser i eldreemnet videreføres ulike perspektiver på kropp. Vektleggingen av både naturvitenskapelige og fenomenologiske perspektiver på kropp er ment å hjelpe studentene til å sammenholde et oppmerksomhetsfelt der pasientene forstås som aktive og selvfortolkende aktører. Samtidig som de *er* intensjonal, levd, erfaren kropp, så *har* de en fysisk/biologisk kropp som eldes og kan rammes av sykdom. Som ergoterapeuter må vi fokusere på kroppens ulike og innvevde lag. Den eksistensielle dobbeltheten eller tvetydigheten som knyttes til det faktum at vi som mennesker er (kropp) subjekter og (kropp) objekter på samme tid (Merleau-Ponty, 2002), utfordrer oss i møte med pasienten. Filosofen Skjervheim (1996, s. 72–78) tar opp

denne problematikken og fremhever at den mellommenneskelige situasjonen i prinsippet er tvetydig, noe som også gjelder for terapeutiske situasjoner. I møte med pasienter kan ergoterapeuten bli en *tilskuer* som objektiverer den andre – redusere den andre til et objekt i sin verden, et kasus i biologisk eller psykologisk forstand. Det motsatte er å være *deltaker* i møte med pasienten; la seg engasjere i hans og hennes situasjon, problemer og muligheter.

Jeg påstår at kunsten å være en dyktig ergoterapeut forutsetter at det kliniske blikket veksler; at en evner å sjonglere mellom ulike kliniske resonneringsmoduser. Problemet oppstår først når ergoterapeutens objektiverende blikk blir absolutt, og når terapeutens beslutninger, valg og begrunnelser kun ses ut fra en synsvinkel av bedrevitende, fakta og årsakssammenhenger. Dette er grunnen til at jeg anser det som viktig i eldreemnet å oppøve studentene i klinisk resonnering som både favner det førpersonlige nivå (kroppen som fysisk størrelse), det personlige nivå (sykdom som levd erfaring) og hverdags- og samfunnslivsnivået (som handler om å innlemme konteksten og kompleksiteten som ligger i det å leve et hverdagsliv). Den særlig ergoterapifaglige kompetansen tenker jeg nettopp handler om å se hvordan disse elementene innveves og gjensidig konstituerer hverandre. Undervisningsaktiviteter og pensum i emnet inndrar derfor fenomenologiske, sosiologiske og naturvitenskapelige innsikter og sikrer bredde i kunnskapstilfang ved å vektlegge resultater fra både den kvalitative og kvantitative forskninga.

Mattingly og Fleming (1994, s. 16) fremhever at:

Action taking and meaning-making are the central therapeutic processes that comprise occupational therapy. Occupation, as therapists use it, is similar to the concept of action phenomenologists hold: action embodies meaning.

Jeg mener at denne innsikten ikke bare har betydning for hva deltakelse og engasjement i meningsfulle aktiviteter betyr for meningsdanning hos pasienten. Den teoretiske innsikten kan også bidra til å forstå hvordan terapeutiske situasjoner nettopp utfoldes i den felles meningsskapende, handlingsrettede og kontekstspesifikke interaksjonen som utfoldes mellom terapeut og pasient. Det er denne formen for klinisk resonnering jeg fikk frem da jeg for noen år siden gjennomførte et forskningsprosjekt der jeg utforsket samhandling i ADL-situasjoner mellom ergoterapeut og voksne med apraktiske vansker som følge av hjerneslag. Videoanalysene av terapeutisk samhandling synliggjorde nettopp det forholdet at ergoterapeuter «kan mer enn de kan utsi», slik Polanyi (1966, s. 4) formulerte det. Studien viser hvordan terapeutiske samhandlingssituasjoner er sammensatte prosesser, der handlingskompetanse skapes i det unike samspillet og uttrykkes både på et før-refleksivt, kroppslig nivå og på et refleksivt nivå. Resultatene viser at det som i ADL-situasjonen fremmer handlingskompetansen til pasienten,

i høy grad kan tilskrives detaljer i den interpersonlige, dynamiske og gjensidig konstituerende koblingen som skjer i tid og rom gjennom handlingsforløpet (Arntzen, 2009, s. 174–208). Ut fra en slik forståelse bør klinisk resonnering også romme refleksjon over hvorvidt en som terapeut evner å

- 1) kroppslig respondere og synkronisere sine handlinger med pasienten
- 2) tune seg inn på pasientens takt og rytme i handlingsforløpet
- 3) bygge opp under «gammelmåten»
- 4) bygge opp under pasientens egne, nye og kreative løsningsstrategier
- 5) skape et felles oppmerksomhetsfelt
- 6) identifisere grad av match og mismatch mellom dem i handlingsforløpet
(Arntzen, 2009, s. 174–208)

Resultatene får frem hvordan faglig innsikt og bruk av bestemte behandlingsmetoder bakes inn i interaksjonen. Innsikten underbygger en forståelse av handling og ADL-situasjoner der terapeuten ikke sitter med kontrollen og gjennom bevisste valg kan sette behandlingsmetodene ut i livet, som en enveis, lineær prosess. Eller der pasientens svar på intervensjonen på forhånd er gitt og entydig. Denne forskningen underbygger betydninga av ei klinisk resonnering tuftet på en forståelse av at både pasient og terapeut er *embodied* og sosialt situerte aktører som inngår i felles meningsskapende handlingsprosesser. Perspektivet ligger tett opptil det som i ergoterapifaget beskrives som *co-occupation*, og som kan defineres slik:

All occupations fall somewhere on a continuum of social involvement from completely interactive to solitary. Co-occupations are the most highly interactive types of occupation, in which the occupational experiences of the individuals involved simply could not occur without the interactive responses of the other person or persons with whom the occupations are being experienced ... They are a synchronous back and forth between the occupational experiences of the individuals involved, the action of one shaping the action of the other in a close match. (Pierce, 2003, s. 199)

Co-occupation har å gjøre med hvordan aktiviteter hos to eller flere personer som møtes ansikt til ansikt, interaktivt former hverandres handlinger gjennom «a dyadic meaning-making interplay». Handlingene konstitueres gjennom «mutual engagement in time and space» og kan betraktes som «shared physicality, emotionality or intentionality» (Pierce, 2009, s. 204). Blant annet anvendes film i undervisninga for å oppøve studentenes kompetanse innen den formen for klinisk resonnering som betrakter terapeutiske situasjoner som *co-occupation*. Studentene analyserer utvalgte filmsnutter eller produserer egne videofilmer basert på rollespill av terapeutiske situasjoner. Disse blir i etterkant gjenstand for utforskning, refleksjon og kritisk analyse.

Å inkorporere ulike kunnskapsformer

Jeg mener at danning av fagspråket er en viktig forutsetning for kritisk refleksjon og for å kunne begrunne og dokumentere faglige valg og prioriteringer. Gjennom utviklinga av fagspråket skjerpes det kliniske blikket – studentene blir gradvis mer i stand til å se, blir sensitive overfor hva de skal se etter i kliniske situasjoner, og de blir bedre rustet til å skille vesentligheter fra uvesentligheter. Med språket utvikles objektiv kunnskap og subjektiv mening relevant for fagutøvelsen. Med hermeneutikken kan vi si at fagspråket utvikles på basis av den kunnskapen studentene allerede er i besittelse av. Studentene trer inn i utdanninga med sin egen forforståelse, eller forståelseshorisont, for å si det med filosofen Hans-Georg Gadamer (Nortvedt og Grimen, 2004, s. 38–40). Deres forkunnskaper, livs-erfaringer, forventninger, overbevisninger etc. vil influere hva de biter seg merke i, hva de tillegger vekt og hvordan de organiserer og fortolker det nye de skal lære (Brandsford et al., 2000, s. 10). Mye skal læres, og noe må avlæres. Språket har, slik både Gadamer og Lev Vygotskij betoner, en sentral funksjon for denne prosessen. Det kreative, inkorporerte og gjensidig konstituerende samspillet mellom tale og tenking er ifølge Vygotskij vesentlig for å forstå læring som prosess (Dysthe og Igland, 2001, s. 80–81), og dermed også studentenes dannelsesprosess.

Ergoterapi er i likhet med de andre helsefagene teoretisk sammensatt og fragmentert. I tillegg til mer fagspesifikke teorier hentes innsikter, begreper og modeller i faget fra andre vitenskaper. Kunnskapsbiter fra blant annet humanvitenskap, naturvitenskap og samfunnsfag velges ut og kombineres ut fra et helhetlig faglig, praktisk siktemål. Kunnskapselementene bringes inn fordi de utgjør meningsfulle deler i utøvelsen av ergoterapi. Teori som hentes fra andre fagdisipliner, kommuniserer ikke en direkte relevans for utøvelse av ergoterapi, og mer fagspesifikke teorier kan befinne seg på et teoretisk abstraksjonsnivå som gjør det vanskelig for studentene å foreta koblinger mellom teori og praksis. Det gir oss som lærere en ekstra utfordring med å konkretisere lærestoffet og gjøre det faglig relevant.

Ettersom ergoterapi er et praktisk utøvende fag, er ikke fagspråk tilstrekkelig. Dannelsesprosessen handler også om å internalisere en kroppslig kompetanse – kroppslige ferdigheter, teknikker, og behandlingsmetoder. Mattingly og Fleming (1994, s. 10) sier;

Clinical reasoning is a kind of practical know-how that deploys theoretical knowledge; it is far more than a simple application of theory. Theory is not enough because clinical reasoning results in action. The nature of action compels the actor to do more than apply theory and techniques.

Merleau-Pontys (2002, s. 172–177) begrep om den levde, intensjonale og før-refleksive kroppen som det sentrale omdreiningspunkt for menneskets aktive, praktiske og meningsskapende interaksjon med omverden, tenker jeg kan gi viktige bidrag for å forstå de prosesser der studentene skal internalisere kroppslig fagkompetanse. Slik jeg ser det, har studentenes tidligere inkorporerte ferdigheter både betydning for innøvelse av nye ferdigheter og hvordan studentene evner å skape fruktbare koblinger mellom fagspråk (teori) og konkret fagutøvelse (praksis). Denne formen for kunnskap er indeksert, det vil si at kunnskapen er knyttet til personen som innehar den og til den situasjon den skal brukes i (Nortvedt og Grimen, 2004, s. 165–166). Det betyr at denne kunnskapen kun kan læres gjennom kroppslig erfaring, øving, eksperimentering og repetisjon. Læring av kroppslige ferdigheter krever tid og etableres gradvis gjennom vane (Merleau-Ponty, 2002, s. 164–170).

Dannelsen handler også om at studentene skal lære å utøve etisk god praksis. Det betyr at det kliniske håndverket rekker ut over teknikk og instrumentelle ferdigheter. Praksisdimensjonen har en klar normativ side som krever et moralsk, juridisk og politisk skjønn (Grimen, 2008, s. 76–78). Skikkethet og etisk kompetanse er en sentral dimensjon ved dannelsesprosessen og må også læres.

Å være fasilitator i studentenes dannelsesprosess

Med utgangspunkt i dannelsesprosessens karakter, slik den teoretisk begrunnes over, er det nærliggende å spørre seg hvordan en som fasilitator vil legge til rette for at nye teorier/begreper/modeller som introduseres, kan relateres til studentenes forståelseshorisont. Det krever studentaktive læringsformer. Biggs (1999, s. 61–70) fremhever at studentaktive læringsformer fordrer en underviser som evner å håndtere et variert repertoar av undervisningsaktiviteter. Med Vygotskijs tankegods er det viktig å tilrettelegge undervisningsaktivitetene på en slik måte at nytt læringsstoff får modnes gjennom dialog og refleksjon i studentgruppen og sammen med veileder. I arbeidet med å planlegge og gjennomføre eldreemnet har jeg gjort meg noen erfaringer som særlig understøtter studentaktive læringsformer. Jeg skal konsentrere diskusjon rundt

- 1) basisgruppearbeid som arena for dannelsesprosessen
- 2) undervisningsaktivitet som arena for dannelsesprosessen
- 3) fokus på å øke studentens bevissthet om egen dannelsesprosess
- 4) ferdighetstrening som arena for dannelsesprosessen

Basisgruppearbeid som arena for dannelsesprosessen

Ved ergoterapeututdanninga i Tromsø arbeider studentene med ulike kasus i basisgruppene. Her jobber studentene med spesifikke kasus som i løpet av perioden er nært knyttet opp til læringsutbyttebeskrivelsene, pensum, seminarene, ferdighetstreningene og de ulike undervisningsrekkene. Basisgruppearbeidet bygger på problembasert læring (PBL) der tanken er at studentene lærer ved at de jobber sammen, utforsker, problematiserer, løser og reflekterer over ulike gitte, kliniske relevante problemstillinger eller kasus. Målet er at studentene skal være «cognitively engaged in sense making, developing evidence-based explanations, and communicating their ideas. The teacher plays a key role in facilitating the learning process and may provide content knowledge on a just-in-time basis» (Hmelo-Silver, Duncan og Chinn, 2007, s. 100). Lærerens rolle i basisgruppearbeidet er ifølge forfatterne å være «stillasbyggere». Det Vygotskij-inspirerte begrepet *scaffolding* (stillaser for læring) er et begrep som kan bidra til å forstå læringsprosessen som skapes mellom student og lærer. Begrepet kan knyttes til Vygotskij's teori om «The zone of proximal development» og handler om distansen mellom det en person kan prestere på egen hånd (faktisk utviklingsnivå) og det som den kan prestere ved hjelp av støtte fra andre (potensielt utviklingsnivå) (Vygotskij, 1978, s. 86). Dysthe og Igland (2001, s. 79) beskriver hvordan begrepet scaffolding eller stillasbygging anvendes om den hjelp og støtte den mer erfarne gir til en person i hans/hennes nærmeste utviklingszone. For meg kan det å være stillasbygger noen ganger innebære å gi studentene direkte instruksjon, gi dem ei miniforelesning, komme med hint, hjelpe dem med struktur, rydde i begreper, sette dem på rett spor eller gi nøkkelinformasjon slik at de kommer videre i sin problemløsningsprosess, slik også Hmelo-Silver, Duncan og Chinn (2007, s. 100) beskriver det. Timing, tilpasning av informasjon, og å finne en god balanse mellom en aktiv og litt mer tilbaketrukket rolle, tenker jeg er det som gjør veilederen til en såkalt stillasbygger. Det er ikke alltid like lett å få til, og spørsmål jeg ofte stiller meg, er: Gir jeg tilstrekkelig informasjon? Sier jeg de riktige tingene til rett tid? Overstyrer jeg gruppearbeidet i noen sammenhenger, blir jeg for passiv i andre? Er jeg tydelig nok om mine forventninger til dem? Hvordan skal jeg fasilitere mer dybdelæring? Gir jeg dem for lite retning og struktur, eller for mye slik at deres engasjement, nysgjerrighet og kreativitet ikke får tilstrekkelig spillerom? Stillasbygger som metafor som tematiseres i dette kapitlet, passer godt med begrepet fasilitator i ergoterapistudentenes dannelsesprosess. Å være en god fasilitator fordrer at en fra tid til annen reflekterer over disse spørsmålene.

Undervisningsaktivitet som arena for dannelsesprosessen

Ergoterapistudentenes kompliserte og sammensatte læringsprosesser dreier seg om hvordan forholdet mellom teori og praksis utvikles og veves inn i hverandre. Forutsetning for å bli en trygg og kompetent fagutøver er at studenten klarer å gjøre teoriene til sine og evner å omforme dem til praktisk handling – lar dem komme til anvendelse i de feltene der de skal komme til nytte for pasientene og andre. Som lærere har vi et klart ansvar for å sette disse prosessene i spill på en god og fruktbar måte for studentene. I midten av andreåret er studentene halvveis i dannelsesprosessen mot å bli en offentlig godkjent fagutøver. På det tidspunktet som jeg er emneansvarlig for, har studentene tre måneders praksis i feltet bak seg, og de har, slik jeg ser det, startet å internalisere brokker av praktiske ferdigheter og begynner også etter hvert å få en portefølje av teoretiske kunnskapsbiter som mer eller mindre oppleves å henge sammen. Etter mitt skjønn er det sentrale omdreiningspunktet i læringsprosessen deres nå å forstå teoriene de presenteres for, plassere dem inn i et større teoretisk landskap og ikke minst omgjøre dem til verktøy i håndtering av konkrete kliniske virkeligheter. Som fasilitator er en viktig funksjon å fremme nettopp disse koblingene, men det er krevende, og det er ikke alltid en får det like godt til som en skulle ønske. Undervisninga har en viktig funksjon i dette arbeidet, og jeg skal derfor gi et eksempel fra en undervisnings-situasjon jeg hadde med studentene i emnet, som belyser noen av de utfordringene jeg møtte i min streben etter å være en god fasilitator.

Jeg gjennomførte ei forelesning for andreårsstudentene der tema var læring- og endringsprosesser etter hjerneslag. Undervisninga tok utgangspunkt i egen forskning, og allerede i planlegginga av emnet kjente jeg at jeg nok befant meg på et for høyt abstraksjonsnivå ut fra målgruppen. Det teoretiske grunnlaget for funnene jeg skulle presentere, ville i tillegg være nokså ukjent stoff for studentene. Jeg kjente på uroa og tenkte at jeg hadde nok forberedt ei undervisning som vanskelig ville treffe studentenes forståelseshorisont. I planlegginga var jeg opptatt av å få med viktige detaljer og sentrale begreper som jeg mener er forutsetningen for å følge mine empirinære resonnementer. Det gjorde powerpointen nokså lang for mine to oppsatte timer. Om jeg ikke under forelesninga hadde besinnet meg, kunne denne forelesninga havnet i kategorien pølsestappemetoden, eller som Wittek (2006, s. 24) litt mer sofistikert kaller «læring som overlevering». Den lite veloverveide, men allikevel bærende ideen fra min side var nok at den viktige kunnskapen jeg besatt, skulle overføres til studentene. Bare jeg formidlet stoffet tydelig, strukturert og engasjerende nok, ville den bli tatt opp hos studentene i tråd med mine intensjoner. Heldigvis begynner jeg å få en viss rutine som underviser. Det gjorde at jeg kunne være mer til stede i undervisningssituasjonen, satse på dialog og løsrive meg fra det jeg på forhånd skjønnte var en noe feilslått plan. Ettersom fagstoffet sitter, kunne jeg snakke fritt. Powerpointen var allikevel god å ha, den hjalp meg med struktur, viktige hint og presise formuleringer

underveis. Resultatet ble at jeg i større grad lot tematikken følge studentenes læringsprosess ved at jeg tilstrebet å forankre perspektivene i deres forforståelse og erfaring. De ble samtidig i løpet av økta presentert for perspektiver og begreper de ikke har vært introdusert for tidligere. Det å bringe inn ny kunnskap og noe å strekke seg etter, er ikke nødvendigvis en dum idé. Hvis en skal få til å være fasilitator i studentenes dannelsesprosess er det viktig å skape det Wittek (2006, s. 27) beskriver som «læring som deltakelse i fortolkende fellesskap». De fasene jeg i løpet av undervisninga var i takt med studentene, var når jeg bygde på, reflekterte og problematiserte lærestoffet ut fra deres innspill og behov. Da opplevde jeg at både jeg og de var i gode læringsprosesser. Når det fantes åpenhet for at stoffet kunne bli brynet mot studentenes forforståelse, trigget det noe, ikke bare i studentene, men også i meg selv. Nye assosiasjoner, ideer og refleksjoner ble satt i spill i dialogen, som ikke var tenkt ut av meg eller dem på forhånd. Noe nytt ble skapt. Wittek (2006, s. 32) skriver at «Hvis den allerede etablerte forståelsen ikke aktiviseres, vanskeliggjøres prosessen med å gripe de nye begrepene og den nye informasjonen som blir presentert». Eksemplet over viser både hvordan en tidvis evner å få det til, og hvor lett det er å trø feil.

Som fasilitator i dannelsesprosessen er et sentralt mål å hjelpe studentene med å foreta koblinger mellom abstrakte begreper, teoretiske modeller og den virkelige verden der teoriene får sin legitimitet og anvendelse. Den koblingen er etter mitt skjønn essensiell for studentenes dybdeforståelse og faglige utvikling. Ut fra egne erfaringer og studentenes tilbakemeldinger styrkes fasilitatorrollen når

- 1) forelesninga har en god struktur, og der tematikken bygges opp på en logisk måte
- 2) undervisninga er tilstrekkelig åpen, fleksibel og preget av dialog, ro og tenkepauser
- 3) en evner å flette inn læringsmålene for forelesningen i det studentene selv bringer opp og problematiserer
- 4) en bygger videre på deres erfaringer
- 5) en er engasjert og tilstedeværende, noe som smitter over på studentene og gjør dem fokuserte og interesserte
- 6) en oppsummerer de viktigste poengene og hjelper dem med koblinger mellom de ulike undervisningsaktivitetene og temaer i dette og andre emner
- 7) en introduserer fenomener/begreper på en klar og tydelig måte og utdyper disse ved hjelp av praksiseksempler og/eller videoklipp og illustrasjoner
- 8) en gjør studentene i stand til å formulere, utvikle og omformulere klinisk relevante spørsmål
- 9) en fremmer kliniske problemstillinger som studenter over tid må bryne seg på

Gjennomgående opplever studentene det nyttig at film, illustrasjoner og pasient-eksempler aktivt benyttes i undervisningen. Det hjelper dem med å koble teori og praksis.

Å øke studentenes bevissthet om egen dannelsesprosess

Kunnskapsteoretisk innsikt kan hjelpe lærerne, og i neste hånd studentene, til å forstå kompleksiteten i ergoterapeutenes kunnskapsgrunnlag, dynamikken mellom teoretisk og praktisk kunnskap og hvordan disse utvikles over tid. Kunnskapsteori kan bidra til å gi lærerne større bevissthet om hvilke kunnskapsdimensjoner som vektlegges i de forskjellige undervisningsaktivitetene og hvordan disse med ulike pedagogiske grep kan spille godt sammen.

Ifølge Grimen (2008, s. 76–78) bæres kliniske situasjoner av en egen logikk der fagutøveren kontinuerlig, eksplisitt og implisitt foretar en rekke skjønnsbaserte beslutninger som står i et mer eller mindre vilkårlig forhold til de teoretiske kunnskapsbasene en handler ut fra. Når teori anvendes i praksis, velges bestemte elementer relevante for situasjonen ut, og den omformes og fortolkes på bestemte måter (Grimen, 2008, s. 76–78). Skjønnsbaserte beslutninger og godt håndlag krever erfaringer og innsikter som studentene er i ferd med å erverve seg. Innlæring krever derimot mer oppstykkede forløp, et mer selektivt fokus på spesifikke aspekter ved fenomener og situasjoner, samt et mer kognitivt og regelstyrt handlingsforløp (Dreyfus og Dreyfus, 1999, s. 52–57). Som fasilitatorer i studentenes dannelsesprosess er det viktig at vi forsøker å synliggjøre for studentene både det innfløkte forholdet mellom teori og praksis som kjennetegner ekspertens kliniske resonnering, og hvordan de selv, under innlæring, nødvendigvis forvalter forholdet mellom teori og praksis på en noe annen måte. Dette kan hjelpe dem i å plassere seg selv og sin læringsprosess i en større læringskontekst, samt hjelpe dem med retning om hvor de er på vei og hva som skal til for å komme dit.

Aktiv læring handler ifølge Brandsford et al. (2000, s. 12) om å hjelpe studentene med å ta kontroll over egen læring. Studentene skal settes i stand til å lære å lære. De trenger derfor redskaper til å gjenkjenne når de befinner seg i gode læringsprosesser, kunne identifisere egne kunnskapshull, reflektere over hvilke kunnskapsbehov de har og hvilke strategier som vil være optimale for å oppnå disse. Metakommunikasjon om læringsprosessen vil derfor være et godt pedagogisk verktøy som kan planlegges som langsgående tema gjennom de ulike emnene. Tematikken kan introduseres i introduksjonsforelesninga til emnet og følges videre opp gjennom undervisning, seminar, ferdighetstrening og basisgruppearbeid.

Læringsprosessen er og bør være en sentral del av emneevalueringa. Ved å meta-kommunisere rundt studentenes læringsprosesser kan en oppnå

- 1) større bevissthet hos studentene om hva som forventes av dem
- 2) innsikt i hvordan emnet henger sammen med de øvrige emnene i studiet
- 3) større selvbevissthet hos studentene om egne læringsbehov
- 4) utvikling av gode strategier for å optimalisere læringen
- 5) at de evner å nyttiggjøre seg potensialet som ligger i de ulike undervisningsaktivitetene og studentfelleskapet
- 6) å synliggjøre hvilke kunnskaper som må utvikles for at de skal bli trygge og kompetente fagutøvere

Evaluering av læringsutbytte er allerede godt innarbeidet i evalueringsmaler ved universitetet, og erfaringen er at studentene er godt drillet i å vurdere egen læringsprosess og hvordan de ulike læringsaktivitetene underbygger disse.

Ferdighetstrening som arena for dannelsesprosessen

Dreyfus og Dreyfus (1999, s. 53–57) har utviklet en modell der de beskriver hvordan tilegnelse av ferdigheter går gjennom ulike trinn. Forfatterne henter blant annet inspirasjon fra Maurice Merleau-Pontys tankegods i utviklinga av sin modell fra å være novise til å bli en ekspert. Det kroppsfenomenologiske perspektivet får frem hvordan vi alltid allerede er kroppslig situert i situasjoner. I en slik forståelsesramme er ikke læring noe som foregår inni mennesket, den konstitueres i dynamiske handlingsrettede prosesser mellom mennesker og ved bruk av naturlige og menneskeskapte ting. Læring blir dermed ikke indre psykologiske og avgrensede prosesser løsrevet fra kroppen, handlinger, det som læres og de situasjoner de læres i (Lave og Wenger, 1991; Merleau-Ponty, 2002). Forståelsen blir en kontrast til den kognitive-rasjonelle måten å forstå læring på, der tanken kommer forut for handling og er løsrevet fra den (Dreyfus og Dreyfus, 1999, s. 52–53). I våre hverdagspraksiser flyter vi særlig på vår levde kroppslige erfaring, noe som gjør oss i stand til å handle spontant, optimalt og ofte ureflektert i de situasjonene vi befinner oss i. Studentene har med seg ulike kroppslige kompetanser som de kan dra nytte av, videreutvikle og anvende i kliniske sammenhenger. Som lærer er det viktig nettopp å understøtte og synliggjøre disse kompetansene.

Handlingskompetanse erverves gjennom vane, altså gjennom øvelse, prøving, feiling og utallige repetisjoner og optimaliseringer. Når studentene er i miljøer de er kjent med og utfører handlinger de er vant med, preges situasjonen av fortrolighet. Kjennetegn ved handlingskompetanse er ifølge Merleau-Ponty (2002, s. 158–159) ikke «jeg tenker at», men «jeg gjør». Når handlingssituasjoner preges av fortrolighet og høy grad av kompetanse, kan en si at det er en harmoni mellom

kropp og omverden. Mange praksiser preges av øvelser som går på å ytterligere optimalisere forholdet mellom kropp, oppgave og omverden. Det magiske forholdet som skapes i skjæringsfeltet mellom talent, nitidig øving og godt støtteapparat, ser vi særlig igjen hos toppidrettsutøvere, men også i oppøvelse til å bli ekspert innen sitt fagfelt. Vi snakker her om å tilstrebe «the maximum grip» over situasjonen (Dreyfus, 2006, s. 137–138). Er derimot situasjonen ny og fremmed, slik situasjonen ofte er hos studenter som skal lære seg å bli en kompetent fagutøver – oppstår spenninger mellom hva situasjonen krever og studentens nåværende kroppslige kompetanse.

Perspektiver på situert læring kan være nyttig for å forstå hvordan læring særlig genereres i møte med nye og krevende situasjoner der utfallet er åpent. Ifølge Lave og Wenger (1991) skapes læring nettopp gjennom eksplorerende, problemløsningsorienterte handlinger i praksisfellesskap. Det er i utfordrende situasjoner grenser kan sprenkes for hva den enkelte vet og kan. Det vil derfor være viktig å etterstrebe undervisningsaktiviteter som utfordrer og skaper spenninger slik at studentene gis rom til å utvikle sine fortolkningsrammer og avdekke nye handlemuligheter i praksisfellesskapet.

Læring av fagrelevante ferdigheter krever en fornyet oppmerksomhet på seg selv, sin egen kropp, på andre (medstudenter, pasienter, kollegaer etc.), på oppgaven som skal løses og omgivelsene. Læringssituasjonen krever høy grad av refleksjon over detaljer i handlingsforløpet og i de ulike elementene som inngår. Situasjonen, deltakerne og handlingsforløpet skal i tillegg begrepsfestes med et fagspråk som studentene er i ferd med å inkorporere. Det er en krevende prosess. Mange elementer som i utgangspunktet fremstår som fragmenterte teoretiske biter, skal nå gestaltet som helheter og inkorporeres som kroppslige ferdigheter. Studentene er noviser eller viderekommende nybegynnere i Dreyfus og Dreyfus» forstand. Det å være novise er ifølge Dreyfus og Dreyfus (1999, s. 53–54) å være en som lærer å gjenkjenne generelle kontekstfrie trekk ved situasjoner og lærer seg å følge et sett med handlingsregler basert på disse trekkene. Etter hvert som novisen får erfaring og begynner å mestre situasjonene, vil han/hun begynne å legge merke til nye sider ved situasjonen. Den viderekommende nybegynner gjenkjenner nå på bakgrunn av (begrenset) erfaring og kontekstfrie generelle trekk.

Basert på denne kunnskapen er det viktig at den som er fasilitator, legger opp ferdighetstreningen slik at ferdigheten som skal læres, stykkes opp i mindre enheter og bygges opp lag for lag, slik at det blir håndterbart. Regler og prinsipper læres, fagbegreper og innsikter kobles på, og handlingsforløp innlæres steg for steg. Kontekstuell variasjon og individualisering tones ned i denne fasen. Ferdighetstreningen utfordrer studentene både kroppslig og refleksivt på samme tid. Ofte sier studentene at de får mye ut av ferdighetstreningen, noe som nettopp handler om å gjøre seg erfaringer og reflektere over disse. Blir en som lærer for

ivrig og bringer inn for mange momenter og faglige vurderinger underveis i forløpet, kan studentene i den fasen de er i, ikke klare å absorbere alt. Det kan rett og slett bli for mye å forholde seg til på en gang.

Ferdighetstreningen genererer ofte usikkerhet og utrygghet hos studentene fordi de befinner seg i yttergrensen av hva de håndterer. I ferdighetstreningen er det viktig at en som lærer reflekterer over måten vi opptrer på, rammer inn situasjonene på og bringer opp tema på. En viktig forutsetning for at læring skal skje, handler om å tilstrebe en trygg atmosfære. Studentene skal tørre å by på seg selv, utfordres, eksperimentere, prøve og feile og reflektere sammen over gode og mindre gode handlingsmåter og løsningsalternativer. Den timeplanfestede ferdighetstreningen vil ikke være tilstrekkelig for at studenten kan bli fortrolig med ferdigheten. Kroppslig inkorporering krever som nevnt repetisjon og drilling. Det er derfor viktig å oppfordre studentene til å øve på hverandre, samtidig som en bør legge inn ferdighetstrening i casene som studentene arbeider med gjennom studiet. I tillegg vil det være fint å planlegge ulike arbeidskrav der de skal velge, planlegge, lære bort og begrunne faglige ferdigheter til medstudenter i form av dagseminarer.

Studentene skal lære å se detaljer og deres faglige betydning. De skal hjelpes til å oppøve kroppslige ferdigheter som innebærer evnen til kontinuerlig å lese pasienten, seg selv, handlingsforløpet og situasjonen, og kroppslig justere seg inn på muligheter og utfordringer som kontinuerlig skapes. De skal også oppøve evnen til å være i forkant av situasjonen, se det vesentlige og aktivt ta i bruk sansene sine. Det krever som sagt tid, erfaring og nitidig øving. Studentene har spilt rollespill basert på ulike relevante kliniske situasjoner, tatt disse opp på video og vist frem på seminar for hele klassen. Studentenes og min erfaring er at dette gir en unik mulighet til kroppslig læring, analyse og kritisk refleksjon over egen og andres handling og samhandling. Tilbakemeldingen fra studentene er at de ønsker mer tid til dette, og at det på seminarene bør gis enda mer tid til diskusjon og refleksjon. Filmene setter i gang engasjement og refleksjon, og gir et unikt utgangspunkt for studentene til å få øye på, lære om og kritisk reflektere over alle de ulike kunnskapsformene som er i spill i fagutøvelsen.

Avslutning

Ergoterapistudentenes dannelsesprosess handler om å oppøve evne til god klinisk resonnering. For å skape dyktige fagutøvere må læringsaktivitetene inne på campus legges opp slik at studentene utvikler et fagspråk, inkorporerer kroppslige ferdigheter og etablerer god etisk kompetanse. Med utgangspunkt i egne erfaringer og ved hjelp av kunnskapsteoretisk og pedagogisk teori har jeg i dette kapitlet reflektert over ulike pedagogiske grep som kan fremme gode læringsprosesser. Kapitlet viser at kunnskapsteoretisk innsikt og pedagogisk kompetanse er ei viktig forutsetning når en som lærer tilstreber å være fasilitator i ergoterapistudentenes dannelsesprosess.

Referanser

- Amtzen, C. 2009, *Jeg får ikke hendene til å gjøre det de skal gjøre. Å leve med apraksi etter hjerneslag*, Forlaget Aldring og helse, Oslo.
- Biggs, J. 1999, «What the Student Does: teaching for enhanced learning», *Higher Education Research & Development*, 18 (1), s. 57–75, [Online], tilgjengelig fra: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/0729436990180105> [Hentet 28. oktober 2013].
- Brandsford, J.D., Brown, A. og R.R. Cocking 2000, *How People Learn. Brain, Mind, Experience and School*, National Academic Press, Washington D.C.
- Dannelsesutvalget for høyere utdanning 2009, *Kunnskap og dannelse foran et nytt århundre*, Universitetet i Oslo.
- Dreyfus, H. 2006, «Merleau-Ponty and Resent Cognitive Science», i: Carman, T. og M.B. Hansen (red.) 2006, *Merleau-Ponty*, Cambridge University Press, USA.
- Dreyfus, H. og S. Dreyfus 1999, «Mesterlære og eksperterens læring», i: Kvale, S. og K. Nielsen (red.) 1999, *Mesterlære – læring som sosial praksis*, Ad Notam Gyldendal AS, Oslo.
- Dysthe, O. og M.A. Igland 2001, «Vygotkij og sosiokulturell teori», i: Dysthe, O. (red.) 2001, *Dialog, samspel og læring*, Abstrakt Forlag, Oslo.
- Grimen, H. 2008, «Profesjon og kunnskap», i: Molander, A. og L.I. Terum (red.) 2008, *Profesjonsstudier*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Hmelo-Silver, C.E., Duncan, R.G. og C.A. Chinn 2007, «Scaffolding and Achievement in Problem-Based and Inquiry Learning: A Response to Kirschner, Sweller and Clark (2006)», *Educational Psychologist*, 42 (2), s. 99–107, [Online], tilgjengelig fra: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00461520701263368#.V0w8mvmG9XE> [Hentet 11. november 2013].
- Lave, J. 1999, «Læring, mesterlære, sosial praksis», i: Nielsen K. og S. Kvale (red.) 1999, *Mesterlære. Læring som sosial praksis*, s. 37–51, Ad Notam Gyldendal A/S, Oslo.
- Lave, J. og E. Wenger 1991, *Situert læring – og andre tekster*. Hans Reitzels Forlag A/S, København.
- Lindseth, A. 2009, «Dannelsens plass i profesjonsutdanninger», i: Dannelsesutvalget for høyere utdanning, *Kunnskap og dannelse foran et nytt århundre*, Universitetet i Oslo.
- Løvlie, L. 2009, «Dannelse og profesjon», i: Dannelsesutvalget for høyere utdanning, *Kunnskap og dannelse foran et nytt århundre*, Universitetet i Oslo.
- Mattingly, C. og M.H. Fleming 1994, *Clinical Reasoning. Forms of Inquiry in Therapeutic Practice*, F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Merleau-Ponty, M. 2002, *Phenomenology of Perception*, Routledge, London.
<https://doi.org/10.4324/9780203994610>
- Nortvedt, P. og H. Grimen 2004, *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Pierce, D. 2003, *Occupation by design. Building therapeutic power*, F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Pierce, D. 2011, «Co-occupation: The challenges of defining concepts original to occupational science», *Journal of Occupational Science*, 16 (3), s. 203–207.
<https://doi.org/10.1080/14427591.2009.9686663>
- Polani, M. 1966, *The Tacit Dimension*, AnchorBooks, New York.
- Schell, B.A. og J.W. Schell 2008, *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*, Lippincott Williams & Wilkins, USA.
- Skjervheim, H. 1996, *Deltakar og tilskodar og andre essays*, Aschehoug, Oslo.
- Vygotkij, L.S. 1978, *Mind in society: the development of higher psychological processes*, Harvard University Press, Cambridge.
- Wittek, L. 2006, «Om undervisning og læring», i: Strømsø, H.I., Lycke, K.H. og P. Lauvås (red.) 2006, *Når læring er det viktigste: undervisning i høyere utdanning*, s. 21–38, Cappelen, Oslo.

Utvikling av ergoterapifaglig kompetanse og identitet i praksis

Hvordan kan ergoterapeutstudenters deltakelse i praksis påvirke deres læring av ergoterapi? Hvilken rolle spiller ulike samarbeidspartnere som praksisveileder, ergoterapikollegiet og medstudenter i læreprosessen? Hvordan lærer studentene i praksis? Med utgangspunkt i mange års erfaring som lærer og praksiskontakt på en ergoterapeututdanning og med hjelp av et sosiokulturelt syn på læring, vil jeg i denne teksten reflektere over studenters utvikling av læring og identitet i praksis.

Praksis i ergoterapeututdanning

Ergoterapi, som andre profesjonsfag, utøves i praktisk virksomhet. Kompetansen som utøverne besitter, inneholder både teoretiske og praktiske elementer. Utdanning av ergoterapeuter gjenspeiler dette ved at utdanningen inneholder både teoretisk og praktisk undervisning. Hoveddelen av ergoterapeututdannelsen foregår på universitetet eller høyskolen. Nesten en tredel gjennomføres på ulike felt i helse- og velferdstjenestene som praksisundervisning, til vanlig omtalt som praksis. Praksis er en variert læringsarena for studentene og kan fungere som en bro mellom skoleundervisning og framtidig yrkesutøvelse (Kirke et al., 2007, s. 13). Her får de prøve ut den teoretiske og praktiske kunnskapen de har med seg fra utdanningsstedet, og de tilegner seg ny erfaringsbasert kunnskap. I praksis møter studentene noe av det varierte yrkeslivet de utdannes til: de møter personer som mottar ergoterapi og deres pårørende, og de jobber i helse- og velferdstjenester som tilbyr ergoterapi og andre tjenester. De jobber sammen med og blir veiledet av en praksisveileder som er ergoterapeut. De samspiller også med andre ergoterapeuter og andre yrkesgrupper.

Som lærer og praksiskontakt ved en ergoterapeututdanning har jeg i mer enn 15 år hatt gleden av å jobbe med praksis, og jeg har fulgt opp utallige studenter og praksisveiledere. Etter gjennomførte praksisperioder har jeg hørt studentene fortelle om sin læring i praksis og sitt forhold til praksisveileder. Noen studenter har opplevd seg som ergoterapeut i enkelte situasjoner, men mange formidler en usikkerhet på sin faglige identitet. En usikker identitet i studiet deler de med andre profesjonsstudenter (Almås, 2001, s. 8; Davis, 2006, s. 1; Hooper, 2008, s. 228; Ikiugu og Rosso, 2003, s. 207). I mine møter med praksisveiledere har de vært opptatt av hva studentene kan før praksis og hva de bør lære i praksis. Praksisveilederne har også diskutert hvordan de kan gi studentene best mulig veiledning og tilrettelegge for god læring for studentene.

I mitt arbeid har jeg derfor vært opptatt av hvordan studenter lærer i praksis, hvilke prosesser de går igjennom i sin læring, og hva som skjer med deres forståelse av ergoterapi og deres opplevelse av seg selv som fagperson fra de er ferske studenter til de uteksamineres som ergoterapeuter. Disse erfaringene vil jeg anvende i denne teksten, hvor jeg i lys av et sosiokulturelt perspektiv vil se nærmere på hvordan man kan forstå ergoterapeutstudenters læring i praksis og hvilken rolle praksisveileder og praksissted kan spille i utvikling av studentenes kompetanse og faglige identitet.

Noen av begrepene i denne problemstillingen er sentrale i teksten videre og fortjener derfor en nærmere avklaring:

I et sosiokulturelt læringssyn bygger man på antakelsen om at læring eller utvikling av kompetanse, skjer gjennom personers deltakelse i aktiviteter og i sosiale samspill i faglige fellesskap i praktisk virksomhet. En annen antakelse er at kompetanse er et sentralt element i en faglig identitet (Säljö, 2001, s. 18 og 155; Wenger, 2004, s. 177). Kompetanse handler om å inneha passende kunnskap, ferdigheter, holdninger og vurderingsevne til å kunne utføre en faglig oppgave, her; ergoterapi (Ergoterapeutene, 2013, s. 39; Hjelle et al., 2012, s. 47–48). Identitet handler om hvem man er og hvilke egenskaper eller kjennetegn som gjør en person eller en gruppe lik eller forskjellig fra andre. Identiteten synliggjøres for andre gjennom personens eller gruppens handlinger (Håkonsen, 2009, s. 50 og 67; Store norske leksikon, 2014b). En faglig identitet er knyttet til en persons kompetanse innen et fagområde, og til at personen utfører oppgaver på en måte som viser for ham selv og andre hvilken fagperson han er (Ikiugu og Rosso, 2003, s. 218–221).

Studentene som omtales i teksten og benevnes som *han*, er ergoterapeutstudentene ved ergoterapeututdanningen i Tromsø som har gjennomført en eller flere praksisperioder. Praksisveilederne benevnes som *hun* og er ergoterapeuter som har fulgt opp og veiledet studentene i de samme periodene. Hun har sammen med lærer fra utdanningen også vurdert om studenten består praksis eller ikke. Den praksis jeg

særlig er opptatt av her, er de tre lengre obligatoriske praksisperiodene på opptil 10–12 uker i ergoterapeutstudiet. Hva studentene skal lære i disse periodene, er klargjort ved at forventet læringsutbytte og innhold i praksis er definert av utdanningen (Universitetet i Tromsø, 2012) og formidlet til student og praksisveileder. Ergoterapeututdanningen forventer at studentenes delaktighet, selvstendighet og læring går gjennom visse forløp i praksisperioden. Ved praksisstart vil fokus mest være på å bli kjent med praksisveileder, øvrig personale, organisering av virksomheten og hvilke tjenestetilbud som gis til pasientene. Det er vanlig at studenten i starten følger og observerer praksisveileder i hennes arbeidsoppgaver. Etter hvert er det ønskelig at studenten får tildelt oppgaver og i økende grad jobber selvstendig. Hvor selvstendig han blir, avhenger av hvor i studieforløpet den spesifikke praksisperioden er, hvordan han utvikler seg faglig og i hvilken grad han når det nivå av kompetanse som forventes for å kunne utføre oppgavene på praksisstedet. Hele tiden veiledes studenten av sin praksisveileder, både i daglig klinisk veiledning og i ukentlige lærings- og utviklingssamtaler.

Deltakelse i et kollegialt fellesskap

Studentene forteller ulike historier om hvordan de blir tatt imot, og får delta i miljøet på praksisstedet. Når studentene kommer ut i praksis, møter de det som kan forstås som et praksisfellesskap. Et praksisfellesskap omfatter aktivitetene som foregår på stedet, personene som jobber der og omgivelsene. Det er gjennom å delta i aktivitetene og med hverandre at personene blir deltakere i praksisfellesskapet (Lave og Wenger, 2003, s. 44–48 og 83; Wenger 2004, s. 59–63). I et sosiokulturelt perspektiv kjennetegnes deltakerne ved at de i sin tenkning, vurdering og handling forstår og anvender et felles repertoar av anerkjente aktiviteter, rutiner, redskaper, historier og språk. De har også en forståelse av hva som er likt og ulikt mellom eget og andre praksisfellesskap. Videre har de en oppfatning av hvilke oppgaver, roller og betydning de selv har som deltaker. De har utviklet en identitet og opplever seg som medlem av nettopp dette praksisfellesskapet (Lave og Wenger, 2003, s. 83; Nilsen et al., 2007, s. 33; Wenger, 2004, s. 16).

Praksisfellesskapet utvikles i en uavbrutt prosess hvor deltakerne samhandler med og lærer av hverandre. Opptak av nykommere i fellesskapet, skjer gjennom samme lærings- og samspillprosess (Wenger, 2004, s. 191–199). Læring i praksisfellesskapet vil for studenten innebære å delta i praksisstedets aktiviteter i samspill med andre og ta lærdom av det. Man kan bruke begrepet situert læring om læringen som skjer fordi læringen skjer i samhandling med andre og det som læres er tett knyttet til både personene og situasjonen som foreligger (Lave og Wenger, 2003, s. 33–36). Selv om noe av læringen kan være felles, vil hver student lære noe som er helt unikt for akkurat denne studenten i denne praksisen. Den unike læringen skjer fordi studenten bringer med seg sin tidligere kunnskap og erfaring som en forforståelse.

Alt han opplever og erfarer i den nye praksisen, oppfattes i lys av denne for- forståelsen. Dette kjenner jeg igjen når studenter som har vært i samme type praksis, på samme praksissted eller har hatt samme praksis- veileder, formidler helt ulike læringserfaringer fra praksis når de er tilbake på universitetet.

Hvilke prosesser kan da foregå for at studenten skal oppnå deltakelse og læring i praksisfellesskapet? At studenten har fått tildelt praksisplassen fra lærestedet, sikrer ikke adgangen til deltakelse. Det er gjennom sitt samarbeid med praksisveileder at studenten får mulighet til å bli inkludert (Davis, 2006, s. 3; Wenger, 2004, s. 121–122). Om praksisveileder inkluderer studenten i aktivitetene som foregår, kan det gi studenten den legitimiteten som kreves for deltakelse. Legitimiteten til nyankomne må anerkjennes av deltakerne i praksisfellesskapet i den grad at de ser på den nye som en potensiell framtidig deltaker i sitt fellesskap (Wenger, 2004, s. 121). I tilfellet her anser praksisveileder og de andre i kollegiet studenten som en framtidig ergoterapeut og anerkjenner hans adgang til deltakelse.

Studentens begynnende deltakelse kan beskrives som legitim perifer deltakelse i praksis. Begrepet beskriver en nyankommens samspill i aktiviteter med etablerte deltakere i praksisfellesskap, hvor samspillet fører til læring først og fremst for den nyankomne, men også for de etablerte deltakerne. Selve læreprosessen er det som integrerer og gir den nyankomne økende adgang til deltakelse i fellesskapet (Lave og Wenger, 2003, s. 31–42). Begrepet omfatter også samspillet mellom en nyankommet og en erfaren deltaker i praksisfellesskapet som skal følge opp den nyankomne. Nesten som mesteren og svennen i mesterlæren, men ikke i tradisjonell forstand hvor relasjonen mellom mester og svenn medfører en mer ensidig overføring av kunnskap fra den merkompetente til den nyankomne. I teorien om legitim perifer deltakelse er det en utvidet forståelse av mester-svenn-relasjonen, hvor samspillet er mer gjensidig og innebærer læring, endring i identitet og skiftende deltakelse i praksisfellesskap for begge parter (Wenger, 2004, s. 22). Dette samspillet vil jeg komme tilbake til senere. La oss tenke at i dette samspillet er vår student den nyankomne i praksis, den erfarne er ergoterapeuten som er praksisveileder, og praksisfellesskapet er ergoterapeutkollegene. Det er et asymmetrisk samspill hvor praksisveileder og de andre ergoterapeutene er de merkompetente deltakerne i praksisfellesskapet og studenten er den som har intensjon om og behov for å lære.

Ifølge Wenger (2004, s. 85) innebærer utviklingen fra legitim perifer deltakelse til fullverdig deltakelse, en bred adgang til deltakere og ressurser samtidig med å handle aktivt i praksisfellesskapet. Praksisveilederen er som mesteren i mesterlæren, den som gir studenten adgang til å delta i aktivitetene. Noen studenter forteller om veiledere som gir dem tilgang til oppgaver som innebærer å utfordre og utvide sin kompetanse underveis. Studentene opplever at de får ansvar, blir veiledet og får lov til å jobbe mer selvstendig. De forteller at de opplever å utføre ergoterapioppgaver i praksis som utfordrende, krevende og lærerikt. Dette er en deltakelse i praksisfellesskapets aktiviteter som ikke skjer med de samme kravene som fullverdige deltakere møter, men med krav som tilpasses det kompetanse- og modenhetsnivået studenten innehar. Praksisveileder har da valgt ut vanlige aktiviteter fra sin jobbhverdag, som rommer muligheter for læring og lar seg tilpasse. Læringsmulighetene i aktiviteten kan handle om at utførelse av aktiviteten krever kunnskap og ferdigheter som utfordrer studentens nåværende kompetanse, slik at gjennomføring av aktiviteten innebærer at studenten må utvikle sin kompetanse underveis (Costa, 2008, s. 10). Tilpassingene kan innebære å gjøre deler av oppgaver, bruke lenger tid eller gjøre oppgavene med støtte og veiledning underveis (Lave og Wenger, 2003, s. 94). Når studentene blir møtt som en framtidig ergoterapeut og får utføre handlinger og aktiviteter som er vanlige ergoterapeutoppgaver på praksisstedet, får de ta del i bærende deler av praksisfellesskapets virksomhet og lærer av det. De studentene som forteller om god læring i praksis, tror jeg har fått delta i praksisfellesskapet på denne måten.

Andre studenter forteller at de i mindre grad fikk lov å gjøre oppgaver selv. De fikk observere veileder eller kun gjøre oppgaver under oppsyn av praksisveileder. Selv om observasjon kan være nyttig, er den nyttig som en forberedelse til, eller et første skritt mot, virkelig deltakelse. Observasjon alene er ikke tilstrekkelig for å oppnå reell deltakelse, til det kreves også aktiv og etter hvert selvstendig handling (Wenger, 2004, s. 245–252). Det kan være flere grunner til at noen veiledere i mindre grad enn andre lar studentene utføre oppgaver selvstendig. Både hensyn til pasienter, oppgaver av sensitiv karakter og studentenes faglige nivå og modenhet kan påvirke i hvilken grad veileder lar studenten slippe til. Jeg tror også at veileders egen usikkerhet som veileder og uklarhet om hva utdanningen forventer, kan innvirke. Årsakene skal jeg ikke gå nærmere inn på her, men resultatet er uansett at studentene som opplever dette, forteller at de ikke har lært så mye i praksis. Jeg mener at disse studentene har blitt hemmet i sin læring, og at deres deltakelse i praksisfellesskapet i større grad har vært en ikke-deltakelse enn en legitim perifer deltakelse.

Når studenten gis adgang til fellesskapet og lærer å utføre aktivitetene, får han mulighet til å bli en faktisk deltaker. Da skjer ikke bare læring av handlinger, men han lærer også at deltakelse i praksisfellesskapet innebærer roller og relasjoner mellom deltakerne, inkludert ham selv. Rollene og relasjonene er i kontinuerlig utvikling og preges av kompetansen, ansvarligheten og gjensidigheten som fellesskapet deler (Wenger, 2004, s. 90–91). Når studenten utvikler en kompetanse situert i praksisfellesskapet, bidrar det også til utvikling av fellesskapets kompetanse. Når studentens posisjon og relasjon i forhold til de andre deltakerne utvikles, skjer det også en utvikling av deres posisjon og relasjon innbyrdes og i forhold til studenten. For studenten bidrar læringen til konstruksjon av en ny identitet i fellesskapet samtidig som de etablerte deltakernes identitet også påvirkes (Lave og Wenger, 2003, s. 49). Når studentene deltar i aktivitetene og opplever å være inkludert i praksisfellesskapet, opplever de å tilhøre gruppen ergoterapeuter. Tilhørigheten til en gruppe er viktig for å utvikle og bevare sin faglige identitet (Chickering og Reisser, 1993; Solvoll, 2004).

Praksisfellesskapet utvikler seg også av andre grunner enn studentenes legitime perifere deltakelse. Utviklingen kan også skje som en konsekvens av at pasientenes behov, faget som utøves, samfunnets krav og andre betingelser forandrer seg. Organisering av tjenester, økonomi og endrede retningslinjer kan medføre endring i tjenestetilbud. Nye teorier og metoder prøves ut og påvirker deltakernes kunnskapsutvikling. Pasienter med nye problemstillinger kan utfordre deltakerne til å tenke nytt. De lærer av å samarbeide med andre faggrupper. Deltakerne som her er ergoterapeutene, utvikler sin kompetanse når de i utførelsen av ergoterapeutoppgaver samspiller med pasientene og de skiftende omgivelsene. De lærer av å samspille med hverandre og også å samspille med studenter som nykommere

i fellesskapet (Wenger, 2004, s. 191–199). Slik ser vi at det ikke bare er studentenes kompetanse som utvikles gjennom deres deltakelse i praksisfellesskapet. Også praksisfellesskapets totale kompetanse utvikles og påvirker deltakernes faglige identitet (Lave og Wenger, 2003, s. 49–50). Gjennom en legitim perifer deltakelse i praksisfellesskapet kan slik utvikling bli synlig for studenten og gi ham en dypere forståelse av at å være ergoterapeut innebærer å være i kontinuerlig læring.

Praksisveileders betydning i studentens læring

Studentens læring i praksis avhenger av samspillet og dialogen mellom studenten som er en legitim perifer deltaker og hans praksisveileder som er fullverdig deltaker i praksisfellesskapet (Rodger et al., 2014, s. 160).

Veiledning i praksis blir ofte evaluert som et nyttig redskap i læring. I veiledning frambringer både student og veileder spørsmål med formål å bidra til studentens læring i praksis. Studentene forteller at de har lært mye når praksisveiledere spør om begrunnelser og alternative handlemåter og når de deler av sine erfaringer i felles refleksjon. Ergoterapeutstudenter andre steder forteller om det samme (Rodger et al., 2014, s. 162).

I veiledningen utfordrer praksisveileder studenten og reflekterer sammen med ham. Studenten svarer med å frambringe sine tanker og sin forståelse. Praksisveileder støtter eller utfordrer denne forståelsen gjennom de spørsmål hun stiller tilbake. Når hun for eksempel spør studenten hvordan han begrunner sine handlinger og sin forståelse, kan hennes spørsmål stimulere til en refleksjon over sammenhengen mellom teori og praksis. Når hun deler egne erfaringer i refleksjonen og de sammen reflekterer over ulike løsninger på studentens problemer, kan det hjelpe studenten til å se situasjonen fra andre perspektiver, noe som kan stimulere til ny læring. Samtidig kan hennes erfaringer også bekrefte studentens erfaringer og kompetanse. Slik refleksjon over handling sammen med praksisveileder kan gi studenten trygghet til å handle også i situasjoner hvor de er usikre på egen kompetanse. De har reflektert, diskutert og laget en plan for handlingene før eller underveis i situasjonen. De reflekterer også over erfaringer og læring etter situasjonen.

Refleksjon i veiledningen er også en språklig læringsprosess hvor studenten lærer ergoterapispråket gjennom dialogen med praksisveileder. Fagbegrepenes betydning reflekteres over og anvendelsen av ordene øves på i dialogen mellom de to. Gjennom en slik dialog kan studentens innsikt i ergoterapifaget utvikles. Forståelse for og anvendelse av et fagspråk utvikles også gjennom utøvelse av fellesskapets oppgaver. Fagspråket er med og gir studenten en inngang til praksisfellesskapet og påvirker utviklingen av en faglig identitet (Johannessen, 1998, s. 275).

Spørsmålene som stilles i veiledning, kan frambringe en økende bevissthet om mer skjulte eller ikke artikulerte sider av studentens handlingskunnskap. Handlingskunnskap er kunnskapen om hvordan man gjør noe og hva slags kunnskap som ligger bak handlingene (Hjelle et al., 2012, s. 47–48; Nilsen et al., 2007, s. 41–42; Store norske leksikon, 2014a). De synlige sidene av handlingskunnskapen er ferdighetene i de observerbare handlingene studenten utfører. De mer usynlige og tause sidene av handlingskunnskapen er fortroligheten som innebærer å forstå, erfare, sanse og utvikle en fyldig kjennskap til det en gjør, og dømmekraften som innebærer å vite hva som er klokt og etisk godt og riktig å gjøre i en gitt situasjon. Både fortrolighet og dømmekraft er personlig kompetanse som er utviklet gjennom deltakelse i praksis. Disse sidene av handlingskunnskapen er situerte fordi de er lært, videreutviklet og anvendt i bestemte praksissituasjoner. Samtidig er de med og danner en beredskap for handling i andre situasjoner ved at de gir oppfatning av hva som er godt og riktig å gjøre i ulike situasjoner (Lykkeslet, 2003, s. 182; Nortvedt og Grimen, 2004, s. 171–172). Jeg tror at de mer bakenforliggende sidene av handlingskunnskapen er mindre bevisst kunnskap for en student. Refleksjonen over praksis sammen med praksisveileder hvor fagspråket anvendes, mener jeg kan gjøre studenten mer oppmerksom på også disse sidene av egen kompetanse. Studenten kan komme til å forstå at han vet og kan mer enn hva han har lest seg til.

Studentene forteller etter praksis om dyktige praksisveiledere som mestrer situasjoner og handler raskt og effektivt. Andre studenter forteller om veiledere de opplever som dyktige fordi de er rolige og flinke til å prate med pasienter, eller fordi de reflekterer over egen kunnskap underveis i handlinger (Nymo, 2007, s. 43 og 45–46). Jeg tolker det slik at studentene, selv om de kanskje ikke vet det selv, har skjønnet at kompetanse ligger til grunn for handlinger og også kan vises og utvikles i refleksjoner. Når praksisveileder behersker handlinger som studenten ønsker å lære, tror jeg hun oppfattes som dyktig fordi handlingene synliggjør vellykket anvendelse av kunnskap som studenten ikke fullt ut forstår, men ønsker å tilegne seg. Ergoterapeutene blir rollemodeller i kommunikasjon, i etablering av gode relasjoner til andre og i å være en kompetent fagutøver. Kompetanse, mestring, ro, refleksjon og åpenhet om ulike løsningsstrategier kan bli ideelle egenskaper som studentene ønsker å tilegne seg. Slike egenskaper som synliggjøres gjennom ergoterapeutens handlinger, har også vært tema i undervisning, og vi finner dem igjen i ergoterapifagets verdier om å være en kvalifisert yrkesutøver (Norsk Ergoterapeutforbund, 2006). Dette bekrefter oppfatningen av at disse egenskapene er viktige å inneha.

Samspillet med praksisveileder kan, slik jeg ser det, også gi studenten en opplevelse av fellesskap fordi interesse for og valg av ergoterapi som yrke, fagets verdigrunnlag og menneskesyn, i noen grad kan deles med veileder. Praksisveileders synliggjorte kompetanse kan fungere som en illustrasjon av studentens framtidige kompetansenivå, og kan fungere som et mål for ønsket kompetanseutvikling (Rodger et al., 2014, s. 162). Slik kan praksisveileder også bli et forbilde som studenten sammenligner seg med. Dersom studenten får bekreftet noe av egen kompetanse i sammenligningene, mener jeg det kan bidra til at studentene identifiserer seg med praksisveileder og opplever tilknytning til henne og praksisstedet. Identifikasjon og tilknytning er viktige elementer i identitetsutvikling (Nymo, 2007, s. 45; Store norske leksikon, 2014b; Wenger, 2004, s. 177–179).

Læring med medstudenter

Studentene forteller at de har nytte av å være flere på samme sted i praksis, og at de møtes, utveksler erfaringer og diskuterer med hverandre. Studentene har deltatt i den samme undervisningen og har dermed nokså lik kunnskapsbase før praksis. De skal gjennomføre de samme obligatoriske oppgavene, og forventet læringsutbytte er felles. De kan møte ulike oppgaver og aktiviteter på sitt praksissted, men likevel mener jeg de er i en tilsvarende læringssituasjon. Når de danner uformelle grupper og utveksler erfaringer, mener jeg disse gruppene kan fungere som et praksisfellesskap hvor hver student er en fullverdig deltaker. Med en slik jevnbyrdighet i kompetanse og identitet, tror jeg studentene tør vise sin kunnskap og usikkerhet

for de andre i gruppen. I dette fellesskapet utveksler de like og ulike erfaringer, tester ut egen kunnskap mot de andres og forsøker sammen å finne svar på ulike spørsmål fra praksis.

Slik diskusjon kan fungere som en refleksjon over praksis. Å reflektere sammen over erfaringer og forståelse av faget kan utvikle og bekrefte deres faglige kompetanse. Refleksjonen kan også forsterke opplevelse av fellesskap med de andre studentene (Nilsen et al., 2007, s. 74–76; Nymo, 2007, s. 48). Den økte faglige forståelsen og bevisstheten om egen kompetanse styrker også utviklingen og oppfatningen av en faglig identitet (Kjølaas, 2007, s. 39; Wenger, 2004, s. 177).

Hittil har denne teksten omhandlet hvordan studentenes læring i praksis er situert og skjer i et praksisfellesskap med medstudenter, praksisveileder og ergoterapeuter. Men hva med selve aktivitetene som foregår på praksisstedet, og som studentene deltar i? Hva med ergoterapeutenes utøvelse av ergoterapi? Hvordan kan studentens og andres deltakelse i aktiviteter spille inn i den situerte læringen som foregår?

Handling, erfaring og refleksjon

Praksis innebærer å handle og lære i det miljø og de situasjoner man lærer om på skolen (Kirke et al., 2007, s. 13). Studentene forteller nettopp dette, at kunnskap de har med fra universitetet konkretiseres og prøves ut i reelle situasjoner når de gjør oppgavene i praksis. Å delta i praksisfellesskapets aktiviteter gir muligheter for å lære og videreutvikle sin handlingskunnskap fordi tilegnelse av slik kunnskap skjer gjennom faktiske handlinger (Lave og Wenger, 2003, s. 46–48; Lykkeslet, 2003, s. 62–63; Store norske leksikon, 2014a). Ved å prøve, gjøre og gjenta ergoterapioppgaver får studenten erfaringer som anvendes i utviklingen av både ferdigheter, fortrolighet og dømmekraft.

Erfaringene blir først kunnskap når de gir mening og bearbeides. Studenten kan lære gjennom erfaring når han opplever mening i det som erfares (Wenger, 2004, s. 65). Andre studenter forteller at de reflekterer i praksis ved å koble tidligere kunnskap til nye handlinger og erfaringer (Nymo, 2007, s. 65). Refleksjon i handling skjer ved å vurdere situasjonen her og nå i lys av sin forforståelse, og slik utfordre eller bekrefte tidligere kunnskap (Illeris, 2012, s. 92). Refleksjon over handling kan gi ny-læring gjennom bearbeiding av erfaringer i etterkant av situasjonen. Studentene kan analysere hendelser og erfaringer som framkaller spørsmål studenten ikke kjenner svarene på, ved hjelp av begreper fra teori (Nymo, 2007, s. 68). Erfaringer kan også analyseres ut fra tidligere erfaringer og handlingskunnskap. Refleksjonen handler her om å forsøke å finne andre forståelses- og handlemåter enn hva studentene er kjent med fra tidligere, og som gir mening i nåværende situasjon (Illeris, 2012, s. 92). Gjennom refleksjonen utvider studentene

sin forståelse av situasjonen, de ser sammenhenger i faget og blir i stand til å overføre læringen til nye situasjoner (Illeris, 2012, s. 88). Studentene utvikler en situert faglig innsikt (Lave og Wenger, 2003, s. 33) som de tar med seg i neste situasjon hvor de utfører ergoterapi. Når studentene har en bredere forståelse av faget, kan de også se ulike handlingsalternativer, og de har utviklet en beredskap for handling i en variert praksis. Slik ny-læring gjennom refleksjon mener jeg er avgjørende for god læring i praksis. Refleksjonen gir også en økt bevissthet om egen faglige kompetanse, noe som igjen forsterker utviklingen av en faglig identitet (Davis, 2006, s. 6).

Eksempler og historier

Observasjon av praksisveileder og andre ergoterapeuter som utfører ergoterapi, kan fungere som eksempler på ergoterapiutøvelse for studentene. Eksempelene kan også komme fra historier som praksisveileder forteller fra sin yrkeshverdag.

På samme måte som med erfaringer fra egne handlinger, kan man reflektere over eksempler og historier for å lære mer. Dette er eksempellæring hvor man bruker eksempler eller historier for å illustrere og forstå utøvelsen av et fag (Drageset, 2006, s. 48). Ved å anvende eksemplene fra praksisveileder i sine refleksjoner kan studenten dra nytte av hennes kompetanse. Fortellingene kan omhandle situasjoner som ligner de situasjonene studenten er i. Når veileder beskriver hendelser hun har opplevd og hvordan hun selv tenkte og handlet, formidler den erfarne ergoterapeuten ikke bare situasjonelle fakta, men også sammenhengen mellom handlinger, begrunnelser, teori, holdninger og refleksjoner som alle finner sted i situasjonen. Hun kan også formidle sin kliniske resonnering gjennom beskrivelsene, det vil si at hun viser hvordan hun tilpasser sin kunnskap til pasienten og situasjonen det gjelder (Jamtvedt og Nortvedt, 2008, s. 12). Det er nettopp denne måten å knytte teori til eksempler fra praksis på som er kjernen i eksempellæring (Drageset, 2006, s. 48).

Ulike sider av praksisveileders kompetanse, som for eksempel faglig fortrolighet, dømmekraft og verdier, er ikke åpenbart synlig for studenten, men kan eksemplifiseres gjennom historiene som fortelles. På denne måten er fortellingene også en god måte å formidle praksisveileders sammensatte handlingskunnskap på (Johannessen, 1998, s. 278). Slik kan eksemplene hjelpe studentene til å se at deres framtidige kompetanse kan inneholde mange flere kvaliteter enn de kan observere eller lese om.

Eksempelene kan også illustrere bruk og betydning av sentrale begreper i faget. Forståelse av fagspråkets begreper, er en forutsetning for forståelse av et fag (Johannessen, 1998, s. 281; Wenger, 2004, s. 233; Kielhofner, 2010, s. 23–24).

Begrepsforståelse er også en del av felles kunnskap i praksisfellesskapet og er forhandlet fram gjennom deltakernes bruk av ord i aktivitetene som utføres og hvordan omgivelsene responderer på begrepene (Wenger, 2004, s. 67). Når studentene er perifere deltakere i praksisfellesskapet og har begrenset kjennskap til ergoterapifaget, har de heller ikke utfyllende forståelse av begrepene. Men når studentene får illustrert begrepens betydning i eksemplene og så anvender eksemplene i refleksjon over egen kunnskap, vil forståelsen for begrepene og innsikten i faget øke.

Det er forskjell på eksempler som handler om og formidles utenfor praksis, og eksempler og fortellinger som formidles mens studenten deltar i praksis (Wenger, 2004, s. 121). Eksemplene som framkommer i praksis, kan være en del av praksisfellesskapets repertoar av historier og tradisjoner, og kan synliggjøre kompetanse, verdier, prioriteringer og karakteristika som gjelder for gruppen ergoterapeuter i praksisfellesskapet. Fortellingene kan dermed gi studentene en inntreden og dypere innsikt i det felles kunnskapsgrunnlaget og de tradisjonene som finnes i faget (Molander, 1996, s. 13). Å forstå fagets historie, tradisjon og kunnskapsgrunnlag kan også gi en opplevelse av tilhørighet til praksisfellesskapet (Chickering og Reisser, 1993; Wenger, 2004, s. 246–252). Opplevelse av tilhørighet til gruppen ergoterapeuter er sentralt i utviklingen av ergoterapeutisk identitet.

Å oppleve kompetanse og anerkjennelse

Studentene våre forteller at de opplever seg kompetente når de selvstendig utfører og mestrer ergoterapioppgaver i praksis, særlig i arbeid med pasienter. Oppgavene kan være avtalte, og de får veiledning underveis, men de gjør handlingene selv og opplever at de får det til. De får en opplevelse av å være ergoterapeut (Nymo, 2007, s. 61–62). I utførelsen av ergoterapeutoppgaver kommer kompetansen til syne i handlingene som gjøres. Handlingene viser studentens ergoterapifaglige kompetanse ved at de passer inn i det handlingsrepertoar som ergoterapeutene i praksisfellesskapet besitter (Wenger, 2004, s. 67–68). Kompetansen vises også når handlingene møter behov og forventninger som pasienter og omgivelser har. Kompetansen vurderes ut fra reaksjonene studenten opplever å få fra seg selv, praksisveileder, pasienter, pårørende og andre samarbeidspartnere.

Et av de overordnede idealene i ergoterapi, som i andre helsefag, er å hjelpe andre mennesker. I ergoterapi er hjelpen nærmere avgrenset til å gjøre menneskelig aktivitet mulig gjennom målrettet bruk av aktivitet. Jeg har hørt mange studenter fortelle at ønsket om å hjelpe andre, har vært en viktig motivasjon for å søke ergoterapistudiet. Når studenten lykkes i en pasientrettet handling, kan resultatet være hjelp til pasienten. Hjelpen bekrefter både studentens personlige motivasjon

for studiet og formålet med helsefagene. Når pasientene er fornøyde med hjelpen, kan deres reaksjon tolkes til at hjelpen også er nyttig og har positiv innvirkning på deres liv. Tilbakemeldingen fra pasientene og deres pårørende kan oppfattes som en anerkjennelse av studentens kompetanse (Gahnström-Strandqvist et al., 2000, s. 18).

Når studenten mestrer handlingene, opplever han tilfredsstillelse og stolthet over det han gjør. Stolthet og tilfredsstillelse er en bevissthet om og anerkjennelse av egen kompetanse. Disse bekreftelsene kan medføre at studenten opplever handlingene sine som meningsfulle. Når handlingene også er definert som meningsfulle av pasientene og praksisfellesskapet, anses de som viktige, riktige og verdifulle å utføre. Positive tilbakemeldinger på handlingene bekrefter at studenten innehar relevant kompetanse og legitimitet til deltakelse i praksisfellesskapet (Wenger, 2004, s. 122) og til å utføre forventede oppgaver, her: ergoterapeutoppgaver, som hjelper pasientene. Legitimiteten er en forutsetning for å bli møtt som potensielt medlem av praksisfellesskapet (Wenger, 2004, s. 177 og 183). Bekreftelsen av legitimiteten er og en bekreftelse av en identitet som ergoterapeut.

I praksis forventes det at studentene er engasjerte deltakere i egen læring. Denne forventningen til studentene er uttrykt i blant annet læringsutbyttebeskrivelser og fagplan (Universitetet i Tromsø, 2012). Også praksisveiledere formidler at de forventer at studentene er aktive, engasjerte og gjør en god innsats. Studentene strekker seg langt for å oppfylle slike forventninger (Nymo, 2007, s. 60; Chickering og Reiser, 1993). Når studenten ikke opplever seg kompetent, møtes forventningen med usikkerhet og motstand, og studenten vegrer seg for å gå inn i oppgaven. Når studenten er trygg nok på egen kompetanse, møtes utfordringen med interesse og engasjement, og han gjennomfører oppgaven.

Når samspillet mellom student og praksisveileder er preget av samarbeid, engasjement og gjensidig anerkjennelse, trygger det studenten i å tørre å si ifra om usikkerhet i forhold til egen kompetanse. Praksisveileders jobb blir da å velge ut oppgaver som lar seg tilrettelegge på et passende nivå for studenten. For å gjøre det må praksisveileder kjenne til og forstå innhold og nivå i studentens kompetanse og hvilken læringsstil som passer for ham (Costa, 2008, s. 10). Å gi studenten en passende utfordring kan innebære at praksisveileder må gradere, eller tilpasse den foreliggende oppgaven. En oppgave som mestres selv om den er utfordrende, oppleves som mer meningsfull enn om oppgaven er lett (Wenger, 2004, s. 67).

Opplevelsen av å mestre en av praksisfellesskapets aktiviteter, forsterker studentenes opplevelse av å være kompetente nok til å delta i det samme fellesskapet. Og når Wenger sier; «vores identitet dannes gjennom deltagelse» (2004, s. 177), tolker jeg det slik at også studentens identitet som ergoterapeut forsterkes når han mestrer oppgavene.

Tilbakemeldingene studentene får fra praksisveileder er av stor betydning. Studentene verdsetter praksisveiledere som gir jevnlige og konstruktive tilbakemeldinger, formidler klare forventninger til studentene og viser interesse, støtte og tiltro til deres evner og muligheter (Kirke et al., 2007, s. 17). Praksisveileder er en autoritet som i stor grad setter premissene for studentens deltakelse i praksis. Hva hun signaliserer, er betydningsfullt for studenten og påvirker hans opplevelse av egen kompetanse. Når tilbakemeldingene oppleves som anerkjennende og positive, bekreftes kompetansen, og den faglige identiteten som er under utvikling, styrkes (Gahnström-Strandqvist et al., 2000, s. 18; Rodger et al., 2014, s. 164)

Anerkjennelsen gir også studenten en opplevelse av likeverd i relasjonen til praksisveileder (Pettersen og Simonsen, 2010, s. 29). Praksisveileder er en rollemodell for studenten og deltaker i praksisfellesskapet av ergoterapeuter. Anerkjennelsen fra henne bekrefter studentens deltakelse i praksisfellesskapet og medfører en forskyvning i rollefordelingen dem imellom, hvor studenten blir mer likeverdig praksisveileder i forhold til tidligere. Anerkjennelsen av studenten kan validere hans opplevelse av kompetanse og identitet (Solvoll, 2004).

Et av de overordnede målene med praksis er at studenten skal tilegne seg tilstrekkelig kompetanse til å kunne delta i praksisfellesskapet. Å få tilbakemeldinger, gjerne fra flere hold, som bekrefter at studentens kompetanse er relevant og hensiktsmessig, kan bidra til en redefinerings av studentens identitet fra å være en ikke-deltaker via en perifer legitim deltaker, til å nærme seg en mer fullstendig deltakelse i praksisfellesskapet (Lave og Wenger, 2003, s. 86; Wenger, 2004, s. 177–179). Når identitet dannes gjennom deltakelse vil en students identitet redefineres fra å være en student til å oppleve seg som en ergoterapeut. Når studenten ser på praksisveileder og ev. andre i praksisfellesskapet som rollemodeller, får anerkjennelse fra disse og samtidig opplever seg selv som ergoterapeut, vil studenten lettere identifisere seg med dem. Opplevelsen av tilhørighet til en attraktiv gruppe fører til økt selvvurdering og forsterking av en identitet under utvikling, fordi man blir mer tilfreds med seg selv når man definerer seg som medlem av en gruppe med positive egenskaper (Håkonsen, 2009, s. 204; Mulbjerg og Brøbecher, 2005, s. 47–49; Nylehn og Støkken, 2002).

Avslutning

Hvordan kan man forstå ergoterapeutstudenters læring i praksis, og hvilken rolle kan praksisveileder og praksissted spille i utvikling av studentenes kompetanse og faglige identitet? For å svare på disse problemstillingene har jeg vist at læring i praksis innebærer komplekse prosesser. Studenten møter praksisfellesskap hvor organisering, personer, relasjoner og aktiviteter danner en sammensatt kontekst til de situasjoner som studenten skal være og lære i. I praksis er studenten ikke en

utenforstående, men en legitim perifer deltaker. Læringen i praksis handler om å bevege seg fra en legitim perifer deltakelse i retning av full deltakelse i praksisfelleskapet. Så kan man spørre seg om studenten virkelig blir en fullverdig deltaker, eller om han forblir en legitim perifer deltaker? Da praksis har begrenset varighet, er det ikke sikkert at studenten er lenge nok i praksis til å nå fullverdig deltakelse.

Den praksishverdag studentene møter, er kompleks, og den læring de gjennomgår, er utfordrende. Det kan være vanskelig å forstå, lære og anvende den ergoterapikompetansen man forventer at en ergoterapeut skal inneha. Studentene kan ikke tilegne seg ergoterapikompetanse på egen hånd. De må gjøre mye av jobben selv, men er avhengig av et godt samarbeid med kompetente, engasjerte og støttende praksisveiledere, ergoterapikolleger og medstudenter for å lære. De er avhengige av at alle disse er villige til å dele sin kompetanse og sin forståelse av praksishverdagen og ergoterapifaget. For en god faglig utvikling er de også avhengige av et godt samarbeid med pasienter og pårørende, som jo er målgruppen for de fleste ergoterapeutoppgaver.

For at studentene skal oppnå forventet læringsutbytte i praksis, må det legges til rette for en reell deltakelse i praksisfelleskapets aktiviteter. Det innebærer en tett dialog mellom praksisveileder og student slik at praksisveileder blant annet blir kjent med innhold og nivå i studentens kompetanse, og kan tilrettelegge praksis. Når praksisveileder ikke kjenner studenten, eller ikke lar ham delta i ergoterapioppgaver, hemmes studentens læring. Når studenten slipper til i oppgaver som er tilpasset hans kompetansenivå og lærebehov, samler han et fyldig erfaringsgrunnlag. Anvendt i refleksjon over praksis danner erfaringene grunnlaget for utvikling av situert handlingskunnskap og en økende faglig forståelse og selvstendighet. Læringen forandrer i første omgang hva studenten er i stand til å gjøre, fra å ha liten kjennskap til ergoterapi, og i liten grad å være i stand til å utføre ergoterapioppgaver, til å utvikle en fyldigere ergoterapikompetanse som innebærer å være i stand til å utføre mer og mer avanserte oppgaver. Den handlingskunnskapen som studenten kan opparbeide, anvender han i utførelsen av nye oppgaver. Handlingene synliggjør studentens kompetanse og speiles i de tilbakemeldingene han får fra omgivelsene. I neste omgang bidrar også læringen i utviklingen av en identitet som deltaker i et faglig fellesskap.

Praksisveilederne gjør en betydningsfull jobb og blir rollemodeller for studentene. Når de slipper studentene inn i praksisfelleskapet sitt og viser sin kompetanse, forteller historier, reflekterer med og veileder studentene, styrer de studentenes læring i riktig retning. Når praksisveilederne ikke deler av kunnskapen sin og holder studenten utenfor praksisfelleskapet, hemmer de studentenes læring. Praksisveilederne spiller med andre ord en nøkkelrolle i studentens læring. Min erfaring er at de fleste praksisveiledere blir gode rollemodeller som i meget stor grad bidrar positivt i studentenes ergoterapiutdannelse.

Referanser

- Almås, S.H. 2001, «Utvikling av profesjonell identitet», *Bioingeniøren*, 2, s. 8–9.
- Chickering, A.W. og L. Reisser 1993, *Education and identity*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Costa, D. 2008, «The Just-Right Challenge in Fieldwork», *OT Practice*, s. 13, 10 og 24.
- Davis, J. 2006, «The Importance of the Community of practice in Identity Development», *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 3, s. 1–8 [Online], tilgjengelig fra: <http://ijahsp.nova.edu> [Hentet 18. 06.2014].
- Drageset, I. 2006, «Hva er gode sykepleiefaglige læringsseksempler?», *Klinisk sykepleie*, 20, s. 48–55.
- Ergoterapeutene 2013, «Kompetanser i ergoterapi. Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig», i: Norsk ergoterapeutforbund. (red.). [Online] tilgjengelig fra: <http://ergoterapeutene.org> [Hentet 20. januar 2014].
- Gahnström-Strandqvist, K., Tham, K., Josephsson, S. og L. Borell 2000, «Actions of Competence in Occupational Therapy Practice», *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, s. 15–25.
<https://doi.org/10.1080/110381200443580>
- Hjelle, K.M., Munkner, D.K. og S. Alsaker 2012, «Aktivitetsbasert pedagogikk; en studie av bachelorstudentenes utvikling av handlingskompetanse gjennom aktivitetsbasert pedagogikk», *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*, 8, s. 47–62.
- Hooper, B. 2008, «Stories We Teach By: Intersections Among Faculty Biography, Student Formation, and Instructional Processes», *The American Journal of Occupational Therapy*, 62, s. 228–241.
<https://doi.org/10.5014/ajot.62.2.228>
- Håkonsen, K.M. 2009, *Innføring i psykologi*, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Ikiugu, M. og H. Rosso 2003, «Facilitating professional identity in occupational therapy students», *Occupational Therapy International*, 10, s. 206–25.
<https://doi.org/10.1002/oti.186>
- Illeris, K. 2012, *Læring*, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Jamtvedt, G. og M.W. Nortvedt 2008, «Kunnskapsbasert ergoterapi – et bidrag til bedre praksis!», *Ergoterapeuten*, 1, s. 10–18.
- Johannessen, K.S. 1998, «Tause innslag i kunnskap og forståelse», *Agora*, 3, s. 271–293.
- Kielhofner, G. 2010, *Ergoterapi i praksis – det begrepsmessige grundlag*, Munksgaard Danmark. København.
- Kirke, P., Layton, N. og J. Sim 2007, «Informing fieldwork design: Key elements to quality in fieldwork education for undergraduate occupational therapy students», *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, s. 13–22.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00696.x>
- Kjølås, J.H. 2007, «Profesjonskunnskap – teori eller erfaring», i: M. Brekke og T. Tiller (red.), *Samklang. Nye læringsutfordringer i helsefaglig utdanning og yrke*, Høyskoleforlaget, Kristiansand.
- Lave, J. og E. Wenger 2003, *Situert læring – og andre tekster*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Lykkeslet, E. 2003, *Bevegelig handlingskunnskap – en studie i sykepleiens praksis*, PhD, Universitetet i Tromsø.
- Mead, G.H. 2005, *Sindet, Selvet og Samfundet*, Akademisk Forlag, København.
- Molander, B. 1996, *Kunnskap i handling*, Bokforlaget Daidalos AB, Göteborg.
- Mulbjerg, U. og U. Brøbecher 2005, *Klinisk vejledning og pædagogisk kompetence i professionsuddannelser*, Munksgaard, København.
- Nilsen, S., Fauske, H. og P. Nygren 2007, *Læring i fellesskap – En pedagogisk modell i profesjonsutdanninger*, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Norsk Ergoterapeutforbund 2006, *Ergoterapeutenes samfunnskontrakt. Yrkesrolle og etiske retningslinjer*, Oslo.
- Nortvedt, P. og H. Grimen 2004, *Sensibilitet og Refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Nylehn, B. og A.M. Støkken 2002, *De profesjonelle*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Nymo, A.V. 2007, *Å bli ergoterapeut. Dannelse av faglig identitet i ergoterapeututdanningen*, Mastergradsoppgave i helsefag, Universitetet i Tromsø.
- Pettersen, K.S. og E. Simonsen 2010, *Anerkjennelse og profesjon*, Cappelen Akademisk, Oslo.
- Rodger, A., Thomas, Y., Grebe, C., Broadbridge, J., Edwards, A., Newton, J. og M. Lyons 2014, «Attributes of excellence in practice educators: The perspectives of Australian occupational therapy students», *Australian Occupational Therapy Journal*, 61, s. 159–167.
<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12096>
- Solvoll, M.A. 2004, *Profesjon, identitet og autonomi i praksis og teori*, Høgskolen i Bodø, Bodø.
- Store Norske Leksikon 2014a, «Handlingskunnskap», *Store norske leksikon*. [Online] tilgjengelig fra: <https://snl.no/kunnskap> [Hentet 10. november 2014].
- Store Norske Leksikon 2014b, «Identitet», *Store norske leksikon*. [Online] tilgjengelig fra: <https://snl.no/identitet> [Hentet 10. november 2014].
- Säljö, R. 2001, *Læring i praksis. Et sosiokulturelt perspektiv*, Cappelen Akademisk, Oslo.
- Universitetet i Tromsø 2012, *Fagplan for Bachelorprogram i Ergoterapi 2012–2015*, Universitetet i Tromsø.
- Wenger, E. 2004, *Praksisfellesskaber. Læring, mening og identitet*, Hans Reitzels Forlag, København.

Kreativt verksted – en læringsarena for utforskning av terapeutisk kompetanse

Dette kapitlet presenterer et pedagogisk opplegg hvor ergoterapeutstudenter lærer å anvende kreative uttrykksformer i gruppe. Fokus rettes hen mot studentenes læringserfaringer om kreativitet og terapeutisk kompetanse gjennom å planlegge, lede og delta på kreativt verksted. Analyse av fokusgruppeintervju og individuelle skriftlige refleksjonsnotater belyser studentenes utforskningsprosess og oppdagelsesreise gjennom virkningsfulle aktiviteter. Studentene blir bevisst betydning av kreativitet og personlige dimensjoner ved terapeutrollen. De opplever å stå i utfordrende, men betydningsfulle læringsprosesser, som fordrer mot, kritisk refleksjon og praktisering i trygge omgivelser.

Introduksjon

Kreativt Verksted er en studentaktiv læringsarena som forfatterne har utarbeidet til bruk ved bachelorprogrammet i ergoterapi. Hensikten er at studentene, med oppfølging og veiledning av oss lærere, skal få kunnskap om og erfaringer med å planlegge og lede grupper. Studentene jobber her sammen i gruppe med utgangspunkt i kreative uttrykksformer/aktiviteter, som for eksempel lyrikk, tegning og musikk (UiT, 2014). For å lede slike grupper må studentene tilegne seg relevant teori / forskningsbasert kunnskap om blant annet gruppeprosesser og aktiviteters terapeutiske verdi (Eklund, Gunnarsson og Leufstadius, 2010; O'Brien og Solomon, 2013). God gruppeledelse fordrer terapeutisk kompetanse, noe som ikke bare tilegnes gjennom boklig læring. Studentene må gjøre seg bevisst på hvordan ens personlige væremåte, verdier og handlinger påvirker samhandling, og hvordan man kan bruke seg selv for å fremme innsikt og endringsprosesser hos andre (Taylor, 2008, s. 14). Dette er en form for dybdelæring som skaper forandring og påvirker ens identitet (Illeris, 2013). Det å gå i dybden fordrer at studentene bruker sin evne til å analysere og reflektere over egen læring, og til å konstruere forståelse om egen terapeutisk kompetanse.

Planlegging og ledelse av grupper med bruk av kreative uttrykksformer er en kjernekompetanse innen ergoterapifaget (Creek, 2005). Det har en lang tradisjon spesielt innen psykisk helsearbeid (Hansen, 2013). Forskning viser at arbeid med kreative aktiviteter i gruppe har terapeutisk potensiale, og i særdeleshet for mennesker som trenger å bli bedre kjent med seg selv, sine egne verdier og ressurser. Det kan gi sosial tilhørighet, noe som har positiv effekt på helse og velvære (Bryant, Fieldhouse, Bannigan og Creek, 2014; Crouch og Alers, 2014; Gamborg, Madsen og Winther Hansen, 2013). Horghagen (2014, s. 70) viser gjennom sin forskning hvordan mennesker i sårbare livssituasjoner har fremmet sin deltakelse i hverdagslivets aktiviteter gjennom engasjement i håndverk og kreative aktiviteter.

En rekke politiske styringsdokumenter som *Morgendagens omsorg* (St. meld. 29, 2012–2013), Samhandlingsreformen, (St. meld. 47, 2009), *Innovasjon i omsorg* (NOU, 2011:11) og *Utdanning for velferd* (St. meld. 13, 2012–2013) signaliserer et perspektivskifte innen både utdanning og utøving av helsetjenester. Det er behov for en *endring* av helsefaglig kompetanse for å møte utfordringene som morgendagens helsevesen krever. Det er nødvendig med flere hender, men også en dreining mot ressursorienterte arbeidsmetoder med mer lærende, innovative og nyskapende tilnærming. Det bør skapes en kultur i praksis for utvikling og iverksetting av nye ideer og kreative løsninger. Dette perspektivskiftet er i tråd med grunnsynet i ergoterapi der ressursorientering og gode samarbeidsrelasjoner med brukerne er sterkt rådende. Det er derfor viktig å utdanne ergoterapeuter som kritisk reflekterer over hvordan deres terapeutiske kompetanse får betydning i arbeidet med å støtte brukernes aktivitet og deltakelse tross helsemessige utfordringer. Det er også et samfunnsansvar å tilby kvalitet gjennom effektive og forskningsbaserte helsetjenester.

I løpet av ti års erfaring med kreativt verksted har vi som lærere ofte fått tilbakemelding fra studenter på at de opplever gjennom dette pedagogiske opplegget å bli satt i krevende prosesser, og de opplever å bevege seg ut i ukjent terreng. Samtidig er det interessant at de evaluerer opplegget som viktig for egen læring og utvikling. Vi har derfor valgt å utforske følgende problemstilling: Hvilken betydning har det å tilrettelegge, gjennomføre og delta i kreativt verksted for studentenes læring og utforskning av terapeutisk kompetanse?

Først gis noen teoretiske betraktninger om kreative aktiviteter og hvilke pedagogiske vurderinger som ligger til grunn for utforming av denne læringsarenaen.

Kreativt verksted ved ergoterapeututdanningen

Utgangspunktet for kreativt verksted er ønsket om å lage et pedagogisk opplegg for både individuell jobbing og interaktiv samhandling. Oppmerksomhet rettes mot prosessen som skjer underveis og mulighet for å tilpasse opplegget til den dynamiske utviklingen som ofte skjer når man jobber i grupper (Atkinson og Wells, 2000; O'Brien og Solomon, 2013). Vi bestreber å legge til rette for at det faglige innholdet skapes av både studenter og lærere. Relevant teori knyttes til gjennomføring av det enkelte kreative verksted. Det gis ikke teoretiske forelesninger i forkant. Arbeid med kreativt verksted skjer over flere uker, og studentene får dermed mulighet til å jobbe i dybden over en lenger periode.

Uttrykksformene som anvendes gjennom seks kreative verksteder er: papir og maling, kropp og bevegelse, leire og skulptur, lyd og rytme, lyrikk samt kreativ bruk av omgivelsene. Atkinson og Wells bok *Creative Therapies* (2000) gir inspirasjon til bruk av ulike kreative aktiviteter. Det første verkstedet ledes av lærere med alle studentene i andre studieår til stede (<24 studenter) slik at de blir kjent med og får felles referanser for hva kreativt verksted kan være. Her får studentene stifte kjennskap med prosess og struktur i det pedagogiske opplegget, hva det vil si å jobbe kreativt og forhold rundt egen kreativitet. Lærerne vektlegger å ha en lekende, utforskende stil. Det understrekes at fokus er på selve læringsprosessen, og ikke det endelige produktet som skapes.

Studentene blir så delt i to grupper på ca. 10–12 studenter med hver sin lærer. Hver gruppe danner fire–fem lederteam på to til tre personer som planlegger og gjennomfører hvert sitt kreative verksted med en valgt kreativ uttrykksform. Ledelse av et kreativt verksted krever grundige forberedelser. Teori må tilegnes, opplegget planlegges, materiale fremskaffes og rommet må skapes. Hvert kreative verksted varer i tre klokketimer og inneholder ulike faser med gruppeprosess, refleksjon, undervisning og evaluering. Hver student er med på til sammen fem–seks verksteder.

Gruppeprosessen innebærer oppvarmings-, hoved- og avslutningsaktiviteter. Oppvarmingsaktivitetene er gjerne enkle og lekende der hensikten er å få gruppen til å jobbe sammen, bli trygge på hverandre, og kjent med uttrykksformen. Hovedaktivitetene gir erfaringer med å jobbe med de ulike uttrykksformene. I det første lærerstyrte verkstedet har vi ofte brukt papir og maling. En oppgave her kan være å utforske og tegne sitt kreative rom. Underveis i hovedaktiviteten oppmuntres deltakerne til å dele tanker og følelser omkring egne erfaringer og gruppeprosessen. Spørsmål som stilles, kan være: Hva er et kreativt rom? Hvordan ser det ut? Er det forskjellig fra de andres i gruppa? Hva er det egentlig å være kreativ? Hvordan er min kreativitet? Hvorfor kan det være nyttig å reflektere omkring dette i gruppe? Avslutningsaktivitetene tar ofte utgangspunkt i avspenning,

kortvarige aktiviteter samt refleksjon. Hensikten er at studentene/deltakerne får avsluttet prosesser og temaer de har jobbet med, og knyttet disse til verden utenfor.

Etter at prosessen med kreative aktiviteter er fullført, skriver deltakerne individuelle refleksjonsnotater, inkludert tilbakemelding til lederne. Det kreative verkstedet avsluttes med at lederne av verkstedet ved hjelp av relevant teori, gir undervisning og begrunnelser for sentrale valg i gjennomføring av det kreative verkstedet. Deretter drøfter hele gruppen hvordan de ser for seg at verkstedet kunne vært brukt i klinisk praksis, for å gjøre læringen mere eksplisitt. Mange ulike aspekter løftes frem basert på de konkrete og praktiske erfaringene: Hvilke brukergrupper det kan være hensiktsmessig for, hvilke problemstillinger og målsettinger, hvordan begrunne opplegget og rekruttere deltakere?

Dagens gruppeprosess evalueres også med tanke på læringsbehov som bør vektlegges på neste verksted. Forhold som har betydning for utvikling av terapeutisk kompetanse, gis særlig oppmerksomhet.

Kreativt verksted kan karakteriseres som en selvinnsiktsgruppe. Hensikten med en slik gruppe er ifølge Finlay (2005, s. 176) å høyne bevisstheten om egen person og egen terapeutisk kompetanse. Gjennom kreativt verksted gis studentene mulighet til å utforske og oppøve ferdigheter. Dette er en praktisk kunnskap som er sammenvevd med personen og de situasjoner hvor den blir lært og anvendt, som kommer til uttrykk gjennom personens handlinger, vurderinger og skjønn (Nortvedt og Grimen, 2004).

Terapeutisk kompetanse og kreativitet

Terapeutisk kompetanse omfatter mange aspekter som er av betydning for å utvikle gode terapeutiske allianser i arbeidet med å støtte opp om brukerens endrings- og bedringsprosesser. Ved gjennomgang av engelskspråklig litteratur finner vi ikke noe tilsvarende begrep, men «Therapeutic use of self» er en viktig del av terapeutisk kompetanse, Freshwater (Bryant et al., 2014, s. 485) definerer det på følgende måte:

Therapeutic use of self: The process of the therapist evaluating the effect of her characteristics, values and practice in interaction with others, and the extent to which this brings development and insight for the client.

En viktig dimensjon i utvikling av terapeutisk kompetanse er studentens innsiktsfulle bruk av seg selv som et viktig personlig, terapeutisk redskap i arbeid med mennesker. Grunnlaget for utvikling av slik kompetanse skjer gjennom ergoterapeutstudiet, men trenger næring og kontinuerlig oppmerksomhet gjennom yrkesutøvelsen.

Ifølge Taylor (2008, s. 3–15) skjer det omfattende og nyskapende ergoterapifaglig kunnskapsutvikling på dette området, men det er fortsatt behov for kunnskap og tydeliggjøring av hvordan slik kompetanse kan læres.

Kreativt verksted er forankret i humanistisk og eksistensiell filosofi og pedagogikk. Grunnleggende her er tanken om at mennesker er frie og selvstendige individer med egne ideer, meninger og behov. Mennesket er ansvarlig for sine valg, de er konstant i en endringsprosess, og redefinerer seg selv gjennom dialog og samhandling med omverdenen (Barris, Kielhofner og Watts, 1988; Bryant et al., 2014; Dewey, 1933; Pettersen, 2008).

Kreativitet er noe som er iboende i alle, men den kan av ulike grunner trenge hjelp til å bli hentet frem. Studentene må først finne og bli bevisst egen kreativitet, før de kan hjelpe andre. Kreativitet i seg selv kan være en kilde til endring for eksempel når man står i en vanskelig situasjon der vante løsningsstrategier ikke virker og nye må skapes (Atkinson og Wells, 2000; Perrin, 2001). Marksberry (i Atkinson og Wells, 2000, s. 13) definerer kreativitet som en kombinasjon av tenkning og kroppslige ferdigheter, som gir individet mulighet til å jobbe med seg selv eller forhold omkring dem, til å uttrykke følelser og ideer ved bruk av verktøy som kritisk tenkning eller problemløsning gjennom refleksjonsprosessen.

Betydning og verdien av kreativitet er knyttet til målet med å skape et produkt og gleden man opplever gjennom skapelsesprosessen. Glede kan komme fra problemløsning, eller å la seg oppsluke av en kreativ handling og oppdage noe nytt om seg selv (Blanche, 2007). Ifølge Abraham Maslow (1974) og Zinker (2009) er terapeutisk virkning av kreativitet knyttet til dens kraft til å fremme transformasjon og forandring. Kreative aktiviteter er slik velegnet for å øke personens selvinnstikt.

Transformativ læring medfører en omdannelse eller forandring som er noe annet og mer enn bare tilegnelse av ny faglig kunnskap (Jentoft, 2009; Mezirow, 1991). Illeris (2013, s. 67) knytter identitet til sin definisjon: «Transformativ læring omfatter all læring, der innebærer endringer i den lærendes identitet.» Endring i selvoppfatning eller identitet avhenger av kritisk selvrefleksjon. Slik bevisstgjøring om egne verdier og holdninger tenker vi er grunnleggende for utvikling av terapeutisk kompetanse. Slik læring skjer gjennom handling og refleksjon i samhandling mellom studenter og med lærere.

Deltakelse i aktiviteter foregår alltid i en kontekst (Polatajko og Townsend, 2008; Wilcock, 2011). Kreativt verksted er en tilrettelagt kontekst som gir studentene struktur for å utforske holdninger og oppøve ferdigheter, reflektere omkring erfaringer de får gjennom deltakelse i og ledelse av kreative grupper.

Materiale og metode

Deltakere og datainnsamling

For å belyse hvordan kreativt verksted har bidratt til studentenes læring og utforskning av terapeutisk kompetanse, har vi gjennomført og analysert to fokusgruppeintervju med to ulike studentkull, og analysert alle studentenes refleksjonsnotater gjennom ti år. I tillegg drar vi veksler på vår erfaring som lærer og deltaker på utallige studentledede verksteder.

Alle studentene har gitt skriftlig samtykke til at vi kan bruke materiale fra kreativt verksted til dokumentasjon og forskning. Studentene som deltok i fokusgruppeintervju, ga skriftlig samtykke til dette. Studentenes utsagn i teksten er anonymisert.

Refleksjonsnotater

Umiddelbart etter at selve gruppeprosessen med oppvarming-, hoved- og avslutningsaktiviteter er avsluttet, skriver studentene et individuelt refleksjonsnotat. De bruker ca. ti minutter på å skrive ned umiddelbare tanker knyttet til følgende spørsmål:

- Hva erfarte jeg / oppdaget jeg / ble jeg oppmerksom på / lærte jeg gjennom min deltakelse?
- a) om meg selv (egenskaper, reaksjoner, relasjonen, samhandling med mer)
 - b) om andre (egenskaper, reaksjoner, relasjonen, samhandling med mer)
 - c) om tema/metoden. Hvilke metoder ble brukt?
 - d) om rommet og organiseringen av det

Refleksjonsnotatet inneholdt i tillegg en tilbakemelding til gruppelederne, som også var gjenstand for analyse.

Fokusgruppeintervju

Styrken ved å bruke metoden med fokusgrupper er først og fremst å få produsert data om sosiale gruppers fortolkninger, samhandling og normer om et fenomen/tema (Barbour og Kitinger, 1999; Halkier og Gjerpe, 2010). Vi har gjennomført to fokusgruppeintervju for å få dypere forståelse av studentenes oppfatninger, følelser, holdninger og ideer om forhold som de opplevde som betydningsfulle ved å delta i kreativt verksted. Vi poengterte at vi gjerne ønsket bredde i oppfatningene av kreativt verksted, og at studenter med både glede over og skepsis til dette undervisningstilbudet var velkomne til å delta. De som var interessert i å delta, tok individuell kontakt med oss i etterkant. Den ene gruppen besto av fem studenter fra andre studieår som nettopp hadde avsluttet kreativt verksted, den andre av fire studenter fra tredje studieår som hadde hatt det året før.

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i et av våre undervisningsrom på utdanningsstedet, med varighet på omtrent en time. Studentene ble spurt på forhånd og

ga aksept til videofilming av intervjuene. I fokusgruppeintervjuene delte studentene egne erfaringer og egen forståelse. Dette resulterte i at den sosiale samhandlingen, selve samspillet i gruppen, var kilde til data (Halkier og Gjerpe, 2010). Begge fokusgruppeintervjuene ble umiddelbart skrevet ut.

Analyse

Analysen ble gjennomført med temasentrert tilnærming (Thagaard, 2013) hvor målet var å få frem studentenes erfaringer og slik få kunnskap om hvordan læringsformen kan forstås som bidrag til utvikling av terapeutisk kompetanse. For å få økt troverdighet til analysen, valgte vi å lese både refleksjonsnotatene og intervjuene hver for oss. Dette gjorde vi for å få oversikt, forståelse av all tekst som helhet og starte prosessen med å identifisere temaer. Når vi møttes, hadde vi en felles forståelse for betydningsfulle temaer. Da vi kodet materialet, brukte vi studentenes egne ord, og begreper som *kreativitet*, *terapeutisk*, *selvutviklende* og *utfordrende* ble gjengangere. Disse begrepene ble videre analysert til å være knyttet til rollen som leder av og deltaker på kreativt verksted.

Proessen med å analysere datamaterialet har ikke vært en lineær prosess, men gått frem og tilbake. Gjennom vår deltakelse og ledelse av mange kreative verksteder har vi nærhet til empirien, noe som har fordret kontinuerlig kritisk refleksjon om hvordan vår forforståelse preger analysen (Thagaard, 2013). Vi har hatt jevnlig møter hvor vi har presentert nye fortolkninger av empirien etterfulgt av refleksjon og diskusjon, knyttet til rådataene. Tett samarbeid gjennom analysen styrker tolkingen og troverdigheten i gjennomføringen av analysen (Fangen, 2010). En gevinst ved å benytte fokusgruppeintervju er at flere diskuterer samme tema. En styrke i denne sammenhengen var at en fokusgruppe hadde tidsmessig avstand til kreativt verksted, og hadde et annet utgangspunkt med tanke på innsikt og refleksjoner. Dette har vi ansett som en styrke i analysen av materialet.

Analysen viser at studentene knytter læringen sin til to hovedområder: læring gjennom deltakelse og læring gjennom ledelse.

Læring gjennom deltakelse:

- a) bevisstgjøringsprosess – å utforske sider ved seg selv og andre
- b) oppdagelsesreise – å tørre å la seg utfordre
- c) virkningsfulle aktiviteter

Læring gjennom ledelse:

- a) å bli varm i trøya
- b) refleksjon og ordenes betydning
- c) utfordrende læringsprosesser
- d) å ha flere generalprøver før sceneteppet går opp

Læring gjennom deltakelse

Gjennom arbeid med ulike kreative uttrykksformer i gruppe utforsker studentene både interessen for og den virkning aktivitetene gir til en selv og andre. Trygghet i gruppa har betydning for den graden studentene lar seg utfordre gjennom denne bevisstgjøringsprosessen og oppdagelsesreisen.

Bevisstgjøringsprosess – å utforske sider ved seg selv og andre

Studentene fremhever betydningen av å oppdage og bli kjent med nye sider ved seg selv gjennom deltakelse i kreativt verksted. De stiller seg spørsmål som: Hvem er jeg? Hvem er jeg som begynnende ergoterapeut? Hvem er jeg som leder? Er jeg kreativ? Denne utforskningsprosessen blir ikke bare en privat oppgave, men noe de gjør i lag med andre. Dette sier de er betydningsfullt også fordi mange av dem har flyttet langt hjemmefra, noe som gjør at de har færre nære å snakke fortrolig med. Sammen med andre får de hjelp til å oppdage seg selv. Det som for mange oppleves som overraskende og betydningsfullt, er erkjennelsen av at de bærer på mange tanker og verdier som er felles. En av studentene formulerer seg slik:

Jeg skjønte at jeg ikke tenker så annerledes enn andre. At vi tenker veldig likt. Familie og nære relasjoner betyr mye, ikke bare for meg, men også for medstudenter, og dette kom frem gjennom å prate om vår historie, oss selv, gjennom kunst.

Erfaringer fra tidligere skolegang og utdanning blir diskutert som formgivende for den de opplever at de er i dag. En del studenter presenterer tidligere utdanningsinstitusjoner som så faktaorienterte og prestasjonsorienterte at det var lett å få en utilstrekkelighetsfølelse og dermed miste seg selv og sin kreativitet. De formidler at kreativiteten ofte stanser opp i ungdomsårene der rammene settes av skole og foreldre, av alle andre enn dem selv. Det var selve produktet som var viktig, nesten uansett fag.

Gjennom prosessen med kreative uttrykksformer blir studentene bedre kjent med seg selv, og opplever det som selvutviklende:

Når vi har kreativt verksted, så er rammene mer løse. Slik var det i alle fall i vår klasse. På et kreativt verksted er ikke resultatet så viktig. Man blir kjent med seg selv, man kan få andre roller, og man kan få opplevelsen av å lykkes.

En annen følger opp og sier: «Alle trenger dette. Bli kjent med seg selv, få kontakt med seg selv, altså selvutvikling.» Studenten opplever å komme fra klare forventningsstrukturer i skole. Gjennom kreativt verksted utfordres de til å utvikle en fleksibilitet i forhold til disse. Dialogen sier også noe om forutsetninger som studentene mener må være til stede for å føle at de lykkes: fleksibilitet innen klare, men åpne rammer. Ved å utfordre sin egen kreativitet gjennom musikk, drama,

fysisk aktivitet og maling, blir de utfordret til å finne ut hvem de er. Kjennskap til egen kreativitet gir betydningsfull læring og oppleves identitetsskapende. Men for å oppnå dette må de våge å gå utenfor sin egen komfortsone.

Oppdagelsesreisen – å tørre å la seg utfordre

Ved deltakelse på verkstedene blir studentene utfordret gjennom ulike temaer. Studentene forteller om et verksted med tema identitet: Hvem er du? «Bare temaet var nok til å skape uro i magen», og noen av øvelsene ble forklart å være så «heftige» at de som deltakere nærmest «gispet etter luft». Men gruppelederne her opptrådte rolige og virket trygge på seg selv. De forklarte hele veien hva hensikten med øvelsene var, og at deltakerne kunne stå over øvelser om de syntes noen var for vanskelige. Det var også god tid til refleksjoner underveis. Deltakerne følte seg ivaretatte, og lot seg utfordre. På avslutningsøvelsen sto de i ring, holdt rundt hverandre og ga seg selv og hverandre positiv tilbakemelding. En av studentene beskrev det slik: «Altså, det var jo sånn at jeg svevde ut døra fordi vi hadde fått så masse positive tilbakemeldinger på oss selv. Også fra læreren. Det var så betydningsfullt.»

Studentene uttrykker at de tåler å bli utfordret. De verdsetter å lære å kjenne nye sider ved seg selv, også når de møter vansker i aktiviteter som de hadde ønsket eller trodd de skulle klare. Studentene har i etterkant stilt seg spørsmål som: «Hvorfor var dette så tungt for meg?» «Hvorfor reagerte jeg slik?» Denne studentens utsagn kan også tjene som eksempel: «Man lærer masse av de vanskelige situasjonene også. Faktisk lærte jeg mer i de vanskelige øvelsene enn jeg gjorde i dem jeg syntes var enkle.» De utfordrende øvelsene skapte også det som en student omtaler som «en gnist» å jobbe på.

Studentene understreker at å ta opp noe veldig personlig, krever tid og en trygg setting, en sier det slik: «Jeg lærte også at jeg trenger tid, trygghet og frivillighet for å være med. Ellers kan jeg bli litt låst og vrien.» Klassemiljøet har stor betydning, men også forhold til lærerne og deres opptreden i gruppa. Lærerne leder alltid det første kreative verkstedet der vi tar studentene med på en oppdagelsesreise. Hensikten er å være rollemodeller, og gi studentene erfaringer med struktur og innhold for opplegget. Studentene anerkjenner vår opptreden: «Jeg følte det var greit å ha en med erfaring, som visste hvordan det skulle gjøres. Hun ble litt som en mal på en måte.» Med bruk av trygghetsskapende øvelser, sensitiv tilstedeværelse og en reflekterende holdning, søker vi å legge grunnlag for et utforskende og lærende kreativt verksted.

Gjennom de påfølgende verkstedene er lærerne deltakere. Vår deltakende lærerrolle kan tilpasses ulike hensikter. Ved behov kan vi opptre som støttespillere for lederne eller se til at studenter blir ivaretatt om følelser flommer over. I andre sammenhenger opptre vi mere lekende. Vi har blant annet hoppet som frosker med krone på hodet (agerte et eventyr), svevd i lag i gymsalen, uten helt å vite hvor vi skulle hen.

Studentene uttrykker at den nye rollen som lærerne inntok, var uvant, men også trygghetsskapende. En student sier: «Fint at dere var deltakende. Det var fint å bli kjent på en ny måte.» En annen sier: «Det var artig å se dere tørre å leke.» Fordi studentene opplever kreativt verksted som utfordrende, opptrer vi bevisst for å bidra til å etablere trygghet i gruppen. En student sier det slik: «Det går mest på hvem man er trygg på. Ikke så mye hvem som er ekstra gode på sånne ting. Jeg føler meg mer trygg på dere to enn noen andre.»

En annen sier: «Hadde jeg ikke vært trygg på læreren, så hadde jeg vært usikker på meg selv både som deltaker og leder.»

Virkningsfulle aktiviteter

Studentene uttrykker at deltakerne i kreative verksteder opplever ulike temaer og uttrykksformer veldig forskjellig. For noen fremkaller det gode minner å la seg føre inn i barndommen ved hjelp av musikk og barnesuller. For andre har det bragt frem såre minner fra en vanskelig barndom. Ved å bli utfordret kommer de nærmere egne følelser, sympatier og antipatier, som her beskrevet av en student: «Det var en aktivitet. Jeg fikk den til, men jeg ble så sint at jeg holdt på å sprekke!!!» En annen student forteller om egne følelser og reaksjoner:

Jeg følte det var enkelte ting som ikke egnet seg for meg, som jeg ikke hadde tenkt på forhånd. Jeg husker at lyrikk, det følte jeg at jeg ikke mestret i det hele tatt, men at alle de andre verkstedene syntes jeg var artige å utføre, og klarte å slippe meg løs. Men akkurat lyrikk. Det mestret jeg ikke. Jeg klarte ikke å forme et dikt på 20 min. Det var en negativ følelse! Det var ingen god følelse. Jeg husker at jeg hadde klump i halsen da jeg skulle fremføre diktet.

Dette står i kontrast til følgende:

Tenker jeg tilbake, så må det være lyrikk som sitter i hukommelsen. Det var slik ro ... så koselig, helt annerledes enn jeg hadde trodd. Jeg syntes lyrikk hørtet råkjedelig ut, men det ble det ikke.

Studentene uttrykker at de blir overrasket over hvor forskjellig de ulike kreative uttrykksformer virket på den enkelte, her eksemplifisert:

Det å skulle være kreativ, syntes jeg hørtet sært ut. Men opplevelsen med å få den erfaringen var egentlig ganske positiv. Underveis hadde jeg ikke dype tanker når jeg malte, men når jeg skulle sette ord på det i ettertid ... ja, da var det en ny måte å gjøre det på. For meg var det en ... positiv opplevelse.

Nettopp at folk opplever like aktiviteter så forskjellig, gir viktig erfaring som det er vanskelig å lese seg frem til i en bok. Etter gjennomføring av en aktivitet opplever noen positive følelser, mens andre er i en følelsesmessig berg- og dalbane.

Lederne opplever det som utfordrende hvordan de skal møte de vanskelige følelsene, og har vansker med å finne de rette ordene. Det samme gjelder når det grenser til det som studentene oppfatter som personlig og privat. De uttrykker også redsel for å begynne å gråte selv. Dette er temaer som de ønsker å diskutere med lærerne.

Det gir viktig læring å bli klar over hvordan ulike kreative aktiviteter virker på den enkelte slik det fremgår i eksempelet med lyrikk. Noen uttrykker begeistring, andre ubehag eller ambivalens med samme aktivitet. De erkjenner at aktivitetene har en virkningsfull kraft. En student sier det slik: «Kropp og bevegelse er bra, for da blir jeg ekte fysisk sliten. Jeg får kuttet ut hodet, for å si det sånn.» Mange sier de har opplevd «energiutbrudd, ladning av batteri og påfyll». Kreative aktiviteter gir avkobling og påvirker igangsetting av egen kreativitet. Oppdagelser om hvordan fysisk, lekende uteaktiviteter kan bidra til å dreie tankene vekk fra kaos og stress, synes betydningsfull. Deling av slike erfaringer, sier studentene, er bevisstgjørende for terapeutrollen, da man ofte kan glemme at dette også kan være veldig viktig å oppleve for pasienter.

Gruppetilhørighet og trygge rammer sier studentene er en forutsetning for at de tør å la seg utfordre og utforske egen kreativitet gjennom de ulike uttrykksformene. Det handler om å gi seg hen i opplevelsen, om å la seg oppsluke og glemme tid og sted. Dette fordrer ledere som har kunnskap, evne og blikk til å jobbe prosessorientert med kreative uttrykksformer i gruppe.

Studentene opplever at kreativt verksted påvirker klassemiljøet underveis og i ettertid av kreativt verksted. En student oppsummerer klassens erfaringer slik:

Vi erfarte jo også hva det gjør med klassemiljøet. At vi ble mer sammenspleiset, visste mer om hverandre, følte mer trygghet. Vi har opplevd økt sosialt fellesskap i klassen og skaperkraft som har inspirert på tvers.

Gjennom kreative uttrykksformer har studentene blitt bedre kjent med hverandre og styrket samholdet i klassen.

Læring gjennom ledelse

Studentene erfarer at ledelse av kreativt verksted krever grundig planlegging, og at planlegging avhenger av egen deltakererfaring og refleksjoner omkring kreativitet. De anvender aktivitetsanalyse og tilpasser aktiviteter til gruppen og det de ønsker å oppnå. De oppdager ordenes betydning i instruksjonene som gis. Praktisering

i trygge omgivelser er nødvendig for utforskning og utvikling av kreativitet og terapeutisk kompetanse.

Å bli varm i trøya

Ledelse gjennom et kreativt verksted krever grundige forberedelser og mange aspekter som skal gjennomtenkes på forhånd. Det omfatter både å tilegne seg kunnskap om å bruke kreative aktiviteter og å lede grupper. Ulike aktiviteter skal planlegges, materialer skal skaffes til veie og rommet skal møbleres. Lederne opplever denne læringsfasen som svært utfordrende. En student uttrykker det slik:

Dette krever planlegging! Å planlegge kreativt verksted tar ikke en halvtime! Det er mye å tenke på. Tidsmessig, at det skal engasjere, og så fikk man ingen mulighet til å prøve det ut, før finalen.

God ledelse bygger også på deltakererfaring. Studentene synes det er betydningsfullt å få utforske egne følelser og få egenerfaring med å lede kreative grupper i trygge omgivelser, før de prøver seg i klinisk praksis. For å anvende kreative aktiviteter i gruppe bør man selv ha kjent på følelser som kan dukke opp gjennom bruk av slike uttrykksformer. De understreker at når man skal ut og lede grupper, er det viktig at man har vært i deltakerrollen først.

Etter at lederne har ønsket deltakere og lærere velkommen til kreativt verksted, starter de med oppvarming. Gjennom oppvarmingen introduseres dagens tema og den kreative uttrykksformen som skal anvendes. Gjennom fokusgruppeintervju og refleksjonsnotater kommer det entydig frem at studentene mener at oppvarmingsøvelser er særdeles viktige for å hjelpe den enkelte til å komme i posisjon, legge travle hverdagsrutiner til side og samle gruppen.

Lederen må finne gode oppvarmingsøvelser og tenke igjennom hensikten med disse, hva de krever, fordrer og muliggjør. De anvender aktivitetsanalyse for å tilpasse dem til hva de ønsker å oppnå gjennom valg av aktiviteter og hvordan lederne presenterer dem. Oppvarmingsøvelsene som har hatt elementer av det å bli kjent med seg selv og hverandre, blir fremhevet som positive. Oppvarmingen er viktig for å få til en god atmosfære for videre hoveddel og avslutning. Dersom gruppen ikke er tilstrekkelig oppvarmet, fokusert og relativt trygg, kan læringsprosessen videre forbli lekende og morsom, men overfladisk.

Refleksjon og ordenes betydning

Gjennom oppdagelsesreisen må lederen skape trygge rammer og underveis i prosessen gi deltakerne tid og rom til refleksjon knyttet til oppdagelser, utfordringer og samspill med andre. Flere studenter understreket at de ble klar over at det må

skapes rom for å lære av deltakelsen. Andre legger til at det kan være krevende å få til et samspill med andre. Dette fordrer gode ledere som hjelper i gang med prosessen.

Studentene lærer betydningen av å bruke god tid til refleksjon i smågrupper underveis: «Hva jeg erfarte om meg selv, og samspill med andre.

Det etableres åpenhet i gruppa etter hvert som studentene får erfaring fra flere verksteder. En student sier: «Det krever erfaring å få til slik at man tør dele.» Ordene i instruksjonen har betydning: «Man må få beskjed om hva som egentlig skal deles.» Studentene lærer at ord og instruksjoner bør være gjennomtenkte og tydelige, her eksemplifisert ved avspenning: «Til dette blir ordvalg viktig. I stedet for å si: «dere skal slappe av!» Lederen bør si: «prøv å slappe av.»

Basert på erfaring med kreative aktiviteter gjennom ulike verksteder erkjenner studentene at refleksjon underveis i prosessen er betydningsfullt for en dypere læringsutvikling. Det var spesielt nyttig når de inntok rollen som leder, slik en student utdyper her: «Man går mer inn i seg selv. Så var det også erfaringsrikt når man skulle lede.» Gjennom de kreative verkstedene lærer studentene av hverandre og bygger lag på lag med innsikter, kunnskap og ferdigheter, slik studenten her formidler: «Man så jo progresjonen fra de som var først, til de som var sist. Man tok etter hverandre. Det hadde vi jo kjempeutbytte av når vi skulle lede.» Gjennom å dele og reflektere over egne og andres erfaringer får studentene innsikter som kan forbedre læringsprosessen i neste verksted.

Utfordrende læringsprosesser

Lederne opplever det som svært utfordrende å skulle ha et øye både med tilrettelegging av aktivitet og å gi oppmerksomhet til prosessene som skjer i gruppa. En sier det slik: «Jeg ser at jeg må jobbe mer med å gi slipp på at alt må skje i et system og rekkefølge.» Studenten uttrykker her vansker med å slippe kontroll og som leder tåle at prosessen kan ta uante veier. De føler seg usikre på hvor mye de skal tørre å utfordre i lederrollen, slik studenten her formidler:

Jeg merket noen ganger at vi ledere var veldig fokuserte på selve prosessen og ikke på produktet, men andre ganger var det motsatt. Det ble ikke tatt så stort hensyn til de store følelsene og reaksjonene i gruppen. Jeg tror det handlet om at vi til tider var usikker på hvor langt vi skulle gå inn på følelsene og tankene til en person. Jeg tror vi kunne fått en bedre forståelse av hvordan det var å jobbe med, og være i en nær gruppe hvis vi hadde gått dypere inn på disse områdene.

Kreativt verksted er en gruppebasert læringsarena med aktivitetsfokus hvor lederen noen ganger kommer tett på studentene og deres følelser. De lærer gjennom ledererfaring å opptre varsomt og utvise sensitivitet, slik studenten her formidler: «Noen har erfaringer som man ikke vet om. De som man tror takler disse tingene, har vanskeligheter med det.» Noen ganger må lærere og medstudenter hjelpe deltakerne med å sette grenser og ivareta seg selv.

Studentene i lederrollen uttrykker usikkerhet knyttet til hvordan de skal takle at noen begynner å tolke andres bilder. At noen maler lyse farger, trenger ikke bety at alt er bra på innsiden. Flamme og ild trenger ikke bety at noen uttrykker voldsomme følelser. Noen ganger fornekter de at en medstudent har ressurser han/hun ikke var klar over selv. Hvordan kan de formidle det til medstudenten? Slike øvelser og innsikter fører til diskusjoner om hvordan bruke dette i senere klinisk arbeid i samhandling med klienter.

Å ha flere generalprøver før sceneteppet går opp

Studentene fremhever at det har vært veldig betydningsfullt å få erfaringer med å både delta i, og lede grupper i utdanningssammenheng. En sier det slik:

Jeg er kjempeglad for at vi har hatt kreativt verksted på skolen. Det er noe som vi får bruk for som ergoterapeuter. Man vet hva det innebærer, aktiviteter, medier, alle disse tingene. Det er så bra at vi har vært gjennom det. I utdanningen så må man få lov til å vise følelser, selv om det er skremmende. En plass må man begynne, en plass man føler seg trygg.

Deltaker- og ikke minst lederrollen oppleves utfordrende, men også trygghets- skapende:

Man føler mer trygghet i seg selv gjennom å ha gjort det. Jeg hadde ikke vært så trygg som nå dersom jeg ikke hadde gjort dette. Nå har jeg den ballasten.

Studentene fremhever viktigheten av at dette har vært en langsgående prosess. Innledningsvis bærer verkstedene preg av at de som enkeltpersoner og studentgruppe følte seg veldig frem i dette nye de var blitt presentert for. Mange sier de var litt nervøse de første gangene, og brukte mye av energien på å få tak i hensikten, hvordan det var bygd opp, og hvordan de skulle gjøre de ulike aktivitetene. Det understrekes at det krever nok øvelse og tid til å få inn under huden hva kreativt verksted egentlig går ut på. Underveis setter de seg personlige læringsmål som beskrevet her: «Jeg har behov for å utfordre meg selv i terapeutrollen, stille gode spørsmål og møte motgang.» Gjennom de siste verkstedene klarte de å ha fokus på hvordan de kan bruke kreative verksteder som middel for å oppnå egne læringsmål.

Drøfting

Gjennom læringsarenaen kreativt verksted bevisstgjøres studentene om hvilken betydning kreativitet har for utvikling av deres terapeutiske kompetanse. Dette fordrer et læringsmiljø som gir mulighet for refleksjon og tillater prøving og feiling.

Kreativitet og terapeutisk kompetanse

Gjennom deltakelse i kreative aktiviteter blir studentene bevisst hvordan enkelte uttrykksformer gir dem glede og gode følelser, mens andre kan gi motsatte reaksjoner. De opplever glede ved å være i en skapende prosess. De lar seg oppsluke, kobler av, glemmer verden rundt seg og blir bevisste på hvordan de takler stress. De erkjenner at kreative aktiviteter har en virkningsfull kraft. Studenter som ikke trodde de var kreative, blir kjent med sin kreative kapasitet. Kreativitet finnes i hver enkelt deltaker som engasjerer seg med kreative uttrykksformer (Atkinson og Wells, 2000). Kreativitet støtter aktivitetsutførelse, gir selvinnsikt og har betydning for god samhandling mellom klient og terapeut (Bryant et al., 2014; Gamborg et al., 2013). Når studentene oppdager og verdsetter egen kreativitet, gir det dem styrke til å stå i det uferdige, til å slippe kontroll og være til stede i situasjonen. Kreativitet er derfor selve kjernen i læring om terapeutisk kompetanse som handler om å oppdage seg selv, utvikle selvinnsikt og identitet både som person og kommende samfunnsorientert ergoterapeut.

Ifølge Atkinson og Wells (2000) er kreativitet innebygd i den terapeutiske endringsprosessen. Det fordrer at man tar sjanser og åpner opp for at en kreativ prosess kan skje. Studentene blir bevisst betydningen av å gi oppmerksomhet til prosessen og slippe kontrollen med at alt må skje i et system og en rekkefølge. De lærer å by på seg selv og være oppmerksomt til stede i situasjonen. Ved bruk av kreative aktiviteter fremhever Marksberry (i Atkinson og Wells, 2000, s. 13) at det må gis mulighet for at uferdige ideer kan tre frem. Det må tillates frihet fra konformitet, noe som innebærer fokus på individuell tenkning og utforskning. All atferd har en mening. Drømmer, fantasi og kreativitet kan uttrykkes når opplevelser og erfaringer vektlegges, ikke det endelige produktet. Når studentene skriver, tegner, maler og beveger seg til musikk, gir de avtrykk av seg selv som de får respons på av medstudenter og lærere. Gjennom nært samspill med andre får de tilbakemelding på seg selv, noe som hjelper dem til å justere utøvelsen av for eksempel leder- og senere ergoterapeutrollen. Det er nettopp gjennom samspill med andre at mennesker får mulighet til å verne om sin identitet, men også skape en ny identitet, og dette skjer gjennom samhandling (Illeris, 2013). Det er gjennom andres blikk man ser seg selv, og på denne måten får man anledning til å bruke andre som et spill på hvem man selv er (Cooley, 1964).

Helsefagenes overordnede siktemål er å lindre lidelse og fremme helse. Da ens personlige opptreden ligger implisitt i all samhandling mellom mennesker, er det viktig å bli denne bevisst. Personlig opptreden handler om evne til å være oppmerksomt til stede i situasjonen, både i forhold til selv, sin personlig væremåte, tilegnet kunnskap og ferdigheter. Det fordrer også oppmerksomhet rettet hen mot egne og andres refleksjoner (Nortvedt og Grimen, 2004).

Terapeutisk kompetanse utvikles og skapes i samhandling mellom personer, noe som fordrer kritisk selvrefleksjon. Gjennom kontinuerlig selvrefleksjon i kreative verksteder blir studentene bevisst på hvordan deres egne verdier og holdninger spilles ut i relasjonelle situasjoner. Selvrefleksjon muliggjøres i en prosess hvor studentene stopper opp og uavbrutt vender oppmerksomheten mot seg selv. Slik får studentene mulighet til å bli kjent med, og skape, en personlig identitet som en integrert del av terapeutrollen. De får økt bevissthet på hvordan deres holdninger og verdier formidles og oppleves av medstudentene gjennom en empatisk opptreden. Empatisk handling skapes i møtet mellom mennesker og er mer en måte å opptre på, enn en iboende egenskap i personen (Taylor, 2008). Gjennom sin opptreden i for eksempel lederrollen, får studentene tilbakemelding fra medstudenter og lærere på sin terapeutiske kompetanse. Opptreden i denne sammenhengen handler blant annet om hvordan studentene introduserer aktiviteter, støtter og utfordrer underveis, stimulerer til selvrefleksjon, får til konstruktive diskusjoner mellom gruppemedlemmene underveis, og hvordan de avslutter prosesser.

Selvrefleksjon er viktig for å utvikle sensitivitet og en kritisk holdning til hvordan ens egne verdier og holdninger påvirker relasjonelle situasjoner. Gjennom refleksjon blir ens evne til å organisere og strukturere tanker, vurdere forskjellige fremgangsmåter og kontinuerlig utforske og inkludere andre muligheter, både utfordret og styrket. Dette er utfordrende prosesser som krever kontinuerlig problemløsning og refleksjoner omkring egen væremåte og holdninger med spørsmål som: Var dette den beste måten å gjøre det på, eller skulle jeg handlet annerledes? Når studentene gjennom slik selvrefleksjon finner mening i en erfaring, skjer det en transformativ læring (Illeris, 2013; Jentoft, 2009). Dette krever kreativitet, initiativ og hardt arbeid både fra studenter og lærere.

Studentene formidler at kreativiteten ofte stanset opp i ungdomsårene, noe de relaterer til skolens produktorientering i alle fag. Gjennom grunnskolen ble de formet etter lærernes og foreldrenes påvirkning. For at studentene skal få en transformativ læring, må de gjøre opp med egne innsosialiserte fordommer (Illeris, 2013). Dette har betydning for å bli bevisst egen kreativitet og utvikle sin terapeutiske kompetanse.

Utforskningsprosessen med å finne ut hvem man er, og hvilken leder man vil være, finner sted i kreative verksteder. Dette skjer gjennom utforskning av lederrollen med dens ansvar og autonomi. Gjennom kreativt verksted blir studentene bevisst på at de som leder må ta en aktiv rolle. Ledelse betyr å involvere seg. Dette er en viktig erkjennelse, siden terapeutisk arbeid i gruppe baserer seg på skjønn og dømmekraft (Nortvedt og Grimen, 2004).

Selv om kreativt verksted bygger på en stram struktur med oppvarming, hoveddel og avslutning, så erfarer studentene at det er mange prosesser og detaljer å holde rede på. De erfarer også at til tross for hvor forberedt de har vært på sitt planlagte opplegg, så skapes de enkelte kreative verkstedene der og da, i en kontekst. Mangel på erfaring med å lede grupper med bruk av kreative aktiviteter, gjør at studentene ofte føler seg usikre på hvordan de skal møte følelser som kommer til uttrykk. Det er vanskelig å finne de rette ordene. Studentene blir her bevisst hvordan ordene og instruksjonene som anvendes i øvelsene, får betydning, noe som er en viktig ingrediens i skjønnsutøvelse og opparbeidelse av dømmekraft for senere bruk. Slike førstehanderfaringer læres gjennom å være oppmerksomt til stede i situasjonen og kritisk refleksjon.

Læringsmiljø for utvikling av terapeutisk kompetanse

Utdanningen har et samfunnsansvar for å utdanne terapeutisk kompetente ergo-terapeuter som er seg bevisst sin personlige opptreden, opptrer forpliktende overfor brukere og bruker sine ressurser på en formålstjenlig måte. Grunnlaget formes gjennom bachelorstudiet. St. meld. nr. 13 (2012) *Utdanning for velferd: samspill i praksis* påpeker at det er behov for en kraftig fornying og forbedring av velferdsutdanningene på alle nivå for å utdanne helsearbeidere som kan jobbe mer samhandlende, kreativt, problemløsende og innovativt. Dette fordrer pedagogiske metoder der studentene kan lære gjennom praktisk handling og av hverandre.

Fordi samfunnsforholdene de senere år er blitt svært kompliserte og endrer seg så hurtig, må studentene utvikle god mental kapasitet og fleksibilitet. Fleksibilitet er personlig definert og utvikles ved at man våger å utfordre seg selv. Transformative læringsprosesser kan bidra til dette. Samtidig er det nødvendig med en viss stabilitet med gjenkjennelser for at man skal evne å være fleksibel (Illeris, 2013). Kreativt verksted fordrer balanse mellom stabilitet og fleksibilitet. Strukturen i kreativt verksted med oppvarming, gjennomføring, avslutning, refleksjon og undervisning gjennomføres i flere omganger, noe som gir gjenkjenning og stabilitet. Samtidig må studentene håndtere ulike situasjoner de ikke bestandig er forberedt på, som ikke kan følge en oppskrift. De må handle fleksibelt, og de må by på seg selv, noe som er grunnleggende i terapeutisk kompetanse.

Kreativt verksted er en serie planlagte handlinger som inkluderer mange interaksjoner mellom lærere og studenter. Vi resonnerer i lag og etterspør begrunnelser og forklaringer i tilknytning til de gjennomførte verkstedene. Holdbarheten og gyldigheten i studentenes resonnementer og forklaringer utfordres for å øke deres kompetanse. Slik blir studenter og lærere hverandres rollemodeller. Studentene gir hverandre motivasjon til å lære mer, og de gir læring til hverandre. De utfordrer hverandre gjennom de forskjellige rollene de utøver i kreative verksteder, og alle de ulike kreative uttrykkene. Sammen med studentene reflekterer vi over det presenterte opplegget og bestreber å gi konstruktive og konkrete spørsmål og tilbakemeldinger. Dette involverer å stille åpne spørsmål for å stimulere til refleksjon: Hva gjorde du nå? Hva skjedde nå?

Deling av erfaringer og refleksjoner omkring aktivitetene som er gjort i gruppen, krever læring og pedagogisk modenhet. Det å engasjere andre, utfordre andres muligheter, evner og ressurser, krever involvering, sier de Witt (2014). Når andre får lov til å berøre dine tanker og ideer, da får du hjelp til å åpne kreativiteten din. Dette fordrer en trygg base i studentgruppen, og lærere som kunnskapsrikt kan vise veien. Vi praktiserer terapeutrollen, deler personlige tanker og refleksjoner som kjennes bekvemme og fremviser lekenhet og kreativitet.

Studentene oppfordres til å bruke alle ressursene sine, til tross for sin engstelse om egen kapasitet. Killen (2007) sier at forutsetningen for at studenter skal utvikle faglige etiske holdninger, er at de har lærere og veiledere som de kan identifisere seg med, som reflekterer over holdningene sine og viser dette i sin undervisning. Identifisering spiller en vesentlig rolle i integrering av normer og verdier (ibid., s. 101). Når det er samsvar og konsistens mellom det veiledere sier og gjør, fremmes læring. Spesielt vil graden av interesse og entusiasme som lærer viser, både for faget, læringsarbeidet og studentene bidra til å fremme studentens motivasjon og læring (Pettersen, 2005).

Læring kan være smertefullt, læring er å våge det ukjente, noe som krever en trygg base. Lærerne må bidra til trygghet og mestring på den ene siden, og utfordring og krav på den andre siden. Det handler om å balansere mellom å støtte studentene på læringsveien og evaluere deres prestasjoner, noe Samaras og Freese (2006, s. 115) beskriver slik: «We must walk on a fine line in terms of assistance and assessment.»

Studentenes læring om terapeutiske kompetanser ved bruk av kreative aktiviteter, hviler på deres engasjement og mot til å utforske og kritisk reflektere over egen og andres væremåte og handlinger. Slik utvikler de større selvinnsett knyttet til egen person til nytte for fremtidig ergoterapeututøvelse. Dette verdsetter de som betydningsfull læring gjennom kreativt verksted.

Konklusjon

Kreativt verksted er et pedagogisk opplegg som hjelper studentene til å bli bedre kjent med seg selv både som person og kommende ergoterapeut. Studien som dette kapitlet baserer seg på viser at studentene blir oppmerksomme på hvordan kreative uttrykksformer kan fremme læring om egen kreativitet og bidra til å utvikle studentenes terapeutiske kompetanse. I løpet av de kreative verkstedene utforsker ergoterapeutstudentene betydningen av kreativitet, de finner sin egen kreativitet, og blir bevisst på hvordan de kan bruke kreativitet i terapeutisk arbeid. Slik kan man si at kreativitet er kjernen i den terapeutiske prosessen for endring. Basert på handling og refleksjon oppøver studentene personlig praktisk kunnskap. Med det menes at når studentene leder grupper, står de i situasjoner og prosesser der de ikke har full kontroll. De blir utfordret og bevisstgjort omkring personlige dimensjoner ved terapeutrollen, de blir bedre kjent med seg selv og styrker sin selvinnsett. Gjennom samspill og utforskning i rollen både som deltaker og leder, utøver de selvrefleksjon, noe som gjør at de kan lære av prosessene de står i. Hvor dypt de vil la seg utfordre, påvirkes av trygghet og modenhet i studentgruppa og god relasjon med lærerne.

Takk til

Vi ønsker å takke våre studenter som deltok i fokusgruppeintervjuene, for innsiktsfulle meningsyttringer og dialoger, og alle studenter som uten unntak har gitt tillatelse til at vi kan bruke refleksjonsnotater til kunnskapsutvikling. Takk for at dere har latt oss få delta på utallige kreative verksteder, og at dere har delt deres kunnskap, erfaringer og nye innsikter med oss. Mange av bidragene har vært høyst personlig, og vi føler oss privilegert som har fått tatt del i deres oppdagelsesreise. Kreativt verksted er en læringsarena som gir oss påfyll og overskudd, et frirom til å leke og slik bli bedre kjent med dere og oss selv.

Referanser

- Atkinson, K. og C. Wells 2000, *Creative therapies: a psychodynamic approach within occupational therapy*. Cheltenham: Thornes.
- Barbour, R.S. og J. Kitzinger 1999, *Developing focus group research: politics, theory and practice*. London: Sage.
<https://doi.org/10.4135/9781849208857>
- Barris, R., Kielhofner, G. og J.H. Watts 1988, *Bodies of knowledge in psychosocial practice*. Thorofare, N.J: SLACK Inc.
- Blanche, I.E. 2007, «The expression of creativity through occupation». *Journal of Occupational Science*. 14(1), s. 21–29.
<https://doi.org/10.1080/14427591.2007.9686580>
- Bryant, W., Fieldhouse, J., Bannigan, K. og J. Creek 2014, *Creek's Occupational therapy and mental health* (5. utg.). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Cooly, C.H. 1964, *Human nature and the social order*. New York: Schocken books.
- Creek, J. 2005, *Psykiatrisk ergoterapi: teori, metode, praksis*. København: FADL's Forlag.
- Crouch, R. og V. Alers 2014, *Occupational therapy in psychiatry and mental health* (5. utg.). London: Wiley Blackwell.
- de Witt, P. 2014, «Creative Ability: A model for Individual and Group Occupational Therapy for Clients with Psychosocial Dysfunction». I Crouch, R. og Alers, V. (red.), *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health*. UK: WILEY Blackwell.
- Dewey, J. 1933, *How we think: A restatement of the relation of reflective thinking to the educative process*. USA: Boston H.C. Health and Company.
- Eklund, M., Gunnarsson, B. og C. Leufstadius 2010, *Aktivitet & relation: mål og medel inom psykosocial rehabilitering*. Lund: Studentlitteratur.
- Fangen, K. 2010, *Deltagende observasjon* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Finlay, L. 2005, «Gruppearbejde». I Creek, J. (red.), *Psykiatrisk ergoterapi: teori, metode, praksis*. København: FADL's Forlag.
- Gamborg, G., Madsen, J. og H. Winther Hansen 2013, *Kreativitet i ergoterapi*. København: Munksgaard, Ergo.
- Halkier, B. og K. Gjerpe 2010, *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, B.W. og J. Winnie Snedker 2013, «Ergoterapeuters arbejde med erkendelsesprosesser gjennom skabende uttryksformer». I Gamborg G., Madsen J. og Hansen Winter B. (red.), *Kreativitet i ergoterapi*. København: ERGO/Munksgaard.
- Horghagen, S. 2014, *The Transformative Potential of Craft and Creative Occupations for People ein Vulnerable Life Situations*. PhD-avhandling. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim, Norge.
- Illeris, K. 2013, *Transformativ læring og identitet*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Jentoft, R. 2009, «Facilitating practical knowledge by using ECT», *Seminar.net. International Journal of Media, Technology & Lifelong Learning*. Tilgjengelig fra: <http://www.seminar.net/index.php/volume-5-issue-1-2009-preVIOUSISSUESMENY-126/116-facilitating-practical-knowledge-by-using-ect> [06.02.15].
- Killén, K. 2007, *Profesjonell utvikling og faglig veiledning: et fellesfaglig perspektiv - helhetsspektiv, relasjonskompetanse, refleksjon* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mezirow, J. 1991, *Transformative dimensions of adult learning*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Nortvedt, P. og H. Grimen 2004, *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- O'Brien, J.C. og J. W. Solomon 2013, *Occupational analysis and group process*. St. Louis, Mo: Elsevier.
- Perrin, T. 2001, «Don't despise the fluffy bunny». *British Journal of Occupational Therapy*. 63, s. 425–431.
- Pettersen, R.C. 2005, *Kvalitetslæring i høyere utdanning: innføring i problem- og praksisbasert didaktikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pettersen, R.C. 2008, *Studenters læring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Polatajko, H.J. og E.A. Townsend 2008, *Menneskelig aktivitet II: en ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard.
- Samaras, A.P. og A.R. Freese 2006, *Self-study of teaching practices*. New York: Peter Lang International Academic Publishers.
- St.meld. nr. 47, 2008–2009, *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 13, 2011–2012, *Utdanning for velferd*. Kunnskapsdepartementet.
- St.meld. nr. 29, 2012–2013, *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Taylor, R.R. 2008, *The intentional relationship: occupational therapy and use of self*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Thagaard, T. 2013, *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- UiT Norges arktiske universitet 2014, *Bachelorprogram i Ergoterapi*. Fagplan.
- Wilcock, A.A. 2011, *An Occupational Perspective of Health*. USA: SLACK Incorporated.
- Zinker, J. 2009, «Gestalt Therapy is Permission to be Creative: A Sermon in Praise of the Use of Experiment in Gestalt Therapy». *Gestalt Review*. 13(2), s. 123–124.
<https://doi.org/10.5325/gestaltreview.13.2.0123>

Ragnhild Nilsen og Gunn Nilsskog

Nytt på nett – anatomi for ergoterapeutstudenter

Forfatterne beskriver en blandet læringsmodell i anatomi der nettaktiviteter og forelesninger med oppmøteaktivitet kombineres. Ergoterapeutstudentene opplever at denne kombinasjonen er hensiktsmessig for egen læring. Det blir begrunnet med at de kan følge faget opp ved å gå på nettet dersom det er noe de ikke har fått med seg i forelesningene eller hvis de er syke, og på den måten få tilgang til innholdet.

Innledning

I 2004 startet utviklingen av læringsnettets Ergonet ved ergoterapeututdanningen på Høgskolen i Tromsø. Denne modellen ble utviklet for Betlehem University, og hensikten var å fremme praksiskunnskap hos en gruppe isolerte studenter i Gaza (Jentoft, 2008; 2009). Teknologien bak læringsnettets i Tromsø ble etter hvert en utfordring fordi det var ustabil og til dels utdatert. Et nytt læringsnett ble utviklet for å støtte og administrere læring, videre omtalt som LN2 (Læringsnett 2). Prosjektgruppa for LN2 hadde ambisjoner om å utvikle en moderne, åpen portal som skulle bygge på de teknologiske, faglige og pedagogiske erfaringene som er gjort ved bruk av Ergonet. Intensjonen har vært å skape en programvare der læring ved bruk av film som hjelpemiddel skal gi studentene mulighet til å analysere og reflektere over egen praksis.

Anatomiundervisningen for ergoterapeutstudentene ved UiT Norges arktiske universitet har i flere år blitt gjennomført i fellesskap med andre utdanninger. Dette har medført at ergoterapeutstudentene har hatt problemer med å koble den til eget fag og dermed anvende den i praksis.

Praksis i ergoterapeutisk fagutøvelse er en læringsaktivitet som tilrettelegges for å fremme forståelse av sammenhengen mellom teoretiske kunnskaper i ergoterapi, og praktisk handling. Studentene hadde uttrykt misnøye med anatomiundervisningen slik den ble gjennomført. Dette var den viktigste motivasjonen for faglærer i anatomi til å endre rammene for dette emnet i 2013. Nytt var det at anatomiundervisningen ble integrert i LN2, og nettbaserte læringsressurser ble føyd til undervisningen med oppmøteaktivitet. Problembasert læring (PBL) er en viktig pedagogisk plattform i ergoterapistudiet, og følgelig også i anatomiundervisningen. Det ble gitt forelesninger «face-to-face» (F2F) med bruk av PowerPoint, samspill og dialog. Hensikten med å utvikle nettsøttet undervisning i anatomi i tillegg til undervisning med oppmøteaktivitet, var å gi ergoterapeutstudentene mulighet til å koble anatomi til ergoterapifaget, koble anatomisk teori til ferdigheter, og gi mulighet til å anvende materialet gjennom hele studiet ved behov.

Denne formen for blandet læring, eller blended learning, beskriver en kombinasjon av flere tilnærminger til læring for å kunne nå læringsmålene i et emne. I det ligger det at bruken av nettaktiviteter og klasseromsundervisning er integrert ut fra en pedagogisk hensikt, og at mellom 20 og 79 prosent av kurset er nettbasert (Arbaugh et al., 2010). Flere studier viser at studenter oppnår bedre resultat på eksamen når en blandet læringsmodell brukes, sammenliknet med ren klasseromsundervisning eller ren nettundervisning (Arbaugh et al., 2010).

Ashton, Koch og Rothberg (2014) beskriver en studie med blandet læring, der nettbaserte aktiviteter ble utviklet og tatt inn i et allerede eksisterende emne for tredjeårs ergoterapeutstudenter. Emnet – Pediatric Learning Disabilities – brukte i utgangspunktet PBL som pedagogisk strategi og flere nettaktiviteter ble så introdusert i emnet. Studien viser at den pedagogiske tanken som ligger bak det å ta inn nettaktiviteter i et emne med PBL, øker motivasjonen til studentene, og med det læringsutbyttet, blant annet fordi de opplever mer individuell og tilpasset læring (Ashton et al., 2014). Kember, McNaught, Chong, Lam og Cheng (2010) viser imidlertid til at å bruke blandet læring ikke nødvendigvis fører til bedre læringsutbytte. 21 emner med denne læringsformen, men der hovedvekten var på tradisjonell undervisning, ble undersøkt. Emnene var innen ulike disipliner som ingeniør, språk, kunst og naturvitenskap. Å publisere innhold og gi beskjeder fører ikke til økt læring, mener de. Hvis læreren derimot bruker nettstedet til å engasjere studentene i læringsaktiviteter og diskusjoner og får dem til å reflektere, øker studentenes læringsutbytte (Kember et al., 2010).

I dette kapitlet undersøker vi hvilke læringsaktiviteter i emnet anatomi som bidrar til at ergoterapeutstudentenes opplever at praktisk kunnskap fremmes. Nilsskog er faglærer i anatomi og har utviklet den nettsøttede anatomiundervisningen. Nilsen gjennomfører studien og er studiens prosjektleder.

Bakgrunn

I første semester gjennomfører ergoterapeutstudentene ved UiT ni studiepoeng anatomiundervisning knyttet til naturvitenskapelige og medisinske emner. Studentene skal tilegne seg kunnskaper om oppbygging og funksjon av menneskekroppen. Dette skal gi et grunnlag til å forstå hvordan menneskets fysiske kapasitet kan påvirkes av sykdom, alder, livserfaring og sosiale samt fysiske omgivelser. Studentene skal oppnå ferdigheter i bevegelsesanalyse. De må tilegne seg kunnskaper om muskler, skjelett og biomekanikk, og må lære navnene på ulike typer bevegelser. Det legges vekt på at de skal kunne latinsk terminologi for å få bedre forutsetninger til å lese sykdomslære og forstå hva som står i pasientjournaler. Videre skal anatomiundervisningen knyttes til menneskets aktiviteter i dagliglivet, og på den måten kobles til ergoterapeutfaget. De må lære å forstå hvordan ulike aktivitetsmønstre hos mennesker kan påvirke menneskekroppen og dermed også den mentale helsen. Eksempler på dette er hvordan stress og traumer påvirker kroppen. Det legges hovedvekt på nervesystemet og muskel- og skjelettsystemet i denne undervisningen. Det var viktig for faglærer å systematisere anatomistoffet på nye måter, og gjøre innholdet tilgjengelig for studentene på nett. Strukturering og avgrensning av stoffet har stått sentralt i arbeidet. Dette ble gjort med temaer i flere steg i en læringssti i Fronter. En læringssti består av en rekke presentasjons-sider med ulike læringsressurser og oppgaver som skal løses underveis.

Ytre faglige rammer ble laget med inspirasjon fra relevant, internasjonal litteratur i anatomi for ergoterapeuter. Essensen ble silt ut og tilpasset i en presentasjon for denne studentgruppen. Aktuelle filmer og eksempler som blant annet var hentet fra YouTube ble tatt inn. Bruk av film som hjelpemiddel skulle gjøre eksemplene levende, og gi studentene mulighet til å ta inn lærdom med flere sanser, samt repetere og trene observasjonsevnen. I tillegg ble læringsmål, delmål, pensum, oppgaver i ferdighetstrening og hjemmeoppgaver lagt ut i læringsstien. Ved å følge stegene i læringsstien kunne studentene forberede seg til undervisningen, finne filmlenker som berørte temaet, og løse oppgaver. Figur 1 viser steg 1 i læringsstien (Velkommen), og figur 2 viser steg 4 i læringsstien (Muskulatur – styrke og utholdenhet). Det var ett arbeidskrav knyttet til bevegelsesanalyse. En totimers skoleeksamen avsluttet emnet.

Veiledet praksis i fagutøvelsen inngår i emnet Vurdering av mennesket i aktivitet og deltakelse i andre semester. Studentene er plassert i ergoterapeutisk virksomhet i kommunehelsetjenesten og i somatiske institusjoner. Gjennom erfaringslæring skal anatomikunnskaper og ergoterapeutens rolle utforskes. Formålet med denne studien er å se nærmere på hvilke elementer i et nettstøttet emne i anatomi som bidrar til at ergoterapeutstudentene opplever at praktisk kunnskap fremmes.

Metode

Vi benyttet en kvalitativ tilnærming for å utvikle kunnskap om hvilke elementer i anatomiundervisningen som kunne koble studentenes læring med praktisk kunnskap, sett i deres perspektiv. Denne tilnærmingen er egnet når en søker å få en bedre forståelse av sosiale fenomener, blant annet holdninger (Thagaard, 2009). 16 studenter gjennomførte undervisningen høsten 2013. Vi brukte to metoder: Studentenes skriftlige evaluering av anatomiundervisningen før de hadde gjennomført praksis, og fokusgruppeintervju med involverte studenter etter at de hadde gjennomført syv uker praksis. Presentasjonen er anonymisert, men alle sitatene er autentiske.

Skriftlig evaluering

Studentene evaluerte undervisningen individuelt før de gikk ut i praksis. Ti av 16 studenter besvarte skriftlig gitte spørsmål som faglærer hadde laget. Evalueringen ble gjort to dager etter at emnet var avsluttet, men før praksis. Tema for evalueringen omfattet studentenes opplevelse av anatomiundervisningen: om egeninnsats, om hva som hadde fremmet læring og hva som kunne ha vært gjort annerledes. Det ble videre spurt om bruken av læringsstien i Fronter kunne ha erstattet forelesningene. Spørsmålene skulle belyse hvordan studentene opplever at de ulike læringsressursene i emnet har bidratt til læring. Og videre, om de har tanker om hvordan denne undervisningen kan bidra til å forstå praksissituasjoner i deres fremtidige yrkesutøvelse.

Fokusgruppeintervju

For å få frem både individuelle refleksjoner og i fellesskap reflektere over erfaringer fra praksis, ble fokusgruppeintervju valgt som metode for datainnsamlingen. Syv av 16 ergoterapiststudenter møtte til intervju. Tema for fokusgruppeintervjuet var knyttet til om anatomiundervisningen med dens to elementer hadde bidratt til å forståelse i praksissituasjoner, og på hvilken måte den hadde gjort det. Hva fungerte bra, og hva fungerte dårlig for studentene? Datainnsamlingen ble utført våren 2014, etter at studentene hadde vært syv uker i praksis. Det ble gjort opptak av intervjuet som deretter ble transkribert.

Analyse

Det skriftlige materialet ble analysert og fortolket i tråd med hermeneutisk tenkning inspirert av Kvale (1997). Vi antok at studentene foretrekker nettbasert undervisning fremfor tradisjonell undervisning. Antakelsen ble gjort ut fra tanken om at studenter ofte jobber ved siden av studiene, og har andre forpliktelse. Dermed vil rene nettstudier, i forhold til tradisjonell undervisning og annen undervisning med oppmøteaktivitet, gjøre det lettere for studentene å kombinere en travel studiehverdag med andre aktiviteter.

Det ble i analysen sett etter utsagn som støttet eller avkreftet denne antakelsen (Miles og Huberman, 2014). Disse ble trukket ut, i tråd med Kvale (1997). Analysen fokuserte på å få frem hvilke elementer som hadde fungert bra med denne tilnærmingen til læring, og hva som hadde fungert mindre bra.

Resultat

Det ble gjort en tematisk analyse av studentenes utsagn. Etter analysen satt vi igjen med følgende tre kategorier. Disse er

- tradisjonell undervisning
- blandet læringsmodell
- nettbasert undervisning

F2F-undervisning

I studentenes skriftlige tilbakemelding, som ble gjort før de gjennomførte praksis, kommer det frem at anatomiundervisningen har vekket deres nysgjerrighet til å lære mer om ergoterapi. De ønsker å forstå flere sammenhenger. Studentene fremholder at undervisningen de har fått fra forelesningene og ferdighetstreningen, er et viktig bidrag til kunnskap om anatomi. En student beskriver det slik: «Veldig motiverende lærer som viser og forklarer så bra at alle forstår og vil være involvert i timene.»

Forelesningene var engasjerende og motiverende. Foreleserens fagkunnskaper, og evne til å formidle, var svært verdifull for studentene. Måten å undervise på blir fremhevet som svært bra: «Rolig og behagelig å høre foreleser prate. Veldig informativt, foreleser smitter over og vekker interesse.»

Studentene beskriver egeninnsatsen sin som tilstrekkelig i noen grad. En sier: «Har tatt litt skippertak, og det angret jeg på. Føler at de andre i klassen har gjort mye.»

De praktiske øvelsene oppleves av studentene som veldig positive: «Ferdighetstreningene har vært det beste i anatomen. De har hatt god sammenheng med forelesningene.» De utvalgte sitatene viser at studentene, før de har vært i praksis, verdsetter den nære kontakten med foreleseren.

Blandet læringsmodell

Etter at studentene har gjennomført praksis, blir dette bildet noe mer nyansert. Studentene verdsetter fortsatt F2F-forelesninger høyt, og gir uttrykk for det:

Jeg tror faktisk ikke at jeg hadde klart å lært meg anatomi like godt som jeg har gjort uten å ha hatt foreleseren som har stått der og hatt de her forelesningene. For du får litt mer kjøtt på beinan, eller har noen knagger å henge det på (...).

Samtidig blir det sagt at kombinasjonen av F2F-forelesninger og nettaktiviteter er viktig. Studentene verdsetter fortsatt muligheten de hadde til nær kontakt med faglærer da undervisningen pågikk, noe som ga dem mulighet til å diskutere og spørre direkte. Samtidig anser de det som viktig å kunne følge faget opp ved å gå på nettet dersom det er noe de ikke har fått med seg i forelesningene, eller ved sykdom:

Jeg synes det var veldig fint at vi hadde forelesning om det før vi gikk på nettet og gjorde etterarbeidet. For da fikk vi en bedre forståelse av de latinske begrepene. Da hadde vi foreleseren fysisk, to timer. Så skulle vi stille spørsmål underveis. For meg så var det veldig, veldig nyttig å ha foreleseren der fysisk.

Kombinasjonen med F2F-forelesninger og nettaktiviteter ble, etter gjennomført praksis, oppfattet som viktig:

Så jeg synes den kombinasjonen med først å få en dialog med læreren og så litt ekstra forklaring er bra. Og så har man samtidig det her at man kan gå tilbake og sjekke og vite hvor man finner materialet. Det er kjempeflott.

Studentene gir flere konkrete eksempler på hvordan anatomiundervisningen kom til nytte i praksis, og hvordan den bidro til at de kunne forstå praksissituasjoner. Blant annet for å forstå hvilke deler av hjernen som rammes ved slag, og hvilke utfall det gir for pasienten:

Jeg måtte lese journalen for å finne ut hva som feilte pasientene, og hva andre hadde observert. Og da var det anatomiord og -uttrykk som jeg lærte. Og også når jeg leste om sykdommer, så forstå hvilke deler av hjernen det rammer og da for å forstå hvilke utfall det hadde for pasientene.

Det ble sagt at det var viktig å kunne beherske latinsk terminologi og anatomiske uttrykk i samtale med annet helsepersonell:

Jeg hadde bruk for det når jeg snakket med anna helsepersonell, for eksempel fysioterapeutene. Når de skulle forklare situasjoner eller diagnoser, så var det nyttig å ha litt kunnskaper om det.

Og videre, å ha kunnskaper om biomekanikk ved tilpasning av rullestol:

I forhold til å tilpasse rullestol, vite litt om biomekanikk. Å vite tyngdepunktet i kroppen. Hvor du plasserer personen i rullestolen, i forhold til hjulene, ikke sant? Hvor langt bak skal du sitte.

De utvalgte sitatene viser hvordan studentene opplever at kombinasjonen av F2F-forelesninger og nettaktiviteter er viktige når de er i praksis, og de gir flere eksempler på det.

Nettbasert undervisning

Før praksis sier alle studentene unisont at nettbasert undervisning alene ikke kan erstatte forelesningene: «Forelesningene er mye bedre enn Fronter.» Samtlige studenter fremholder forelesningene med oppmøteaktivitet som avgjørende, og svært motiverende og engasjerende for egen læring. Etter praksis blir nettressursene, samt kombinasjonen med F2F-forelesninger viktigere for studentene. Samtidig uttrykker studentene allikevel at de ikke ønsker ren nettbasert undervisning i anatomi. Følgende sitat om nettundervisningen kan tjene som eksempel:

Det var en god måte i kombinasjonen, fordi det kom som et veldig flott tillegg. Og ikke bare sånn brevkurs, det synes jeg er i tynneste laget (...).

De utvalgte sitatene viser at studentene opplever at ren nettbasert undervisning ikke bidrar tilstrekkelig til læring.

Diskusjon

Begrensninger i denne studien ligger i at resultatene er basert på bare ett emne, anatomi, og med et lite utvalg informanter der bare 16 studenter deltok. Ti studenter besvarte den skriftlige evalueringen, og syv studenter deltok i fokusgruppeintervjuet. Vi vet ikke om det er de samme studentene som deltok i disse kartleggingene, og om svaret hadde blitt annerledes dersom det hadde vært tilfellet.

Studien viser ergoterapeutstudentenes opplevelse av den nettstøttede anatomi-undervisningen, og hvordan den bidrar til å forstå praksissituasjoner. Studentene har fått opplæring i anatomi som er aktuell for egen studiesituasjon, og for fremtidig utøvelse av ergoterapiyrket. Gjennom analysen kommer det frem at det viktigste bidraget til å lære anatomi før studentene har gjennomført praksis, er forelesninger med oppmøteaktivitet. Det overrasket oss at studentene rangerer forelesninger foran nettaktiviteter, ut fra tanken om at dagens student er vokst opp med digital teknologi som en del av sitt dagligliv. Det kan knyttes til Wilhelmsen, Ørnes, Kristiansen og Breivik (2009) som viser til at utdanningssystemets syn på bruk av datateknologi og læring blir utfordret av dagens studenter. Deres kontinuerlige bruk av data anses som en viktig faktor for utviklingen av intellektuelle og kognitive egenskaper. Dagens student er ikke lenger den studenten som det tradisjonelle utdanningssystemet har designet for læring, ifølge Wilhelmsen et al. (2009).

Studentene opplever forelesningene som svært verdifulle for læringen. Det kan tolkes ut fra at det er menneskemøtet som fremmer læring. Ifølge Thornquist (2009) er det i all kommunikasjon et innholdsaspekt og et relasjonsaspekt. Kroppsspråk spiller en viktig rolle i kommunikasjonen. Ansiktsuttrykk, øyekontakt, stemmens klang, berøring og stillhet er viktig for å kunne forstå den andre, sier forfatteren. Kroppsspråk kan til en viss grad erstattes med uttrykksikoner som følger med ulike programmer på nettet, og som gjør det lettere å finne en forståelse i dialogen, men det vil aldri kunne erstatte kroppsspråket helt. Ifølge Thornquist (2009) er man i dialogen ikke bare konsentrert om emnet, men også om hverandre.

Tjørve et al. (2010) viser til et prosjekt der de undersøkte studentresponsen og læringskvaliteten fra tre forskjellige undervisningsformer: En ordinær forelesning i auditoriet med PowerPoint-presentasjon, en filmatisert versjon av den samme forelesningen og en kortversjon (podcast) av det samme. De finner at studentene er mer fornøyd med undervisning i auditoriet, enn med en film av samme forelesning. Forfatterne antar at dette skyldes mangel på motivasjon hos studentene. Halland (2004) sier at et godt tilrettelagt studieopplegg bidrar til å holde fokus på den aktiviteten som en anser som nødvendig for å nå sine mål. Forfatteren beskriver hvordan man kan påvirke kvaliteten på læringsaktiviteten og bidra til lærelyst ved

å tilrettelegge for best mulig læring. Tilretteleggingen kan blant annet ta form av å skape motivasjon, noe som igjen inspirerer og bidrar til energi, pågangsmot og arbeidslyst, ifølge Halland (2004). Han viser videre til hvordan motivasjon er et sentralt tema for læring fordi det handler om drivkrefter som har sitt utspring i interesse, engasjement og tidligere erfaringer. Lærerens fagkunnskaper i anatomi og evne til å formidle faget til studentene er ut fra det et viktig bidrag til studenttilfredshet og læring. Oblinger og Hawkins (2006) tar til orde for at læring er en aktiv prosess som krever motivasjon og sosialt engasjement, og at teknologien er et viktig bidrag for å understøtte denne læringen. Samtidig bidrar teknologien til å utvide det fysiske rom som læringsarena og gir muligheten til å skape et læringsfelleskap og nye læringsmuligheter.

Det kom, ifølge faglærer, få henvendelser fra studentene om pensum og praktiske forhold mens emnet pågikk. Studentene fant opplysninger og informasjonen som de trengte i læringsstien. Ergoterapeutstudentene fremholder at de verdsatte systematikken i nettaktivitetene der opplysninger og informasjon om emnet var gjort tilgjengelig i læringsstien. Dermed trengte de ikke bruke tid på å finne ut av praktiske forhold som for eksempel læringsmål, pensum og timeplan, men fant det de trengte på nettet. De kunne blant annet se forelesningene flere ganger, noe som ble påpekt som spesielt viktig. Faglærer tolker det slik at systematikken i læringsstien, kombinert med god tilrettelegging av anatomiundervisningen, er betydningsfull for studenttilfredsheten og er et viktig element i studentenes læring.

Evalueringen som ble gjort før studentene hadde gjennomført praksis, nyanseres etter at de har vært i praksis. Selv om studentene i fokusgruppeintervjuet fortsatt påpeker at F2F-forelesninger er det mest verdifulle bidraget til deres anatomi-kunnskaper, oppleves også kombinasjon av nettaktiviteter og forelesninger som viktig. Det blir begrunnet ut fra at de da kan gå tilbake og se på forelesningene som ligger i læringsstien etter at de har deltatt på dem fysisk, og slik få repetert innholdet der. Avstanden i tid til undervisningen som ble gitt før praksis, gjør at innholdet i læringsstien aktualiseres.

Pizzi (2014) beskriver et emne i mental helse for ergoterapeutstudenter, der en tilnærming med blandet læring ble brukt. Han viser til at arbeidet med å utvikle denne læringsformen er utfordrende, men samtidig svært verdifull med tanke på studentenes læring. Semesteret blir bedre organisert og oversiktlig for studenter og lærere, og tilgangen på læringsressurser og informasjon, samt muligheten til repetisjon øker læringsutbyttet for studentene. Pizzi (2014) mener at blandet læring er en av de viktigste pedagogiske tilnærmingene for å fremme læring hos studenter. Forfatteren sier at det er viktig at utøvere av ergoterapifaget har det i tankene, og fortsetter å skape innovative og kreative praktikere som kan møte fremtidens behov.

Konklusjon

Utvalget er for lite til å kunne konkludere, men svarene viser en tendens som det er viktig å være oppmerksom på når man utvikler nye emner. Tilgangen på nettbaserte læringsressurser gir mulighet til repetisjon, og bidrar til å støtte opp om den tradisjonelle undervisningen som studentene oppfatter som viktig for egen læring. Studentenes evne til klinisk forståelse fremmes ved refleksjon over erfaringer fra praksis. Et bevisst forhold til hvordan ulike læringsaktiviteter bør kombineres, vil være et viktig bidrag til økt læringsutbytte for studentene.

Referanser

- Arbaugh, J.B., Desai, A., Rau, B. og B.S. Sridhar 2010, «A review of research on online and blended learning in the management disciplines: 1994–2009». *Organization Management Journal*, 7 (1), s. 39–55.
<https://doi.org/10.1057/omj.2010.5>
- Ashton, P.B., Koch, L. og A. Rothberg 2014, «The influence of blended learning on student performance in an undergraduate occupational therapy curriculum». *South Africa Journal of Occupational Therapy*, 44 (1), s. 75–79.
- Halland, J.E. 2004, *Helsetjeneste- og helsepolitikk*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Jentoft, R. 2008, «Utdanning av ergoterapeuter i Palestina, et samarbeidsprosjekt mellom Bethlehem Universitet og Norsk Ergoterapeutforbund gjennom 11 år», *Ergoterapeuten*, 3, s. 10–15.
- Jentoft, R. 2009, «Facilitating practical knowledge by using ECT», Seminar.net. International Journal of Media, Technology & Lifelong Learning. <http://www.seminar.net/index.php/volume-5-issue-1-2009-previousissues> meny-126/116-facilitating-practical-knowledge-by-using-ect [Lastet ned 06.02.15].
- Kember, D., McNaught, C., Chong, Fanny C.Y., Lam, P. og K.F. Cheng 2010, «Understanding the ways in which design features of educational websites impact upon student learning outcomes in blended learning environments». *Computers & Education*, 55 (3), s. 1183–1192.
- Kvale, S. 1997, *Interview- en introduksjon til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Miles, M.B., Huberman, A.M. og J. Saldana 2014, *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*. Sage, Los Angeles.
- Nilsskog, G. 2013, ERG 2010 Læringssti i anatomi. [Online] Hentet fra <https://fronter.com/uit/main.phtml>
- Oblinger, D.G. og B.I. Hawkins 2006, «The Myth about No Significant Difference», *EDUCAUSE Review*, 41 (6), s. 14–5.
- Pizzi, M.A. 2014, «Blended Learning Pedagogy: The Time is Now!», *Occupational Therapy In Health Care*, 28 (3), s. 333–338.
<https://doi.org/10.3109/07380577.2014.908479>
- Thagaard, T. 2009, *Systematikk og innlevelse- en innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Thornquist, E. 2009, *Kommunikasjon- Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*, 2. utg. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Tjørve, K.M.C., Sutterud, E., Midtskogen, B., Krüger, Å.F., Fulton, N. og S. Ellefsen 2010, «The use of technology in teaching: student satisfaction and perceived learning». *Uniped*, årgang 33, 3, s. 56–64.
- Wilhelmsen, J., Ørned, H., Kristiansen, T. og J. Breivik 2009, «Digitale utfordringer i høyere utdanning», Norgesuniversitetets skriftserie nr. 1, s. 82–85

Del 2

Ergoterapi i møte med nasjonale og internasjonale utfordringer

Twenty-first century occupational therapy

This chapter begins with an account of the development of occupational therapy since its foundation at the beginning of the twentieth century, highlighting the profession's dual epistemology of pragmatism and structuralism. It describes how this duality enables a two-body practice in which the occupational therapist works with both the body as machine and the lived body. In the twenty-first century, changing patterns of disease, disability, and occupational need require occupational therapists to apply their knowledge and skills in new areas of practice and innovative ways. The argument is made that the profession of occupational therapy needs to develop a political dimension, rooted in concepts of human rights and social justice, and to adopt new modes of collaborative reasoning, if it is to remain relevant and useful to the everyday lives and needs of people around the world.

Introduction

The use of occupation to improve and maintain health has a long history, claimed by some authors to go back to the fourth century BC or even earlier (Paterson, 2014; Wilcock, 2001; Hopkins, 1988). The profession of occupational therapy was founded at the beginning of the twentieth century in the USA, with a two-year course in occupations for asylum attendants introduced at the Chicago School of Civics and Philanthropy in 1915 and the National Society for the Promotion of Occupational Therapy formed at Clifton Springs in 1917 (Paterson, 2014). The new profession spread rapidly to Europe. A young Scottish woman, who trained in Chicago, was employed as the first qualified occupational therapist in the UK in 1920 (Paterson, 2010); and in 1930, an occupational therapy school was opened at Dorset House, a private psychiatric clinic in Bristol (Wilcock, 2002). In 1952, the first occupational therapy education programme began in Norway, and a professional association was founded in the same year. From these small beginnings, the profession has continued to flourish and expand into new countries around the globe, and it is still growing.

This chapter begins with a brief account of how the profession of occupational therapy developed to where it is now. This is followed by a discussion of changing health and social care needs worldwide and the type of services that are needed to meet them. The chapter then considers how occupational therapy is placed, in terms of skills, knowledge and influence, to contribute to health and social care in the twenty-first century and finishes with some suggestions about directions for further development.

The development of the occupational therapy profession

When the profession was founded at the beginning of the twentieth century, occupational therapy practitioners were not autonomous professionals but worked under the direction of doctors. Well into the middle of the century, textbooks were stating that occupational therapy should be provided on prescription from the doctor (Haworth & MacDonald, 1946) and must be under medical direction (O'Sullivan, 1955). The doctor provided knowledge and understanding of health conditions and set goals for intervention, while the occupational therapist provided labour and practical skill. Occupational therapists had a strong belief in the healing power of occupation, and an expanding repertoire of skills for engaging patients in activity, but they did not have their own knowledge base to explain, support, or justify practice.

For almost 100 years, occupational therapy practice in Europe and North America has been located mostly within health and social care settings dominated by the medical model, and the occupational therapy curriculum is heavily based on theories selected and adapted from medicine, psychiatry, and psychology. In 1946, an occupational therapy textbook published in the UK asserted that:

... the development of rehabilitation by occupation could only follow the progress of the sciences which contribute to all forms of medical treatment. Those particularly relevant to occupational therapy are, anatomy, physiology, psychology, and pathology; mathematics and mechanics. (Haworth & MacDonald, 1946, p. 3)

By the 1960s, Mary Reilly, at the University of Southern California, was becoming concerned that occupational therapists' close alignment with 'the medical specialties of psychiatry, physical medicine and pediatrics... weakened their commitment to daily living adaptation and seriously interrupted the accumulation of knowledge about this phenomenon' (Reilly, 1971, pp. 244-245). Reilly urged her fellow occupational therapists to revisit the ideas and beliefs of the profession's founders in order to avoid reductionist thinking and understand the real meaning of occupation in people's lives (Reilly, 1962).

Despite Reilly's warnings, the occupational therapy curriculum continued to move away from 'teaching the application of occupations such as arts and crafts, work, and self-care tasks to the healing, rehabilitation, and adaptation of persons with disabilities' (Cole, 2010, p. 78) and towards biological sciences, developmental theory, physical medicine, psychiatry, psychology, and sociology (Creek, 2002). However, alongside the changing focus of the professional curriculum, occupational therapy practice continued to be concerned with the everyday activities that make up the fabric of people's daily lives and with how people maintain these activities in the presence of disease or disability. This dual approach, working both with bodily pathology and with the human capacity for adaptation, is a key characteristic of occupational therapy, which has been described as a 'two-body practice' (Mattingly & Fleming, 1994).

In the 1990s, an anthropologist, Cheryl Mattingly, was commissioned by the American Occupational Therapy Association to undertake a study of how occupational therapists reason in practice. As an outside observer of the profession, Mattingly (1994a, p. 38) observed that an occupational therapist can 'interweave interventions that address both the disease and the illness experience into the same treatment activity', shifting between the two approaches with the same client within a single session. Occupational therapists work with the body as machine, dealing with functional problems and treating physical injuries with specific treatment techniques. This is 'a practice that occurs in the cultural domain of biomedicine' (Mattingly 1994a, p. 37) and focuses on 'treating disease-related dysfunctions (Mattingly, 1994b, p. 64). Occupational therapists also work with the lived body; with problems that encompass social, cultural, and psychological issues and interrupt people's whole lives, including 'their daily practices, life histories, social relationships, and long-term projects, all of which give them a sense of meaning and a sense of personal identity' (Mattingly, 1994b, p. 65). These two approaches require the occupational therapist to understand the body in different ways.

It has been suggested that the occupational therapist's work with the body as machine is informed by a structuralist approach to knowledge, influenced by the profession's close relationship with medicine (Hooper & Wood, 2002). At the same time, when working with the lived body, the occupational therapist takes a pragmatic view of human beings that is derived from the profession's founding philosophies. Thus, the development of occupational therapy can be described as a 'long conversation' between pragmatist and structuralist discourses (Hooper & Wood, 2002, p. 40). There have been times in the profession's history when structuralism has dominated education and practice and times when pragmatism has been in the ascendant. At the beginning of the twenty-first century, pragmatism and a concern for how people live their lives in context once more constitute the dominant discourse in occupational therapy (see, for example, Barros et al. 2005, Alers & Crouch 2012, Cole & Donohue 2011).

Changing health and social care needs

Worldwide, the past 100 years has seen rapid and accelerating technological, political, and social change, with concomitant changes in people's occupations and occupational needs. Major pressures on how people live their lives in the twenty-first century include:

- **Demographic changes**—The global population is growing in size as many people live longer, more babies grow to adulthood, and people are increasingly likely to survive and live with serious illness and trauma. Alongside population growth, there are increases in the average age and the burden of disability around the world (Van Bruggen, 2014; WHO, 2011; WHO, 2014);
- **Disease** – Some of the killer diseases of the past, such as smallpox and leprosy, have been largely overcome, but new diseases are emerging all the time. Increases in population density, together with the relatively free movement of people around the world, mean that disease can spread rapidly and mutate into new forms, some of which are resistant to the available medication (WHO, 2014);
- **Poverty**—The gap between rich and poor is widening, not just between countries but within countries, as the rich take an ever bigger share of the world's resources and the poor struggle to feed themselves and their children. Affluence and poverty bring different lifestyle challenges and patterns of disease (WHO, 2008; 2012; 2014);
- **War** – In many regions of the world, civil and international wars are killing or maiming thousands of people, leaving many homeless, disrupting social practices, and destroying infrastructure. Increasing numbers of people are becoming displaced as they flee from violence, persecution, or economic devastation (UNDP, 2014). Many people migrate for other reasons, attempting to improve their economic or social circumstances, but may find themselves in insecure or temporary accommodation that becomes permanent, such as a refugee camp;
- **Climate change** – Due in a large part to the extensive use of fossil fuels in a heavily industrialised world, the global temperature is gradually rising, bringing about climate changes such as flooding, droughts, storms and rising sea levels. Efforts to curb carbon emissions in order to reverse this trend are progressing so slowly that people will have to continue adjusting their lifestyles and farming practices to a changing climate for some time to come (UN, 1992; UNDP, 2014).

These global trends have a bearing on the occupations that people are able to do, that they have opportunities to do, or that they have to do in order to survive; and they can have a major impact on health and wellbeing. If people are unable to access certain occupations, such as farming or paid work, this can lead to poverty and loss of meaning in life. In turn, people who live in poverty are more likely to experience poor health and disability, while people with ill health or disability and without a positive sense of the future are less likely to find paid work. All these factors intersect to create and maintain social and health inequalities.

Intersectionality has been defined as ‘the complex interactions among multiple social categories, such as gender, race, class, culture, age, ability and sexuality, and systems and processes of domination and oppression, such as sexism, racism, classism, colonialism, ageism, ableism and homophobia, which simultaneously produce experiences of discrimination and privilege’ (Morrow & Hardie, 2014, p. 192). For example, the United Nations 2014 Human Development Report pointed out that:

... the poor are inherently vulnerable because they lack sufficient core capabilities to exercise their full agency. They suffer from many deprivations. They not only lack adequate material assets, they tend to have poor education and health and to suffer deficiencies in other areas. Equally, their access to justice systems may be constrained. They tend to be intrinsically vulnerable. (UNDP, 2014, p. 19)

Health services, even in affluent countries, are struggling to cope with the rising costs of health care and of supporting increasing numbers of people with long-term, complex health conditions. In developed countries, governments have to balance the cost of routine interventions to promote and maintain health in the general population against demands for expensive treatments to prolong the lives of individuals with serious illness. In developing countries, where budgets for health and social care are much smaller, the focus is necessarily less on highly specialised individual interventions and more on the universal provision of basic services, such as child health, health education, and vaccination (UNDP, 2014).

In order to cope with changing patterns of disease and disability, in both developed and developing countries, it is widely accepted that the cost of health care will continue to rise and that it will be necessary to ensure funding is provided for health promotion and prevention as well as for acute health services (NMHCS, 2009). For example, a report from the Norwegian Ministry of Health and Care Services on the need for reform highlighted three primary challenges for Norwegian Health Services, one of which was: ‘In the services there is too little initiative aimed at limiting and preventing disease’ (NMHCS, 2009, p. 4).

In the UK, a review of the long-term trends affecting the health service highlighted the importance of 'finding the right balance between health and social care, primary and secondary care, and treatment and prevention so that health gains are maximised and people receive care in the most appropriate and efficient way' (Wanless, 2002, p. 97).

Occupational therapists can be found working in public health, primary care, secondary care and rehabilitation; in well-funded specialist institutions and deprived rural or inner city areas; with individuals and with communities. As they explore new ways of addressing the range of problems they encounter in these settings, different approaches are being developed and evaluated, in practice and in the literature. Some of these are described in the next section.

Occupational therapy's contribution to health and social care in the 21st century

In the twenty-first century, occupational therapists not only work with people whose occupational limitations are due to a health condition, as implied in the title of therapist, but also with those whose occupations are affected by disability, poverty, war, displacement, and social deprivation (see, for example, Fourie et al., 2004; Thibeault, 2005; Ramugondo & Barry, 2011). This change of focus is especially apparent in parts of the world where health and social care services are inadequate to meet the needs of the population, or where there is inequality of access to services; for example, in Southern Africa and South America (Lorenzo & Cloete, 2004; Galheigo et al., 2012).

Various theories and approaches are used by occupational therapists to support their practice. A theory is 'a conceptual system or framework that is used to organise knowledge and to understand or shape reality' (Creek & Lougher, 2008, p. 583). An approach is the method 'by which theories are put into practice and treatment is administered' (Creek, 2003, p. 50). The majority of occupational therapists still work primarily with individuals and groups and have access to a wide range of tried and tested theories, such as the rehabilitative frame of reference and the Person-Environment-Occupational-Performance Model (Cole & Tufano, 2008). However, increasing numbers of therapists, working with communities and populations, are turning to a public health oriented approach. Their goal is not just to help individual people cope better but to create conditions that will enable everyone to thrive and to achieve both health and wellbeing. New theories are emerging to support these innovative ways of working, especially in countries in the southern hemisphere.

In 1998, an Australian occupational therapist and occupational scientist, Ann Wilcock, published a theory of the relationship between occupation and health, drawing on 'a synthesis of ideas from a wide range of disciplines' and a history of ideas approach (Wilcock, 1998, p. 8). Wilcock proposed a health promotion role for occupational therapy, attuned to 'holistic, wellness models aimed at the health of communities [rather than] reductionist, illness models aimed at individuals' (p. 205); in other words, a public health role. This vision of the health-promoting potential of occupational therapy has been gaining ground, and a Brazilian occupational therapist, Sandra Galheigo (2005, p. 96), went so far as to declare that 'broad notions of health protection and health promotion should replace previous curative models that were based on the idea of treating dysfunctional people'.

Wilcock worked with a Canadian occupational therapist, Elizabeth Townsend, and others to develop a human rights and social justice perspective of occupational therapy (Townsend, 2003; Townsend & Wilcock, 2004a; 2004b). Townsend coined the term occupational justice to refer to people's rights in relation to occupation, pointing out that 'social organization controls what can and cannot be done, and determines which occupations are valued while others are not' (Townsend, 1997, p. 22). She argued that, in a just society, no group is denied access to a range of everyday occupations on the basis of ability or other difference. In 2006, the World Federation of Occupational Therapists published a position statement on human rights, which endorsed the UN Universal Declaration of Human Rights (UN, 1948) and stated the principle that 'people have a right to participate in a range of occupations that enable them to flourish, fulfil their potential and experience satisfaction in a way consistent with their culture and beliefs' (WFOT, 2006, p. 1).

In South Africa, occupational therapists working with people affected by poverty and HIV/AIDS adopted a community-based approach in which 'agents of change from outside the community must set out to work in partnership with the community so that internal and external change can occur [and] citizens can be active contributors in their own world and for their own benefit' (Watson, 2004, p. 57). An example of this can be found in Box 1. The work of these therapists was influenced strongly by development writers, such as Paulo Friere (1972) and Manfred Max Neef (1991) from South America. In Brazil, the term the social field has been introduced to refer to occupational therapy with 'those involved in prostitution, vices, social instability, maladjustment, and social difficulties' (Barros et al., 2005, p. 143).

Box 1: Grandmothers against poverty and AIDS

In South Africa, more than six million adults and children between the ages of 15 and 49 years are infected with HIV: many of them will die prematurely. This means that older people are having to provide for and bring up their young, bereaved grandchildren at a time in their lives when they might have expected to take things more easily. An occupational therapist, Katherine Brodrick, studied a sample of 43 grandmothers looking after orphaned grandchildren in the poor townships of Cape Town. Those over the age of 60 received a modest pension but younger grandmothers who gave up paid work to look after children were plunged into poverty (Brodrick, 2004). Brodrick set up a pilot project 'to try out methods of intervention in this new context' (Brodrick, 2004, p. 235). Interventions included workshops on such topics as HIV/ AIDS, home care and grants, arthritis, nutrition, business skills, bereavement, stigmatisation and human rights.

Following the success of the pilot project, Brodrick helped the grandmothers to form peer support groups, using needlework as 'a safe, non-threatening focus of initial communication' (Brodrick, 2004, p. 237). She began by showing group members how to make patchwork blankets from donated materials, going on to include other activities such as crochet, knitting and beadwork. In order that other grandmothers would have access to the same level of support and education, participants formed Grandmothers Against Poverty and AIDS (GAPA), in 2001, as an umbrella body to lobby the government for funds to start small businesses, run workshops, and set up more support groups.

In 2014, GAPA have their own premises in one of the townships; some of the grandmothers look after groups of children so that others can go out to work; goods made by members of the group are sold from the centre, and workshops are run regularly. Members of GAPA have themselves taken on a health education role in their communities, disseminating what they learn to others.

Occupational therapists in wealthy, developed countries are also discovering areas of occupational need that are not met by existing health and social care services. Some are responding by setting up innovative new services, as shown in the example from the UK in Box 2.

Box 2: Aberdeen Straightway

An occupational therapist in the city of Aberdeen, on the north-east coast of Scotland, observed that men who had addiction problems or criminal convictions in the past found it very hard to secure employment, or to sustain it if they did find work. With support from local churches, he left his job and set up a charity, The Way Trust, to provide work training and temporary employment for men released from prison.

The project, a landscape gardening business, is called Aberdeen Straightway Ltd and its aim is to give people the opportunity to learn work and social skills so that they can move on to obtain employment on the open market. The men work within teams to learn skills in landscape gardening, paving, building, painting, and other practical tasks. Many of them go on to find better paid work once their skills and confidence are sufficiently developed.

One of the men, who spent two years in the programme before finding a permanent job, said:

Straightway provided a bridge for me between my hopeless, jobless past and the cracking job I have now at Pentagon freight. It... got me into the rhythm of getting up every morning, come rain or shine and developing the discipline of work. It was also at Straightway that I learned different skills and got my confidence back. One of the big things for me was the chance to get my licence back and start driving the van. My two year Straightway experience gave me the chance to prove myself so I could be recommended for the job I'm in now. (www.thewaytrust.co.uk retrieved 11.10.2014)

Directions for further development

The occupational therapy profession has a strong body of knowledge and theories to support an institution-based, individualised, and problem-focused practice. For those occupational therapists working in the social field, many of these theories are less helpful and can even become barriers to professional reasoning. As discussed in the last section, the delivery of health care interventions in social contexts, as opposed to medical contexts, requires professionals to adopt more community-focused, needs-led and politically aware ways of working. This, in turn, drives occupational therapists to find alternative ways of describing, explaining, justifying and directing their practice that do not depend on structuralist, biomedical concepts and terminology. Some of these approaches, inspired by developments in the social field, can be found in the professional literature from around the world. One of the seminal texts was Ann Wilcock's *An Occupational Perspective of Health* (1998, 2006),

which proposed a public health role for occupational therapists. In 2005, an international group of occupational therapists published a book that explored a wide range of innovative approaches at the cutting edge of practice: *Occupational Therapy without Borders* (Kronenberg et al.). Another influential author is Elizabeth Townsend (2003), who has written extensively about the concept of occupational justice.

In the social field, the occupational therapist is not an expert whose role is to tell people what they need to support their occupations; rather, 'professional knowledge relies crucially upon the information and insights provided by those with whom we work' (Nixon & Creek, 2006, p. 78). From this perspective, theory is not an immutable system of truths, learned from textbooks and applied in practice; theory is a negotiated understanding of reality that emerges through interaction between the professional and the client in the context of the intervention. Therefore, the theories most appropriate to the social field are those that support the occupational therapist's thinking, in partnership with the person, without narrowing the focus of intervention or scope for action.

As can be seen from the examples given in the last section, occupational therapists in the twenty-first century are taking radically different approaches to theory development from the ones used in previous decades; incorporating, for example, such concepts as occupational rights, occupational therapy as a political practice, and community dimensions of occupation. These ideas are explored in textbooks such as: *Occupational Therapies without Borders* (Kronenberg et al., 2011), *Politics of Occupation-Centred Practice* (Pollard & Sakellariou, 2012) and Creek's *Occupational Therapy and Mental Health* (Bryant et al., 2014).

Alongside recent developments in occupational therapy theory, there is increasing recognition that the profession needs to develop a stronger political dimension if there is to be a significant shift of focus from the individual and the health condition to the wider determinants of occupational limitation. For example, Galheigo (2011) argued that taking an ethical stance in relation to disadvantaged and vulnerable people 'is necessarily a political position' (p. 61) and that 'modernity's scientific rationality [has] transformed ethical and political problems into technical matters' (p. 62). In opposition to the technologisation of the human condition, a political practice of occupational therapy involves not merely developing therapeutic programmes for individuals in hospitals, clinics, and their own homes but also confronting the social conditions that maintain people in powerless positions (Barros et al., 2005).

Many occupational therapists around the world now see occupational therapy as a political profession, and an international group, calling themselves occupational therapists without borders, have suggested that ‘occupational therapy, indeed all health and social care, is inescapably political’ (Pollard et al., 2009, p. xxii).

There is still a long way to go in developing theories to support a health promoting, human rights based practice of occupational therapy, but this work is needed as health services come under pressure and more practitioners are choosing to work outside mainstream services.

Summary and conclusion

This chapter began with a brief review of how the profession of occupational therapy developed throughout the twenty-first century. This developmental process has produced a profession with a two-body practice supported by two distinct epistemologies: pragmatism and structuralism. The second section discussed how health and social care needs are changing rapidly in the modern world, demanding new approaches to meet the challenges imposed by such factors as population growth, climate change, and chronic poverty. The concept of intersectionality was introduced to explain how multiple factors come together to create and maintain social and health inequalities.

Occupational therapists in many countries find that a structuralist approach to practice, which focuses on the individual and the health condition, does not address the complex needs of the world’s most occupationally disadvantaged people. Practitioners and scholars are revisiting the profession’s roots in pragmatism to find more appropriate ways of contributing to twenty-first century health and social care. They are developing new occupational therapy roles, theories, and approaches, such as health promotion, occupational justice, and collaborative working.

The profession of occupational therapy grew and flourished during the twentieth century because it was useful and relevant to people’s everyday lives and needs. Twenty-first century occupational therapy can continue to be useful and relevant, if we harness our experience and expertise to meet the occupational needs of the present day.

References

- Alers, V. and R. Crouch (eds), 2010. *Occupational therapy: an African perspective*, Sarah Shorten, Johannesburg.
- Barros, D.D., Ghirardi M.I.G., and R.E. Lopes 2005, 'Social occupational therapy: a socio-historic perspective', in: F. Kronenberg, S.S. Algado, and N. Pollard (eds), *Occupational therapy without borders: learning from the spirit of survivors*, Elsevier Churchill Livingstone, Edinburgh, pp. 140–151.
- Brodrick, K. 2004, 'Grandmothers affected by HIV/AIDS: new roles and occupations', in: Watson, R. and L. Swartz (eds), *Transformation through occupation*, Whurr, London, pp. 233–253.
- Bryant, W., Fieldhouse, J., and K. Bannigan (eds) 2014, *Creek's occupational therapy and mental health*, 5th edition. Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh.
- Cole, M. 2010, 'Occupational therapy theory development and organization', in: Sladyk, K., Jacobs, K. and N. Macrae (eds), *Occupational therapy essentials for clinical competence*. NJ: Slack, Thorofare, pp. 75–86.
- Cole, M. and M.V. Donohue 2011, *Social participation in occupational contexts: in schools, clinics, and communities*, NJ: Slack, Thorofare.
- Cole, M., and R. Tufano 2008, *Applied theories in occupational therapy: a practical approach*, NJ: Slack, Thorofare.
- Creek, J. 2003, *Occupational therapy defined as a complex intervention*, College of Occupational Therapists, London.
- Creek, J. 2002, 'The knowledge base of occupational therapy', in: J. Creek (ed), *Occupational therapy and mental health*, 3rd edition. Churchill Livingstone, Edinburgh, pp. 29–49.
- Creek, J. and L. Lougher (eds) 2008, *Occupational therapy and mental health*, 4th edition. Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh.
- Fourie, M., Galvaan, R., and H. Beeton 2004, 'The impact of poverty: potential lost', in: Watson, R. and L. Swartz (eds), *Transformation through occupation*. Whurr, London, pp. 69–84.
- Friere, P. 1972, *Pedagogy of the oppressed*. Trans. M.B. Ramos, Penguin, London.
- Galheigo, S.M. 2011, 'What needs to be done? Occupational therapy responsibilities and challenges regarding human rights', *Australian Occupational Therapy Journal* 58, pp. 60–66.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00922.x>
- Galheigo, S.M. 2005, 'Occupational therapy and the social field: clarifying concepts and ideas', in: Kronenberg, F., Algado, S.S. and N. Pollard (eds), *Occupational therapy without borders: learning from the spirit of survivors*, Elsevier Churchill Livingstone, Edinburgh, pp. 87–98.
- Galheigo, S.M., Oliver, F.C., Ferreira, T.G. and M. Aoki 2012. 'People with disabilities and participation: experiences of an occupational therapy practice in the city of São Paulo, Brazil', in: Pollard, N. and D. Sakellariou (eds), *Politics of occupation-centred practice: reflections on occupational engagement across cultures*, Wiley-Blackwell, Chichester, pp. 128–145.
- Haworth, N.A. and E.M. MacDonald 1946, *Theory of occupational therapy*, 3rd edition, Ballière, Tindall & Cox, London.
- Hooper, B. and W. Wood 2002, 'Pragmatism and structuralism in occupational therapy: The long conversation', *American Journal of Occupational Therapy* 56 (1), pp. 40–50.
<https://doi.org/10.5014/ajot.56.1.40>
- Hopkins, H.L. 1988, 'An historical perspective on occupational therapy', in: Hopkins, H.L. and H.D. Smith (eds), *Willard and Spackman's occupational therapy*, 7th edition., Lippincott, Philadelphia, pp. 16–37.
- Kronenberg, F., Pollard, N. and S.S. Algado (eds) 2005, *Occupational therapy without borders: learning from the spirit of survivors*. Elsevier Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Kronenberg, F., Pollard, N. and D. Sakellariou (eds) 2011, *Occupational therapies without borders, volume 2: towards an ecology of occupation-based practices*. Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh.
- Lorenzo, T. and L. Cloete 2004, 'Promoting occupations in rural communities', in: Watson R. and L. Swartz (eds), *Transformation through occupation*, Whurr, London, pp. 268–286.
- Mattingly, C. 1994a, 'Occupational therapy as a two-body practice: the body as machine', In: Mattingly, C. and M.H. Fleming, *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*, F.A. Davis, Philadelphia, pp. 37–63.
- Mattingly, C. 1994b, 'Occupational therapy as a two-body practice: the lived body', in: Mattingly, C. and M.H. Fleming, *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*, F.A. Davis, Philadelphia, pp. 64–93.
- Mattingly, C. and M.H. Fleming 1994, *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*, F.A. Davis, Philadelphia.
- Max Neef, M.A. 1991, *Human scale development: conception, application and further reflections*, Apex Press, New York.
- Morrow, M. and S.L. Hardie 2014, 'An intersectional approach to inequity', in: Bryant, W., Fieldhouse, J. and K. Bannigan (eds) *Creek's occupational therapy and mental health*, 5th edition, Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh, pp. 188–203.
- Nixon, J. and J. Creek 2006, 'Towards a theory of practice', *British Journal of Occupational Therapy* 69 (2), pp. 77–80.
<https://doi.org/10.1177/030802260606900205>
- Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2009, *Summary in English: Report no. 47 (2008-2009) to the Storting. The coordination reform: proper treatment – at the right place and right time*, NMHCS. Oslo.

- O'Sullivan, E.N.M. 1955, *Textbook of occupational therapy*, H.K. Lewis, London.
- Paterson, C.F. 2010, *Opportunities not prescriptions: the development of occupational therapy in Scotland 1900-1960*, Aberdeen History of Medicine Publications, Aberdeen.
- Paterson, C.F. 2014, 'A short history of occupational therapy in mental health', in: Bryant, W., Fieldhouse, J. and K. Bannigan (eds), *Creek's occupational therapy and mental health*, 5th edition, Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh, pp. 2-13.
- Pollard, N. and D. Sakellariou (eds) 2012, *Politics of occupation-centred practice: reflections on occupational engagement across cultures*, Wiley-Blackwell, Chichester.
- Pollard, N., Sakellariou, D., and F. Kronenberg 2009, 'Introduction', in: Pollard, N., Sakellariou, D. and F. Kronenberg (eds), *A political practice of occupational therapy*, Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh, pp. xxi-xxiv.
<https://doi.org/10.1002/9781118702819>
- Ramagundo, E. and A. Barry 2011, 'Enabling play in the context of rapid social change', in: Kronenberg, K., Pollard, N. and D. Sakellariou (eds), *Occupational therapies without borders, volume 2: towards in ecology of occupation-based practices*, Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh, pp. 179-184.
- Reilly, M. 1971, 'The modernization of occupational therapy', *American Journal of Occupational Therapy*, 25 (5), pp. 243-246.
- Reilly, M. 1962, 'Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine', *American Journal of Occupational Therapy*, 2 (1), pp. 1-9.
- Shorter Oxford English Dictionary* 2002, Oxford University Press, Oxford.
- Thibeault, R. 2005, 'Connecting health and social justice: a Lebanese experience', in: Kronenberg, F., Algado, S.S. and N. Pollard (eds), *Occupational therapy without borders: learning from the spirit of survivor*, Elsevier Churchill Livingstone, Edinburgh, pp. 232-244.
- Townsend, E. 2003, 'Reflections on power and justice in enabling occupation', *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70 (2), pp. 74-87.
<https://doi.org/10.1177/000841740307000203>
- Townsend, E. 1997, 'Occupation: potential for personal and social transformation', *Journal of Occupational Science: Australia*, 4 (1), pp. 18-26.
<https://doi.org/10.1080/14427591.1997.9686417>
- Townsend, E. and A. Wilcock 2004a, 'Occupational justice', in: Christiansen, C. and E. Townsend (eds), *Introduction to occupation: the art and science of living*, NJ: Prentice Hall, Upper Saddle River, pp. 243-273.
- Townsend, E. and A. Wilcock 2004b, 'Occupational justice and client-centred practice: a dialogue in progress', *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), pp. 75-87.
<https://doi.org/10.1177/000841740407100203>
- United Nations, 1992, *United Nations framework convention on climate change*, FCCC/INFORMAL/84 GE.05-62220(E) 200705.
- United Nations, 1948, *The Universal Declaration of Human Rights* [Online], available from: www.un.org (retrieved 15.09.2014).
- United Nations Development Programme, 2014, *2014 Human Development Report: Sustaining human progress: reducing vulnerabilities and building resilience*, UNDP, New York.
- Van Bruggen, H. 2014, 'Turning challenges into opportunities: how occupational therapy is contributing to social, health and educational reform', *WFOT Bulletin* 69, pp. 2-6.
<https://doi.org/10.1179/otb.2014.70.1.013>
- Wanless, D. 2002, *Securing our future health: taking a long-term view*, HM Treasury, London.
- Watson, R. 2004, 'A population approach to transformation', in: Watson, R. and L. Swartz (eds), *Transformation through occupation*, Whurr, London, pp. 51-65.
- Wilcock, A.A. 2006, *An occupational perspective of health*, 2nd edition, NJ: Slack, Thorofare.
- Wilcock, A.A. 2002, *Occupation for health, Volume 2: A journey from prescription to self health*, College of Occupational Therapists, London.
- Wilcock, A.A. 2001, *Occupation for health, Volume 1: A journey from self health to prescription*, London: College of Occupational Therapists.
- Wilcock, A.A. 1998, *An occupational perspective of health*, Thorofare, NJ: Slack.
- World Federation of Occupational Therapists, 2006, *Position paper on human rights* [Online], available from: www.wfot.org (retrieved 01.11.2013).
- World Health Organization, 2014, *World health statistics 2014-a wealth of information on global public health*, Geneva: WHO.
- World Health Organization, 2012, *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization, 2011, *World report on disability*, Geneva: WHO.
- World Health Organization, 2008, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Geneva: WHO.

Agents for change

It is our duty as occupational therapists to challenge old practice in order to develop and construct a viable service for the future. Marilyn Pattison (2010) opens a dialog about 'opportunities in the global community' by encouraging occupational therapists to create novel and effective practices that withstand the test of tomorrow's health and social challenges. By looking beyond the framework of today's operations, 'we can take the future, fold it back into present and make it happen right now' (Pattison 2006, p.172).

Kristin Anderson (2009, p. 8) emphasises that there are a multitude of opportunities for occupational therapists, yet entrepreneurial practice seems to be a virgin peak still to be attempted. Traditionally, practitioners are employed within the public and civic sectors, and only a handful are found in the private sector. There are few publications that draw attention on how to form enterprises within occupational therapy, and of these publications, the focus is on the development of financial and marketing knowledge and the personal traits of an entrepreneur (Anderson 2009, Pattison 2006, Pattison 2010, Foto 1998). There are many other components to developing a successful enterprise, which have yet to be acknowledged for their link to occupational therapy. Baum (2006), Hinojosa (2007), and Pattison (2010) emphasise the importance of forming new collaborations and exploring unfamiliar areas of practice. This does not imply that practitioners must dismiss old frameworks and principles. Rather, it urges us to think differently by arranging old structures into new combinations as 'we need to strive to move beyond the traditional boundaries because that is what they are - boundaries' (Pattison 2006, p. 167).

Reading the foreword by Marilyn Pattison (2011) in *Occupational Therapists without Borders*, we are introduced to the concept of social entrepreneurship. The main features are acknowledged, and the notions of social change, social value, and social vision are emphasised. Scaffa, Pizzi & Holmes (2014) elaborate on this notion as they describe the process of becoming a social entrepreneur. Building on these reviews, this chapter describes social entrepreneurship in more detail, with a particular focus on the ability to transform social challenges into opportunities by establishing new alliances across the sectors and services of health and social care.

Chapter structure

The content of this chapter is meant to enlighten both occupational therapy students and practitioners on the emerging topic of social entrepreneurship. An overview of what to consider as a classical and social entrepreneur is provided, and the concept of social mission, change and value measure is underlined. By coupling social entrepreneurship with occupational justice, the general features are bridged to the field of occupational therapy. The latter section brings clarity to different conceptions of value creation and presents a useful tool that can be employed when an occupational therapist is seeking different ways of becoming a social entrepreneur. Closing this chapter, the case of WayaWaya illustrates how a team of social entrepreneurs worked towards bettering the lives of marginalised women by promoting occupational balance, meaning, choice, and participation. Among WayaWaya's team of entrepreneurs was an occupational therapist who played an important role in shaping the vision and mission of this social enterprise. Influenced by her proficiency, the occupational therapist argued that the focus on occupational rights would help shape a vocational program that would bring about a salutary context and create significant change to a large number of women. The case example recapitalises the content of this two-fold text, as it provides an overall understanding of social entrepreneurship and illuminates the importance of how to communicate intended practice and proposed results within and across the private, public, and civic sector. In all, the chapter calls out to occupational therapists to make use of their proficiency in novel and unconventional ways.

Entrepreneurship

Social entrepreneurship is becoming increasingly popular, and for the last decade various forms of science, organisations, and professions are finding their way into this novel realm of practice (Steyart and Hjorth 2006, p. 4). It is a concept at its juvenile stage, and because diverse areas of science are studying the topic, a ruling definition is yet to be shaped (Weerawardena and Mort 2006, p. 21). To understand how occupational therapy can be associated with social entrepreneurship, we take a look at the commonly known features of the concept.

To appreciate the notion of social entrepreneurship, one must have a clear understanding of the word entrepreneurship (Martin & Osberg 2007, p. 30). There are many sides to the concept worth discussing, and for the purpose of this chapter we will only scratch the surface of what today remains a comprehensive field of research. To review the classical definition of entrepreneurship we turn to Joseph Alois Schumpeter, an Austrian economist known for *The Theory of Economic Development* (1912/1934) and *Capitalism, Socialism and Democracy* (1942). Based on the work of the French economist Jean-Baptiste Say from the eighteenth century, Schumpeter took the first step in refining the definition of entrepreneurship by merging the term with innovation. He describes the entrepreneur as a man of action, who holds the ability to create new combinations of products and services (Schumpeter 1943, p. 78). In such, ‘entrepreneurs are believed to have an exceptional ability to see and seize upon new opportunities, the commitment and drive required to pursue them, and an unflinching willingness to bear the inherent risks’ (Martin & Osberg 2007, p. 31). They are the agents of society, who pursue both challenge and opportunity by the successful construction of novel products, services, or solutions that create lasting change (Drucker 2007, p. 22-26). It is apparent that the characteristics of an entrepreneur derive from more than simply the desire for making money (Drucker 2007, p. 19). As such, entrepreneurs have an intrinsic aspiration to create change by ‘doing something different rather than doing better what is already being done’ (Drucker 2007, p. 23).

The Social Change Agent

As we add the word social to entrepreneurship, there are several elements that distinguish social entrepreneurs from classical entrepreneurs. Peter Drucker points out that the ‘entrepreneur always searches for change, responds to it, and exploits it as an opportunity’ (Drucker 2007, p. 25). Entrepreneurs are consequently not limited to the private sector (*ibid.*), and are found where the opportunity arises. Social entrepreneurship can therefore be considered a branch under the classical definition. The link between social and entrepreneurship lies in the explicit and central focus on the social mission (Dees 1998, p. 3).

Although the classical entrepreneur can affect society in an extraordinary way, 'they are subjective to market discipline, which determines in large part whether they are creating value' (Dees 1998, p. 3). Conversely, the objective of the social entrepreneur is to act as 'a catalyst for social transformation' (Alvord et al., 2004, p. 262). Their vision is to create a better place for all members of society, and this directly affects the way they structure their initiatives and evaluate their ability to create significant change. Whereas the classical entrepreneur is primarily evaluated by the ability to bring about monetary value, the social entrepreneur is equally assessed for their ability to add social value.

The social entrepreneur creates significant change for the poor and marginalised by constructing 'innovative, social value creating activity that can occur within

or across the non-profit, business, or government sectors' (Austin, Stevenson,-Wei-Skiller 2006, s. 2). The dynamic flexibility of social entrepreneurship provides for a vast array of applications. Nicholls (2006, p. 11) emphasises that the unique character of a social entrepreneur lies in their ability to see no boundaries. By passing across sectors, one can unite a range of organisational forms to reach a wide number of partners and stakeholders, thus forming sustainable business models. A social entrepreneur or social enterprise therefore withstands both conventional structure and institutional norms. However, they exclusively comply with one rule – to transform the social challenge into positive outcomes (*ibid.*). How we traditionally divide operational forms and organisational structures into the public, civic, and private sector becomes highly irrelevant. What remains significant is the ability to create financial sustainable and dynamic structures that are independent of the conformities within the three sectors as the aim is to create significant change for a vast number of people.

In accordance with financial sustainability, many social entrepreneurs hold profit making at the core of their operations and are also being measured by wealth creation. However, 'our society seems to find something repulsive in the idea of someone profiting from doing good' (Dees 2003, p. 13). Any questions that accompany the rise of the for-profit social entrepreneur should be well received and responded to with clarity. As 'social ventures tend to be held to a higher standard than other businesses' (Dees 2003, p. 13), the ability to demonstrate timely and reliable social performance will determine the public's view on dual social and financial objectives. The social entrepreneur must be transparent when mobilising resources and demonstrate equilibrium between their social and monetary values (Dees 2003, p. 16). Lastly, if the pecuniary objective exceeds the social mission and at worst affects the social change negatively, the social entrepreneur will be scrutinised.

Social entrepreneurship must not be confused with privatisation of health and social services. Hence, the main difference between an occupational therapist acting as a classical entrepreneur and one that acts as a social entrepreneur is in how their value is being measured. An occupational therapist who is considered to be a classical entrepreneur is generally found in the private sector where services are primarily offered to people that have the ability to pay for it. Consequently, the value they are creating is measured by their monetary wealth. An occupational therapist who is considered to be a social entrepreneur creates service to marginalised individuals by promoting equality for all. Irrespective of where the social entrepreneur is located, business models and wealth creation is primarily a means to reach a social mission. These occupational therapists are measured by the ability to create both social and monetary value. 'Mission related impact becomes the central criterion, not wealth creation' (Dees 1998, p. 3), and financial sustainability remains imperative as it increases the likelihood of outliving economic contraction (*ibid.*).

Occupational justice as an agency for social change

By facilitating equal opportunities and promoting the ability to utilise one's full potential, the emerging theory of occupational justice 'recognizes occupational rights to inclusive participation in everyday occupations for all persons in society' (Nilsson & Townsend 2010, p. 1). Occupation experienced as alienating, depriving, marginalising, and unbalancing represents the negative outcomes of inequalities. As a consequence of these four negative attributes, opposing occupational rights have been designed, which look at humans' need for meaning, balance, choice, and participation in order to function in society (Townsend & Wilcock 2004, p. 80-84). The framework views restrictions in terms of inequality, societal structures, and political systems (Pollard and Sakellariou 2014, p. 644) and joins the subject of social justice with the focus on occupation of every day life (Nilsson and Townsend 2010, p. 2).

Utilising this knowledge by becoming 'agents of social change, occupational therapists have to reconceptualise the basis from which they work' (Pollard, Sakellariou, Kronenberg 2008, p. 1). There is a need for further examination and development in order to fully understand how occupational justice can be operationalised (ibid.), for which the focus on social entrepreneurship provides a good standard on how to execute and manage novel practice that targets the bigger picture in a sustainable fashion. Viewing the element of social mission and transformation, we turn to Sandra Maria Galheigo (2011), one of many occupational therapists interested in the subject of occupational rights. She describes a common thread experienced by many of her colleagues, as the clients they serve portray interwoven and consistent occupational injustices (2011, p. 60-61). Based on the notion that these injustices originate from a deeper root cause, Galheigo (2011, p. 60-66) invites occupational therapists to look beyond individual-based intervention. In order to encompass and counteract impediments of occupational rights, it is imperative to consider challenges on a citizenship level. In this respect, 'knowledge and practice should be concerned with the improvement of human condition in a broad sense' (Galheigo 2011, p. 61).

Enabling communities by promoting occupation is a significant component within occupational therapy. This element should be at the core of a social mission where principles and reasoning from occupational therapy embody a social enterprise, as it is a 'potent tool for change' (Frank & Zemke, p. 132). Through the promotion of occupational justice, significant change can be obtained by endorsing the right to occupation. Mary Foto (1998) asked how occupational therapists ought to be regarded as entrepreneurs. Her conclusion was that 'the marketplace will be the ultimate judge of our competence, and success will be the only reliable measure' (Foto 1998, p. 769).

Following Mary Foto's enquiry of the 'entrepreneurial occupational therapy practitioners' (Foto 1998, p. 766), the success within social entrepreneurship is measured by the ability to bring about occupational justice to a significant amount of people. The groups and individuals prevented from, or limited to, their occupational rights define the marketplace, and the power to successfully meet and eliminate these injustices measures the success.

The occupational therapist working with social transformation 'must enlarge its knowledge base and its partnership with other professions' (Frank & Zemke 2008, p. 115). To claim the title as a social entrepreneur, one must be able to actualise a novel program that is financially sustained in order to secure the feasibility of executing the social mission. Forming close relationships with professionals within finance, commerce, and marketing, as well as gaining knowledge about business and innovation, will strengthen the position of the occupational therapy practitioner in forming a social enterprise. The first step in attracting appropriate alliances and building relevant skill sets is to conceptualise intended practice and desired result, for which the ability to accurately describe how occupational justice creates value and transforms social structures is warranted.

Social Value Measure

Building on the topic of social entrepreneurship and occupational justice, we move to the subject of how occupational therapists can structure and 'articulate the process by which their organization proposes to affect a desired change in society' (Bloom 2006, p. 287). A conclusive means of assessment, which explains what to implement and how to create impact, is a prerequisite to forming good partnerships across sectors. Transparency and accountability is founded on the notion of alignment between planned activities and actual performance. Impact must comply with the expectations of the stakeholders, for which measurement is required (*ibid.*). A good measure captures the relationship between mission, scale, and scope (Ebrahim and Rangan 2014, p. 118–119) and helps to direct action before, during, and after conducting a program. There is a range of assessments and evaluative tools being used within social entrepreneurship. Most of these typically examine input, activity, output, outcome, and impact. It is a chain of causalities, which makes it possible for investors to analyse the initiatives' ability to expedite change (Bloom 2006, p. 288), be it immediate, long-term, or significant. Roche (1999, p. 28) emphasises that the elements of intervention must be reviewed before analysing outcome and impact. This implies that one must understand a program's vision and mission before assessing its ability to create change. Outcome and impact must therefore be aligned with the sought intention of a program in order for analysis of the nature and form of significant change to take place.

A key ingredient is to develop a practical yet exceptional mission statement (Colby, Stone og Cartta 2004). Analysing the mission is one way of tracking intention with the desired impact. Social enterprises have a particular way of complying with their social mission, as it is more than something they wish to obtain. Mission fulfilment is their primary purpose and reason for being founded. The mission statement is therefore the best guideline for drawing up and analysing the social value creation (Ebrahim and Rangan 2014, p. 125 – 127).

Rangan (2004) differentiates between two sets of missions, one is the aspirational mission and is closely linked with the vision of the social enterprise and the second is the operational mission that views the pragmatic considerations of the input and activities. The aspirational mission helps to direct where and how to view impact, and specifies the application of the substantial engagement and tangible capital (ibid.). The operational mission is the blueprint that displays the dimensions of the social challenge and the activities needed to address them. The dimension and activity are typically referred to as the scale and scope of the social enterprise. The scale points to the dimension and will therefore give an idea of how the program must evolve to reach its target population. The scope is directed towards the activities and outlines how to carry out the mission (Ebrahim and Rangan 2014, p. 127).

With a particular focus on objectivity and intelligibility, Alnoor Ebrahim and Kasturi Rangan (2010) emphasise the importance of forming an instrumental specification that can be comprehended across professions and sectors. Seeing that: ‘Without a causal analysis that links various factors that can affect outcomes, it is hard to imagine how outcomes might be measured or even anticipated (Ebrahim and Rangan 2010, p. 20).’

The logic chain model

Drawing from our understanding of creating and measuring social value, we will now view how to construct an organisational blueprint for a social enterprise. Building on the manual from the Kellogg Foundation (2004), this section will focus on the logic chain model, which views the input, activity, output, outcome, and impact of a program. This is a tool that helps to develop and clarify the social mission, scope, and scale. These are the points that shape the structure and activities, thus creating a basis for how to measure outcome and impact. The goal of this section is to illuminate that ideas can become reality and that occupational therapists hold relevant knowledge to create, manage, and be part of social enterprises.

Forming a causal explanation of a program based on the theory of occupational justice:

Most of the value in a logic model is in the process of creating, validating, and modifying the model ... The clarity of thinking that occurs from building the model is critical to the overall success of the program (Kellogg Foundation 1998, p. 43).

The logic chain model is a learning and organisational tool that helps the social enterprise to collect, analyse, and provide relevant data, thus enabling the entrepreneurs to gain a deeper understanding of how the program is growing and what is needed to adequately manage it (Kellogg, 2004, p. 1). It requires the founders to critically review the feasibility of the different logical steps needed to reach the mission. This visual presentation reduces the ideas and myriad of information into a simplified framework. The logic chain model allows one to portray knowledge and, if done in collaboration with stakeholders, to create a mutual agreement of how to utilise resources, implement activities, and forecast intended social change. The logic chain model therefore establishes what one is aiming to provide and allows for the creation of a memorandum of agreement with collaborating partners and stakeholders across sectors (Colby, Stone og Cartta 2004). Moreover, the logic chain model provides an outline of the resources needed and can indicate if any of the logics are inconsequential. In short, being able to create a causal relationship between the logics and expedient targets will help create an impact measure that can easily re-examine itself (Ebrahim and Rangan 2010, p. 10).

The structure of the logic chain model is divided into two sections, namely planned work and intended results. These main sections are subsequently separated into the planned resources and activities and intended output, outcome and impact. Resources are the tangible and intangible components, which are available and can be used to carry out the activities. Activities accordingly look at how the resources are utilised to bring about change. The outputs are the direct product of what has been delivered, and outcome links to change on a personal level. The impact is associated with significant change and bears witness to value creation for groups, communities, industries, and governments.

The following is an example that will help illustrate how to effectually work with partners, stakeholders, and other collaborators within and across the discipline of occupational therapy.

Appendix 1, The Value Chain Model

The logic chain model builds a linear illustration of the planned work and intended results, by circuitously undergoing the different steps. This cyclical process of generating a realistic presentation provides for continuous reconsiderations and re-evaluations of every single step. To gather relevant data entails evaluating the intention, form of operation, and profit making, together with the exploration of similar projects and the needs of the social enterprise, thus bringing clarity as to whom the program is intended for and how the value is created. (Colby, Stone & Cartta 2004). ‘One question inevitably leads to another, and the discussions often cycle back and forth between intended impact and theory of change’ (ibid.).

The logic of WayaWaya

WayaWaya is a for-profit social enterprise that promotes employment opportunities for Zambian women without formal education. By administering specialised vocational training and extended job prospects, vulnerable women are given the possibility to engage in an accommodating and inclusive work environment. WayaWaya is self-sustained by manufacturing, marketing, and independently selling fashionable leather handbags.

Assessments

In 2010 occupational therapist Iris Helén Nikolaisen and psychology graduate Merete Løken carried out a year-long Peace Corps program in Livingstone, Zambia. The Norwegian exchange workers devoted their time to local development programs with a passion for women’s rights. During this period, Merete Løken worked under a Zambian non-governmental organisation called Kwenuha, which offers a rehabilitative program to women forced into risk occupations. Becoming acquainted with the beneficiaries of Kwenuha, it remained apparent that the organisation was in need of strong alliances that could support the women in finding viable employment opportunities. Wanting to help, the two Norwegians teamed up and formed WayaWaya, a hybrid dual-country organisation that would marry the conscious consumer with marginalised women in Zambia by producing and selling artisan products.

Over a two-year period, Iris Helén Nikolaisen examined the operation of Kwenuha and carried out a series of data collections in order to obtain an adequate understanding of the outcome and impact Kwenuha had created. Analysing their strategic documents, carrying out group surveys, and implementing qualitative research helped establish an overview of their logic chain model. Of particular interest was Kwenuha’s trade skill program, which is their final rehabilitative step and main means of advancing the women’s ability to obtain ‘positive work’.

Based on in-depth interviews with the beneficiaries, Iris Helén Nikolaisen (2014) studied the tailoring program and found four reappearing indicators that restrained the formation of a viable working life. The indicators consist of four general and inter-laced conditions, respectively, information, skill set, resources, and communication. The lack of information was related to restricted knowledge of prospective jobs, relevant networks and micro-finance, making the start-up period particularly challenging. Insufficient skill set was associated to the short-term duration of the program, which left the women with little knowledge of commercial markets and sales, inadequate understanding of machinery support, and elementary know-how of seam techniques. Deficiencies of resources and poor communication were two interwoven elements linked to the disparity between what the women had expected and what was gained from the vocational program activity (Nikolaisen 2014, p. 36-53).

In response to the narratives described by former participants of the tailoring program, a dialogue with other members, staff, and stakeholders was established, and the four challenges were then confirmed and underlined as highly relevant. One particularly negative outcome echoed before, during, and after carrying out the research. The beneficiaries of Kwenuha all pointed out that a number of women had returned to the streets after training, as it was still a major challenge to find permanent, paid work. 'Without the ability to pay for rent, food and school fees for their children sex work become a matter of survival, yet again' (Nikolaisen 2014, p. 5). This negative outcome advanced the formation of WayaWaya, and the purpose was swiftly recognised, as the prerequisite for a vocational program, sustained job creation must take place.

Mission and activities

Acknowledging the importance of outreach, mobilisation and rehabilitation, WayaWaya developed an operational mission with the intention of complementing and encouraging Kwenuha's front-line support work. With the objective of profiting both Kwenuha and their members, WayaWaya formed a memorandum of understanding pledging to advance Kwenuha's aspirational mission of empowering women formerly involved in risk occupations by enhancing their skill sets and market positions. Outcomes of this nature would be obtained by collaborating with professional designers and artisans within different trades. WayaWaya would have one direct function, to ensure financial predictability and safety by creating a dignifying vocation for an independent existence. Indirectly, WayaWaya's mission could also impact the work of Kwenuha. By freeing their resources and capacity, WayaWaya would enable Kwenuha to extend their focus on eliminating sex work by sensitising and mobilising new members.

Occupational justice approach

Focusing on the challenges described by Nikolaisen (2014, p. 54-59), WayaWaya's activities were designed to correspond and create outputs with the intention of eradicating the following negative outcomes, incompatible information, deficient skillset, resources shortage, and inadequate communication. Aligning the negative outcomes with the concept of occupational justice as an impact measure built the basis for the logic chain model and described conditions that would accommodate needs, capabilities, and potential. Each component pointed to a different occupational right, which looked at humans' need for meaning, balance, choice, and participation in order to function as occupational beings (Townsend & Wilcock 2004, p. 80).

Occupational meaning was used to form a vocational programme that connected members of Kwenuha to professional designers and craft artisans. This would ensure a skill enhancement that was quality proofed and up to standards. Meaningful working life was promoted by securing an adequate skill practice in a supportive environment, which met individual prerequisites, values, and interests. To ensure occupational balance would imply forming a vocational skills program that met the need to enjoy activities outside of work. The program assured that not only would there be an adequate demand in the community for the craft and products they were taught, but also the women would be able to market and sell what they had produced. It was imperative that they be able to sell a competitive product that would therefore provide for a quality livelihood. This would restore occupational balance by limiting long working hours, thus enabling sufficient time to enjoy family life and leisure time (Nikolaisen 2014, p. 60-61). Implementing a follow-up initiative further enhanced occupational choice. Volunteers representing different professions within business, marketing, trade, and craft would be brought in by WayaWaya to follow up each and every participant after completing the training program. The women would be offered support in order to sustain, scale, and scope their individual community projects. Lastly, occupational participation would regard the setup of the training in terms of group formation. Based on the assumption that strong alliances could be formed during the skill enhancement program, the women were encouraged to continue this collaboration upon completion by working together. One of the selection prerequisites was that participants live in the same community or within walking distance of one and another. The intention of the outreach program was to support the women in setting up and forming joint workshops in addition to the trade specific follow-up (Nikolaisen 2014, p. 60-61).

Organisational structure

After determining the resources and activities needed to reach the intended outcome and impact of WayaWaya, the process of choosing an organisational form and business model took place. A team with background from occupational therapy, development studies, psychology, marketing, innovation, and business examined a range of market-based approaches. The intention was to obtain a promising structure that would sustain the vocational training initiative. To reach the social mission and ensure sustainability WayaWaya would hold the shape of a for-profit social enterprise, formalising marketing and sale as one of its core activities. In the long term, this hybrid model was implemented with the intention to scale beyond the need of Kwenuha and their beneficiaries. By sensitising other grass-roots organisations, thereby reaching a vast number of women, impact could be obtained on a structural and governmental level.

The first vocational training was initiated in October 2013 and demonstrates the dual objective of the for-profit social enterprise. The women were specifically trained to make high quality leather handbags. These products were sold on the international market by WayaWaya. This represented the commercial value creation, as in contrast every new vocational program would train women to make products to be sold by themselves within their respective community, thereby ensuring financial predictability and safety through a dignifying vocation for an independent existence to a large number of individuals.

The end consumer would be the main stakeholder, as selling bags would be the primary means of sustaining the social enterprise. The women themselves described the significance and meaningfulness of the vocational program activity. Furthermore, their journey and experience of an occupationally just working life would affirm the existence of WayaWaya. Forming a strong alliance with the end consumer would be obtained by interactively engaging them in the day-to-day activities of the vocational program and handbag workshop through social media. At the same time, being able to show what happens behind the scenes would also increase the level of transparency and ability to demonstrate timely social performance.

Appendix 2 'The Value Chain Model of WayaWaya'

When showcasing the logic chain model of WayaWaya, there is one element that always remains the same – the social mission. It is the single rule of thumb that directs formation of all strategic alterations and operational improvements. When breaking down the different steps of the logic chain model, the focus on creating prosperous livelihood and promoting occupational justice for marginalised women will always be a pivotal point. As the classical entrepreneur turns to new opportunities to ensure value creation, so must the social entrepreneur protect the social mission for which they exist.

Contingency function of occupational justice

Every profession has a technical language that is based on the science field that they represent, which is further influenced by the sector and institution they operate under. Within the academic language of occupational therapy, the notion of 'doing' is incorporated into all areas of practice. It is a common notion that the power of occupation can enhance one's ability to participate in society. In this way social value is created, as occupation is the basis for how the profession reasons and communicates change. Reconceptualising the functions and responsibilities of an occupational therapist (Pollard et al., 2008, p. 1) practicing as a social entrepreneur will be outlined by the series of causalities he or she wishes to actuate. The logic chain model defines the intention and aspirations of the social enterprise, and in so doing maps the required skill sets and suitable partnerships for the occupational therapist.

When collaborating with a multitude of stakeholders, one must comprehend how differently each profession within the private, public, and civic sectors appreciates social value. Pollard et al. (2008, s. 6) advise occupational therapists to make use of the term 'social change' with caution, as intended impact often results from a range of factors. The discrepant view and multifaceted influence on value creation therefore calls for an impartial and accurate description of the factors that directly link to the activities being implemented. 'While occupational science concepts such as occupational justice (...) are useful, some further development has to take place if they are to be applied in working situations' (Pollard et. al 2008, p. 1). Forming new collaborations and exploring unfamiliar areas of practice are necessary for a practitioner interested in the applicability of occupational justice. Promoting occupational rights has been proclaimed as an important focus area within occupational therapy (WFOT 2006, p. 1-2), 'but they lack any force unless they are accepted as having validity beyond the professional discourse of occupational therapy' (Pollard & Sakellariou 2008, p. 240). Working in partnership with professions and institutions outside their own proficiency, occupational therapists must acknowledge that social value can be both subjective, contestable, contingent, heterogeneous, and value based (Young 2006, p. 56–58).

Closing remarks

Social entrepreneurship is a temporal notion obtainable by working hard towards the construction of a self-sustained entity, through purposefully striving for social transformation in a novel fashion.

It is key to acknowledge the new form of professional collaboration that social entrepreneurship entails, allowing different sectors to work together in exceptional ways. Occupational therapists must see the potential of this emerging field and realise that they can play a central role, as they hold suitable prerequisites to undertake the role of change agent. A good foundation for meeting the needs of today's society starts by forming strong alliances. The instance of WayaWaya, where an occupational therapist worked in collaboration with individuals from social, developmental, and business backgrounds, illustrates the applicability of occupational justice in a societal setting. Focusing on the right to experience occupations as meaningful, optional, balanced, and participatory, the conduct of social entrepreneurship provides relevant propositions on how to achieve significant change on a large scale.

WayaWaya expounds one model of social entrepreneurship initiated in a specific environment for a particular group of individuals. This single example can be employed to inspire the social enthusiast to explore the endless possibilities and ways of becoming a social entrepreneur. By traversing your local community, regardless of where you are located in the world, you will find countless groups and individuals facing occupational injustices.

References

- Alvord, H. S., Brown, D.L. and W. C. Letts 2004, 'Social entrepreneurship and societal transformation: An exploratory study,' *Journal of Applied Behavioural Science*, 40 (3) s. 260–282.
<https://doi.org/10.1177/0021886304266847>
- Anderson K. M. 2009, *Advocacy through a professional journal - the need for entrepreneurs in occupational therapy*. The University of Toledo Digital Repository.
- Austin, J, Stevenson, H and J. Wei-Skiller 2006, *Social and Commercial Entrepreneurship: Same, Different, or Both?* Entrepreneurship Theory and Practice: Baylor University.
- Baum, M. C. 2006, *Centennial Challenges, Millennium Opportunities*. The American Journal of Occupational Therapy. 60 (06) s. 609–616.
<https://doi.org/10.5014/ajot.60.6.609>
- Bloom, G. M. 2006, 'The Social Entrepreneurship Collaboratory (SE Lab): A University Incubator for a Rising Generation of Social Entrepreneurs', in: Nicholls, A. (2006) *Social Entrepreneurship New Models of Sustainable Social Change*. UK: Oxford University Press.
- Colby, S., Stone, N. and P. Cartta 2004, Zeroing in on Impact [Online], available from:
http://www.ssireview.org/articles/entry/zeroing_in_on_impact [retrieved 10.12.2014].
- Dana, Leo-Paul 2011, *World Encyclopedia of Entrepreneurship*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited.
<https://doi.org/10.4337/9781849808453>
- Dees, J. G. 1998, *The Meaning of 'Social Entrepreneurship'*. Graduate School of Business Stanford University, October 31.

- Dees, J. G. and B. B. Anderson 2003, 'For-Profit Social Ventures.' *International Journal of Entrepreneurship Education* (IJEE) 2 (1) 1–24.
- Drucker, P. F. 2007, *Innovation and Entrepreneurship: Practice and Principles*. UK: Routledge. s. 253.
- Foto, M. 1998, 'Competence and the Occupational Therapy Entrepreneur.' *The American Journal of Occupational Therapy*, 52 (9) s. 765–769.
<https://doi.org/10.5014/ajot.52.9.765>
- Frank G. and R. Zemke 2008, 'Occupational therapy foundations for political engagement and social transformation'. In: Pollard, N., Sakellariou, D. & Kronenberg, F. *A Political Practice of Occupational Therapy*. US: Churchill Livingstone Elsevier. S. 111–132.
- Galheigo, S. M. 2011, 'What needs to be done? Occupational therapy responsibilities and challenges regarding human rights', *Australian Occupational Therapy Journal*, 58 (2), s. 60–66.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00922.x>
- Hinojosa, J. 2007, 'Becoming Innovators in an Era of Hyperchange' *American Journal of Occupational Therapy*, 61 (6) s. 629–637.
<https://doi.org/10.5014/ajot.61.6.629>
- Johnson, S. 2000, *Literature Review on Social Entrepreneurship*, Canadian Centre for Social Entrepreneurship.
- Martin, L. and L. Osberg 2007, *Social Entrepreneurship: The Case for Definition*. Stanford Social Innovation Review, spring 2007, s. 26–39.
- Nicholls, A. 2006, 'Introduction.' In: Nicholls, A. (2006) *Social Entrepreneurship New Models of Sustainable Social Change*. UK: Oxford University Press.
- Nikolaisen, I. 2014, *Training for the Informal Sector: Women and Occupational Justice*. Norwegian University of Life Sciences; Faculty of Social Science: School of Economics and Business.
- Ormiston, J. and S. Richard 2011, 'Understanding Value Creation in Social Entrepreneurship: The Importance of Aligning Mission, Strategy and Impact Measurement.' *Journal of Social Entrepreneurship* 2 (2) s. 125–150.
<https://doi.org/10.1080/19420676.2011.606331>
- Pattison, M. 2006, 'Occupational Therapy - Outstanding talent: An entrepreneurial approach to practice.' *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, s. 166–172.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00606.x>
- Pattison, M. 2010, 'Entrepreneurial opportunities in the global community'. In: Curtin, M., Molineux, M., Supyk-Mellson, J. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction Enabling Occupation*. UK: Churchill Livingstone Elsevier, s. 327–338.
- Pollard, N and D. Sakellariou 2014, *The occupational therapist as a political being* [Online], available from: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.087> [retrieved 18.12.2014].
<https://doi.org/10.4322/cto.2014.087>
- Pollard, N., Sakellariou, D. and F. Kronenberg 2008, *A Political Practice of Occupational Therapy*. US: Churchill Livingstone Elsevier.
- Pollard, N, Kronenberg, F. and D. Sakellariou 2008, 'A political practice of occupational therapy'. In: Pollard, N., Sakellariou, D. and Kronenberg, F. *A Political Practice of Occupational Therapy*. US: Churchill Livingstone Elsevier, s. 111–132.
- Rangan, V. K. 2004, *Lofty Missions, Down-to-Earth Plans*, Harvard Business Review [Online], available from: <https://hbr.org/2004/03/lofty-missions-down-to-earth-plans> [retrieved 10.12.2014].
- Roche, C. 1999, *Impact Assessment for Development Agencies: Learning to Value Change*. UK: Oxfam GB.
<https://doi.org/10.3362/9780855987701>
- Scaffa, M. E., Pizzi M. E. and W. M. Holmes 2014, 'Entrepreneurship and Innovation in Occupational Therapy'. In: Scaffa, M. E., Pizzi M. E. and Reitz, S. M. *Occupational Therapy Community-Based Practice Settings*. Philadelphia: Davis Company, s. 144–129.
- Steyaert, C. & D. Hjort 2006, *Entrepreneurship as Social Change, A Third Movements in Entrepreneurship Book*. UK: Edward Elgar Publishing Limited.
<https://doi.org/10.4337/9781847204424>
- Townsend, E. & A. Wilcock 2004, 'Occupational Justice and Client-Centred Practice: A Dialogue in Progress.' *Canadian Journal of Occupational Therapy* 71 (2), s. 74–87.
<https://doi.org/10.1177/000841740407100203>
- Young, R 2006, 'For What It Is Worth: Value and the Future of Social Entrepreneurship'. In: Nicholls, A. (2006) *Social Entrepreneurship: New Models of Sustainable Social Change*. UK: Oxford University Press.
- Weerawardena, J. and G. S. Mort 2006, 'Investigating social entrepreneurship: A multidimensional model.' *Journal of World Business* 41, s. 21–35.
<https://doi.org/10.1016/j.jwb.2005.09.001>
- World Federation of Occupational Therapists 2006, 'position paper on human rights' [Online], available from: <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx> [retrieved 07.01.2015].

Meiningsomgrep i helsetenestene

I dette kapittelet undersøker forfattern kva ulike betydningar eit omgrep om meining har, og kan få, i helsetenestene. Bør eit omgrep om meining omfatte forståing av levd erfaring og deltaking?

Innleiing

I dei siste åra har kommunehelsetenestene i Noreg fått stor merksemd, med auka ansvar og fokus på kvalitet (Folkehelseoven, 2011; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Modellen for kunnskapsbasert praksis er teken i bruk som styringsreiskap og har òg blitt integrert i det profesjonelle kvardagsspråket (Jamtvedt og Nortvedt, 2008; Ekeland, 2004). I denne modellen integrerer fagpersonen forskingsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukarkunnskap og brukarmedverknad. Denne modellen er kritisert for å favorisere den forskingsbaserte kunnskapen og redusere tillit til fagleg skjønn, samt føre til mindre merksemd mot dei kontekstuelle faktorane som spelar inn i helsearbeid (Ekeland, 2004). Eg har undra meg over kva faktorar som bidreg til ein god og brukarorientert praksis. Denne undringa deler eg med fleire ergoterapeutar, då ergoterapi er eit fag som på same tid har vektlagt motstridande perspektiv, både det meiningsfulle, subjektive og det biomedisinske, funksjonelle, som sentralt for å fremme helse (Kielhofner, 2001).

Eg vil i dette kapittelet sjå nærare på meiningsomgrep i helsetenestene, ut i frå følgjande problemstilling: «I kva slags betydning kan eit omgrep om meining bli gitt større plass i helsetenestene?» Denne problemstillinga inviterer til å sjå på kva slags betydningar meiningsomgrepet kan ha, som for eksempel den konkrete betydninga om å ha ei meining. Det blir då relevant å sjå på kva meiningar det er i praksis i helsetenestene frå før, og å spørje om kven sine meiningar som eventuelt bør gis større plass? Meiningsomgrepet kan òg tolkast meir abstrakt og filosofisk, ved å spørje kva meining som er eller blir skapt i praksis, i helsetenestene.

Helsetenestene er eit mangfaldig omgrep som Store norske leksikon vel å forklare på denne måten:

Helsetjeneste eller helsevesen er fellesbetegnelse på alle private og offentlige institusjoner og virksomheter i samfunnet som har til formål å forebygge, diagnostisere og behandle sykdom, å yte pleie og omsorg til syke mennesker eller å rehabilitere og attføre pasienter etter sykdom og skade. Avgrensningen mot sosialtjenesten og noen andre velferdstjenester kan være uklare (Nylenna og Braut, 2014).

Helsetenestene er altså ganske omfattande. Eg kjem i dette kapitlet i hovudsak til å halde meg til norsk helsefagleg fagutøving. Sjølv om eg er klar over at dette er eit tema med tverrprofesjonell relevans, vil eg ta utgangspunkt i mine tidlegare erfaringar som ergoterapeut i kommunchelsetenesta. Eg er ut i frå dette oppteken av korleis me som fagpersonar kan støtte brukarar i prosessen med å føre sitt liv, noko som inneber at me må vere opptekne av deira kvardagsliv, og kva som påverkar dette.

Ulike omgrep om meaning kan bidra til å utvide vår forståing av brukarar, og vår praksis. I dette kapitlet vil eg gå nærare inn på tre ulike betydningar av meiningsomgrepet. Det første bygger på ei betydning av meaning som å ha meininger; å ta standpunkt i høve til kva som skal telje og prioriteras. Eg vil vise at dette perspektivet for det første allereie har ein stor plass i helsetenestene, og for det andre at det aleine ikkje er tilstrekkeleg for å støtte helsepersonell i deira praksis med å bistå personar med å leve sitt liv med ein endra kropp etter sjukdom og skade.

Det andre og tredje perspektivet på meaning, meaning som levd erfaring og meaning som deltaking, er basert på ei meir filosofisk forståing av meiningsomgrepet. Desse perspektiva utfyller kvarandre med å setje lys på kontekstuelle, individuelle og relasjonelle aspekt som spelar inn i praksissituasjonar. Eg vil gjennom dette kapitlet hevde at det er desse siste to betydningane av meaning som bør gis større plass i praksis. Før eg går nærare inn på desse, vil eg introdusere ei forståing av meaning som det som ein meiner er viktig.

Meaning som det ein meiner er viktig

Ifølgje Store norske leksikon kan meaning blant anna forståast som tanke, fornuftig samanheng eller oppfatning (Store norske leksikon, 2014). Eg tolkar denne betydninga slik at meininger er noko som ein trur på, står for og som ein meiner er viktig. Det blir derfor relevant å spørje seg; kva meininger er det som har stor plass, og som på forskjellige måtar kjem til uttrykk i helsetjenestene? Kva meiner ein, som brukar, tenesteutøvar eller helsepolitkar, at er og skal vere av betydning?

Kva vert tillagt vekt og skal prioriterast? Dette viser seg å vere eit dagsaktuelt spørsmål, og noko me skal undersøkje nærare gjennom ei analyse av nokre sentrale helsepolitiske dokument.

I juni 2013 nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet eit offentlig prioriteringsutval som skulle gå gjennom prinsipp, kriterie, verkemiddel og prosessar for korleis ein skal prioritere ressursar innan helsevesenet (Regjering, 2013). Prioriteringsutvalet skulle òg sjå på korleis dei gjeldande prioriteringskriteriane, utvikla av det såkalla Lønning II-utvalet, kunne operasjonaliserast og vektast. Dei leverte sin rapport i november 2014 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Utvalet satsa på ein open prosess, der alle hadde moglegheit til å melde innspel til deira arbeid (Prioriteringsutvalget, 2014).

Eg vil no gå gjennom dei tre prioriteringskriteria som Lønning II-utvalet utarbeidde og som ligg til grunn for prioriteringar i den norske helsetenesta (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997). Det første kriteriet handlar om tilstandens alvorlegheit. Jo meir alvorleg sjukdommen, tilstanden eller situasjonen er, jo høgare prioritet skal den ha. I sin rapport om prioriteringar i helsesektoren frå 2012 skriv Helsedirektoratet at «Det er viktig å merke seg at alvorlighet ikke bare handler om å overleve og vinne leveår, men også om livskvalitet knyttet både til fysisk og psykisk funksjonsnivå og evne til å mestre dagliglivet» (Helsedirektoratet, 2012, s. 24). Dette er det interessant og viktig å vere merksam på, men òg vanskeleg å avdekka; særleg om ein ikkje spør etter eller kommuniserer om forhold som berører livskvalitet og meistring.

Eit anna kriterie for prioritering er kravet om kostnadseffektivitet. Dette går ut på at det skal vere eit rimelig forhold mellom kostnadane ved behandlinga og forbetringa av pasienten sin helsetilstand som behandlinga er forventa å gi. Det siste kriteriet berører nettopp nytten av tiltaket; kor sannsynlig er det at pasienten eller brukaren faktisk vil få betre helse av dette tiltaket? Til hjelp og beslutningsstøtte for å prioritere i høve til dette, skal det ligge føre god vitenskapleg dokumentasjon for at pasientens tilstand kan forbetras ved behandlinga eller helsehjelpa som gis (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997).

Kvaliteten på dokumentasjonen av effekt av dei ulike tiltaka skal leggjast vekt på. Det vil seie at tiltak med svak dokumentasjon skal gi låg prioritet. Og her viser Lønning II-utvalget til det medisinske dokumentasjonshierarkiet, som vist i figur 1 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997). Det klinisk kontrollerte forsøket, og kalla for gullstandard for forskning, dokumenterer effekt av medisinsk behandling ved å ta ei helst veldig einsarta gruppe personar og randomisere, eller tilfeldig fordele desse i to grupper; ei kontrollgruppe, som ikkje får behandlinga, eller ein placebobehandling, og ei eksperimentgruppe som blir gitt den behandlinga ein

skal teste effekten av. I for- og etterkant måler ein pasienten på dei parametra ein tenkjer har betydning for å sjå effekten av behandlinga, og ved statistisk behandling av desse numeriske data, kan ein altså fastslå den eventuelle effekten (Malterud, 2002, s. 2468).

Denne gullstandarden er veileigna til å frambringe kunnskap som beslutningsstøtte i forhold til om me skal innføre nye typar legemiddel, eller om det til dømes er hensiktsmessig å operere meniskskade eller ei. Ergoterapeutar vert oppfordra til å i større grad undersøkje og dokumentere effekt av tiltak, og til å arbeide evidensbasert (Kristensen og Peoples, 2013). Det vert òg gjennomført forskning på ergoterapitiltak og arbeid som er i tråd med desse verdiane, som til dømes ein nyleg studie som undersøker om kvardagsrehabilitering gjev betre resultat enn standard rehabilitering (Tuntland et al. 2014). Likevel vil ein ikkje kunne nytte denne tilnærminga til å studere alle fenomen (Kristensen og Peoples, 2013, s. 454–455). Eit av dei mest vesentlege spørsmåla i forskning er å ta stilling til kva metode som kan vere mest veileigna til å besvare nettopp det forskingsspørsmålet ein er interessert i å finne ut av. Dersom ein for eksempel er interessert i å vite noko om kva menneske erfarer, kva verdiar dei har, og korleis dette påverkar deira val i høve til eiga helse, kjem randomiserte kontrollerte forsøk til kort (Malterud, 2002, s. 2468).

Forsøk på å forske fram effektar av til dømes ergoterapi, kjem så langt som til å seie at dette sannsynligvis har effekt, men peiker på at det er vanskeleg å seie noko heilt sikkert fordi ergoterapi ofte blir gitt med andre tenester, som heimetenester

og fysioterapi (Steultjens et al., 2005). Vidare er brukarane av desse tenestene ofte i rike miljø som òg kan tenkjast å ha ein påverknad på deira eventuelle betring og endring i funksjonsnivå. Ergoterapeutar har òg rapportert at det er utfordrande å måle effekt av intervensjonane dei set i verk, på grunn av at det kan vere vanskeleg å lage meiningsfulle, operasjonelle definisjonar av intervensjonar knytt opp til aktivitet (Bowman, 2006). Så altså, det finnes situasjonar der ein ikkje godt kan dokumentere effekt av tiltak utan å sjå bort frå etiske retningslinjer og isolere personane medan terapi blir administrert.

Frå ein kommuneergoterapeut sin ståstad kan det virke som at kriteria for prioriteringar i helsevesenet har ei slagside mot det spesialiserte medisinske perspektivet. Gjennom samhandlingsreforma har kommunane fått ansvar for nye ressurskrevjande grupper, i tillegg til at dei framleis har ansvaret for helse til alle innbyggjarane sine, som eldre og personar med samansette og kroniske lidingar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Folkehelsearbeid er òg blitt ei lovpålagt kommunal oppgåve (Folkehelseoven, 2011). Desse problemstillingane og brukargruppene; av til dømes eldre, kronisk sjuke, samansette lidingar, omsorg ved livets slutt, forebyggjande helsearbeid og psykisk helsevern, vil muligens kome til kort når det gjeld prioriteringskriteriet om effekt av tiltak som målt gjennom det medisinske dokumentasjonshierarkiet.

Om ein tenkjer om meining i betydninga det som betyr noko, som bør ha prioritet og der ein kan sjå dokumenterbar effekt, helst gjennom randomiserte og kontrollerte forsøk, så vil dette få konsekvensar for vektlegginga av behova til eldre, kronisk sjuke eller innanfor mykje av folkehelsearbeidet. Ein hegemonisk biomedisinsk måte å forstå helse og helseproblem på, gjer at andre forståingsformer vert marginalisert (Ekeland, 2001, s. 308). Meining kan likevel ha ei anna betydning som er særleg aktuell når ein berører temaet helse; nemleg levd erfaring.

Meining knytt til levd erfaring med å vere i verda som kropp

Ein kan skilje mellom ulike sjukdomsogrep; «illness» og «disease», som illustrerer to aspekt ved uhelse (Kleinman, 1978; referert i Mattingly og Fleming, 1994, s. 37–38). Desse to aspekta, som me skal sjå nærare på i dette underkapittelet, viser til ulike forståingar av sjukdom og sjukdomsopplevingar som er relatert til kvarandre, og forbunde på ulike måtar. «Disease» kan seiast å representere den patologiske tilstanden og viser til den konkrete sjukdommen eller skaden. Illness-oggrepet på si side viser til meininga sjukdommen eller skaden har for personen som er ramma av den, erfaringane knytt til det å vere sjuk; kva meining og konsekvens sjukdommen har for livet til denne personen. Både «disease»- og «illness»-perspektiva er viktige i helsearbeid.

Filosofen og legen Kay S. Toombs peikar på og kastar lys over avstanden mellom hjelpetrengande og hjelpar, gjennom si fenomenologiske analyse av meininga ved sjukdom (1993). Ho viser her at den levde erfaringa av sjukdom er fundamentalt annleis enn meininga ved sjukdom til nokon som ikkje sjølv lev denne erfaringa. Dimed vil pasientar og legar ha ulike og unike perspektiv, og kommunisere med kvarandre frå desse ståstadene, der kvar ståstad gjev ei ulik horisont av meining (Toombs, 1993, s. XV). Ho skriv at medan legen fortolkar og intervenserer i forhold til pasienten sin tilstand som ein «disease» så møter pasienten tilstanden som ei unik, personleg hending (Toombs, 1993, s. 19–20). Om hjelpar og den hjelpetrengande trur dei snakkar om same verkelegheit, tek dei difor feil, og kan ende opp med å misforstå kvarandre og ende opp med mindre vellukka tiltak, løysingar og samarbeid. Sjølv om det kan vere utfordrande for den hjelpetrengande å artikulere sine erfaringar, er det likevel viktig å undersøkje og utforske meiningar ved desse erfaringane, for å kunne vere ein god hjelpar, skriv Toombs.

Filosofen Maurice Merleau-Ponty understreker den ambivalente statusen kroppen har, ved at me både er kropp, og har ein fysisk kropp (Merleau-Ponty, 1994). Han viser at me kan ikkje sjå på kroppen lausriven frå forståinga av mennesket. Det som skjer med kroppen, skjer med mennesket, og med det opplevde forholdet mellom ein sjølv og verda. Han skriv blant anna at:

Kroppen er bæreren af væren-i-verden, og det at besidde en krop betyder for et levende væsen at slutte sig til et bestemt miljø, smelte sammen med særlige forehavender og uafbrudt engagere sig deri (Merleau-Ponty, 1994, s. 20).

Dette uavbrutte engasjementet i verden kan bli påverka og forstyrra av sjukdom, skader eller uventa hendingar, som gjer at ein rettar fokus mot nettopp kroppen som fysisk konkret kropp. Det kan gjelde både den som eig og er kroppen, men òg for dei rundt. Ved til dømes tilpassing av rullestol, kan det i utgangspunktet sjå ut som om det er den fysiske konkrete kroppen som er i fokus, og som skal få gjenoppretta og kompensert for sine moglegheiter til å manøvrere og handtere omgjevnadane. Kvalitative studier av relasjonar mellom menneske og teknologi demonstrerer likevel at tekniske hjelpemiddel ikkje er nøytrale konkrete objekt, men har symbolske meiningar og bidrar i forståinga av oss sjøve og påverkar vår deltaking i verda (Ravneberg, 2012; Pettersson et al., 2007; Larsson Lund og Nygård, 2003).

Den svenske forskaren og ergoterapeuten Ingvor Pettersson studerte korleis personar erfarer sine hjelpemiddel eitt år etter at dei har hatt eit slag (Pettersson et al., 2007). Ho fann at dei slagamma var ambivalente til hjelpemidla, ved at dei både vart erfart som nyttige og naudsynte, men at dei òg kunne vere tungvinte å bruke og vere assosiert med negative kjensler. Brukarane hadde ulike erfaringar med korleis hjelpemidla bidro inn i eit endra kvardagsliv (Pettersson et al., 2007).

Funksjonsnedsettingar eller sjukdom rammer eit liv, og ikkje berre ein kropp. Kva konsekvensar og erfaringar som er knytt til nettopp denne pasienten eller brukaren, kan ein ikkje lese ut i frå kva som feilar den fysiske kroppen.

For den einskilde brukaren står den levde meininga med sjukdommen eller skaden sentralt. Når helsetenesta skal støtte opp om personen si betring, er det difor naudsynt å ta omsyn til denne meininga. Amyotrofisk lateral sklerose, eller ALS, er eksempelvis ofte ein raskt progredierande sjukdom som rammer dei motoriske nervane i ryggmarg og hjerne. Her kan ein forvente dramatiske endringar i funksjonsnivå på ganske kort tid. Som kommuneergoterapeut bør ein altså opne opp for å tenkje tunge hjelpemiddel ganske tidlig i prosessen; som talehjelpemiddel, elektrisk rullestol og omgjevnadskontroll (King et al., 2009; Ball et al., 2004). Statistikk, sjukdomslære og aggregerte medisinske data er slik viktig kunnskap for ergoterapeuten i arbeidsprosessen med å føreseie og leggje til rette for å kunne kompensere for framtidig funksjonstap.

Ved å vere i forkant av behova og aktivitetsvanskane me antar at personen vil erfare, kan han få integrert hjelpemidla slik at dei kan gjere seg bruk av desse og klarar å oppretthalde funksjon lenger. Ei ganske openberr utfordring her, er å introdusere personen for hjelpemiddel når han sjølv ikkje er klar for det. Å sjå føre seg eit liv med elektrisk rullestol og talehjelpemiddel er ikkje berre eit spørsmål om teknikk og funksjon, men berører erfaringa av livet sjølv (King et al., 2009). Som kommuneergoterapeut i denne situasjon er det viktig både å ha eit blick for sjukdommen og konsekvensane av sjukdom som patologisk tilstand, i tillegg til at ein må ta omsyn til den levde erfaringa til brukaren som kanskje ikkje er klar for å tenkje omkring framtida på den måten. Kunnskapen som trengs her, må vere situasjonsorientert og med forståing for den andre si personlege livsføring. Det er med andre ord vesentleg å få tilgang til og leggje vekt på brukaren sine subjektive perspektiv.

Klinikarar analyserer, tek stilling til og handlar ut i frå eit mangfald av faktorar i sin praksis (Mattingly og Fleming, 1994). Den kliniske resonneringa baserer seg ikkje berre på den forskingsbaserte prosedyrekunnskapen, men òg på ei analyse og vurdering av dei særlege kjenneteikna ved nettopp denne brukaren i nettopp hans eller hennar situasjon (Mattingly og Fleming, 1994). I tillegg dreg klinikaren vekslar på si erfaring med denne, andre og liknande brukarar og egne levde erfaringar.

Eg vil no gå inn på ei tredje betydning av meining, som tilfører nokre nye omgrep som sensitiverer oss til å utvide perspektivet noko frå det individuelle, utan å miste nettopp dette av syne. Denne betydninga av meining er knytt til korleis me fører vårt dagligliv, og eg har valt å kalle dette for deltaking. Med dette omgrepet trekk eg vekslar på ei retning av kritisk psykologi, som byggjer på innsikter frå den kultur-historiske skulen, og som den danske psykologen Ole Dreier har utvikla vidare (Dreier, 2011; Dreier, 2008).

Meining knytt til å vere deltakarar i ulike kontekstar

Eit deltakingsperspektiv på menneske, tek utgangspunkt i at menneske og omgjevnadar står i eit konstant og dialektisk forhold til kvarandre (Dreier, 2011; Dreier, 2008; Opsahl og Ravn, 2003). Menneske blir i dette perspektivet ikkje berre forstått som biologi, eller kropp og funksjon, men òg som eit sosialt, bevisst og kulturelt vesen. Omgjevnadane er her forstått som sosiale, samfunnsmessige, historiske og materielle omgjevnadar. Gjennom verksemder og handlingar og gjennom den sosiale praksis konstituerer og skaper mennesket og samfunnet kvarandre (Dreier, 2008; Opsahl og Ravn, 2003). Denne dynamikken, med at menneske og omverda samskaper kvarandre gjennom menneskelege verksemder, er skildra i figur 2.

Sjølv om personar sine mål, intensjonar og hensikter spelar inn i høve til korleis dei deltek, kan ein ikkje sjå på dette aleine for å forstå deltaking; deltaking inneber at me står i eit dialektisk forhold til omverda og dei sosiale og materielle faktorane i konteksten spelar inn i høve til vår deltaking (Dreier, 2008; Opsahl og Ravn, 2003). Slik sett så legg deltakingsperspektivet til grunn menneske som erfarande levd kropp, og tilbyr eit omgrepsapparat som opnar opp for vektlegging av det kollektive, samfunnsmessige i mennesket; at me handlar med andre i eit samfunn, noko som både gir muligheiter og set rammer for oss til å utvikle oss sjølv og samfunnet (Dreier, 2008). Mellom anna gir dette perspektivet rom for å rette blikket mot kontekstar og omgjevnadsmessige faktorane som har betydning for vår væren i verda.

Eg vil klargjere kontekstomgrepet, eller handlingskontekst, som Dreier definerer som eit avgrensa lokalt sted i sosial praksis som vert reproduisert og endra av aktivitetane til deltakarane og gjennom deira forbindelsar med andre stader i ein struktur av sosial praksis (Dreier, 2008, s. 23). Ein handlingskontekst er vevd saman av personar, aktivitetar og objekt, og er òg, gjennom deltakarane sine handlingar, knytt saman med andre handlingskontekstar (Dreier, 2008). I løpet av dagen og livet er kvar av oss engasjert i og på tvers av fleire ulike og spesifikke lokale handlingskontekstar. Døme på handlingskontekstar kan vere bussen på veg til jobb, eller skulen, eit hagelagsmøte eller ein arbeidsplass. Sosiale kontekstar kan vere meir eller mindre flyktige eller stabile, og formål og oppgåver vert realisert av deltakinga til alle medlemmane (Dreier, 2008, s. 24). Ut i frå dette blir det klart at me ikkje kan forstå individuelle moglegheiter og endringsprosessar isolert ut i frå eit individuelt omgrep om subjektivitet og handling; me må sjå på personleg deltaking som eit særskilt aspekt ved sosial praksis. Det blir då naudsynt å gå ut over individet og undersøkje korleis spesifikke sosiale organiseringar og ordningar av sosial praksis bidrar til moglegheiter og barrierar for deltaking. Eg vil ta eit eksempel som illustrerer dette.

Ergoterapeut og forskar Cathrine Arntzen har saman med Torunn Hamran og Tove Borg utført ei kvalitativ studie som undersøker kva slagpasientar sine erfaringar med å vere i ein rehabiliteringskontekst på sjukehuset betyr for erfaringar med å kome heim etterpå (Arntzen et al., 2014). Å få eit slag er ei dramatisk hending som påverker deltaking i kvardagslege aktivitetar og korleis ein erfarer seg sjølv. Dei fleste slagamma som deltok i studien var på sjukehuset for intensiv rehabilitering, opp til eit halvt år. Forskarane fann at deltaking på sjukehuset var karakterisert av eit fokus på å gjenvinne kroppsfunksjonar, med ein instrumentell relasjon til aktivitetsvanskane som retta seg mot å betre dei fysiske konsekvensane av slag og trene på dei grunnleggande daglege aktivitetane (Arntzen et al., 2014, s. 11). Fagpersonane og medpasientane utgjorde eit rehabiliteringsfellesskap som var oppmuntrande og støttande. Dei fysiske omgjevnadane var lagt til rette og fasiliterte trening. Det var imidlertid lite fokus på korleis dei slagamma skulle meistre deira deltaking i kvardagslivet etter sjukehusopphaldet. Og då dei kom heim, opplevde fleire overgangen til sine lokalsamfunn og kvardagsliv som vanskeleg (Arntzen et al., 2014).

Det rehabiliterande fellesskapet som deltakarane hadde nytt godt av på sjukehuset; for eksempel medpasientar som oppmuntra dei, dei profesjonelle fagpersonane som dei kunne konsultere med, samt den trygge rehabiliteringskonteksten, både dei materielle og sosiale aspekta, var ikkje lenger tilgjengeleg (Arntzen et al., 2014, s. 15). I tillegg bidro krava og utfordringane i kvardagslivet til at dei vart smertefullt klar over konsekvensane slaget hadde i høve til deira moglegheiter for å leve eit kvardagsliv. Dei slagamma hadde ikkje forventa at dei kroppslege endringane etter slaget skulle gjere det så vanskeleg å utføre daglege aktivitetar. Kroppen fungerte ikkje på same måte som før og dei meistra ikkje oppgåvene

som dei hadde tenkt. Dei måtte finne ut av situasjonen sin på ny. Dette var ein periode med frustrasjon og forhandlingar; også mellom dei slagamma og deira pårørande, som dei budde med eller forholdt seg til på andre måtar (Arntzen et al., 2014). Å vere sambuande pårørande til ein person som har hatt slag medfører òg endringar i kvardagslivet (Arntzen et al., 2014, Visser-Meily et al., 2006). Fleire pårørande bidro med praktisk assistanse og pleie, og relasjonane mellom slagamma og pårørande måtte slik reforhandlas og sto på spel (Arntzen et al., 2014, s. 16–17).

Denne studien viser slik tydeleg korleis deltaking blir forma i og av overgangen mellom ulike kontekstar, med sine ulike innhald, deltakarar og krav. Studien demonstrerer òg behovet for å vektlegge kvardagskontekst i rehabilitering for å førebu pasienten på dei framtidige utfordringane og bidra til å støtte prosessen med å leve eit endra kvardagsliv. Relevansen av studien for helsepersonell i kommunehelsetenesta er mellom anna at den løftar fram og set lys på kva brukarane kan ha med seg frå før, og at nettopp desse andre erfaringane frå andre situasjonarspeler inn og har betydning for deira deltaking heime.

Betydninga av ulike meiningsomgrep for praksis

Denne handsaminga av omgrepet om deltaking som vart gjeve ovanfor inkluderer og er relevant for eit omgrep om praksis. Praksis kan forståast på fleire måtar, men eg vil i denne samanhengen leggje vekt på tre ulike betydningar, eller rettare sagt nivå, av praksis; nemleg praksis som teori, som fagleg verksemd og som kvardagslivet. For det første er praksis eit teoretisk omgrep, som kan sjåast i samheng med deltakingsomgrepet. I dette perspektivet, Ole Dreier sin teori, blir sosial praksis forstått som sosiokulturell og materiell aktivitet og samhandling i og på tvers av ulike sosiale og materielle kontekstar (Dreier, 2008, s. 22–23). Sosial praksis er organisert og vert endra gjennom menneskeleg deltaking i og på tvers av ulike og spesifikke lokale handlingskontekstar. Vidare peikar teorien på at deltakinga i desse kontekstane alltid er situert, noko som påverkar deltakarane sine handlingsmoglegheiter (Dreier, 2008).

For å forstå deltaking treng ein eit omgrep om lokalitet, eller deltakinga si kroppslege, situerte og praktiske forankring. Men ein treng òg eit omgrep om posisjonering, som knyt deltakinga til sosial og erfart posisjon (Dreier, 2008, s. 32–33). Som deltakar kan ein i varierende grad velje sin posisjon, og korleis ein vil utøve den makta som følgjer med denne posisjonen, avhengig av kva rammer og moglegheiter som konteksten og dei andre deltakarane gir. Deltakarane har ulike handlingsmoglegheiter i ulike handlingskontekstar. Maktrelasjonar og posisjonering i konteksten spelar ei rolle i høve til deltakarane sine moglegheiter til å delta og til å påverke dei andre si deltaking (Dreier, 2008, s. 32). Personar si deltaking er slik alltid sosial,

det er ikkje berre opp til ein person å endre si deltaking, men dette avhenger òg av kva andre gjer, eller er interessert å gjere. For å forstå det individuelle subjektet si deltaking, er det difor ikkje tilstrekkeleg å avgrense fokus til berre å gjelde dette individet. Vår deltaking vert påverka av andre sine så vel som eigne moglegheiter og interesser og slik er deltaking både eit kompleks og dynamisk fenomen. For å få forståing for denne kompleksiteten, må ein undersøkje personar nettopp som *deltakarar*, slik som i studien til Arntzen og hennar kollegaer. Dette inneber å ikkje lausrive dei frå dei samanhengane dei deltek i. Og det inviterer til å vere undrande i høve til kva kontekstar personar deltek i, og korleis dei deltek.

Så langt praksis som eit teoretisk omgrep. Ei anna forståing er at praksis kan vise til ei særskilt verksemd eller yrkespraksis; som til dømes hjelpemiddelformidling i kommunehelsetenesta. Praksis kan òg forståast som den praksisen me alle har kjennskap til; kvardagslivet, som inneber deltaking i og på tvers av fleire handlingskontekstar. Desse to eksempla på praksis, kan forståast i lys av det teoretiske perspektivet på praksis. Hjelpemiddelformidling i kommunehelsetenesta kan til dømes forståast som ein teknisk rasjonell prosedyre. Hjelpemiddelet har i denne praksisen ein konkret funksjon; å avhjelpe eit aktivitetsproblem, og i søknaden om hjelpemiddelet må søkjaren gjere greie for både behovet for hjelpemiddelet, samt sannsynlegheita for at hjelpemiddelet skal kunne avhjelpe problemet (Rikstrygdeverket, 2003).

Som nemnt tidlegare så skal effekt av tiltak helst målast gjennom forskingsdesign så høgt oppe i det medisinske dokumentasjonshierarkiet som mogleg (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997). For å imøtekomme dette, er det utført studiar for å måle effekten av innføringa av hjelpemiddel, som mellom anna måler bruksfrekvens av hjelpemiddelet eller tek utgangspunkt i strukturerte spørjeskjema eller kartleggingsinstrument (sjå til dømes Mortenson et al., 2013; Brandt et al., 2003; Mann et al., 1999; Phillips og Zhao, 1993). Slik effektforskning som ser på om hjelpemiddelet faktisk er kausalt ansvarleg for observerbare endringar, har to implisitte føresetnadar som er viktige å løfte fram. For det første, så inneber dette ei antaking om at hjelpemiddelet er den viktigaste faktoren i forhold til eventuelle endringar i brukaren sitt liv. For det andre inneber det at ein går ut frå at brukaren tek i bruk hjelpemiddelet akkurat slik som det skal brukast. Begge desse antakingane peikar på at brukaren er ein passiv mottakar, og at hjelpemiddel er nøytrale objekt. Desse synspunkta vert utfordra gjennom fleire kvalitative studiar av eldre som brukarar av teknologi og tekniske hjelpemiddel (sjå mellom anna Kylberg et al., 2013; Loe, 2010; Löfqvist et al., 2009; Forchhammer, 2006).

Den danskepsykologen og forskaren Hysse Birgitte Forchhammer gjennomførte ein studie om korleis personar som har hatt slag, bruker tekniske hjelpemiddel og andre gjenstandar for å avhjelpe sine vanskar i dagleglivet (2006). Hennar forskning viser at relasjonane mellom brukar og hjelpemiddel er ulike, dynamiske og påverka

av sosiale og materielle forhold, i tillegg til brukar sine tankar om bruken av hjelpemiddelet. Deltakarane i hennar studie brukte både hjelpemiddelet, men òg andre gjenstandar kreativt og innovativt for å få bukt med sine vanskar. Mellom anna brukte ei kvinne stokken sin til å banke i taket på si blokkleilegheit for å signalisere til naboen at ho ville ha kaffibesøk, i staden for å ringe i telefonen. Ei anna kvinne som hadde fått ein rullestol, hadde gjenvunne gangfunksjonen, men likevel behaldt rullestolen og brukte den som ein kontorstol. Den var lettare å trille rundt enn den andre kontorstolen ho hadde, og den hadde òg hendige bremser som gjorde at ho kunne reise seg tryggare. Òg gjenstandar som ikkje var formidla som hjelpemiddel kunne bli brukt som hjelpemiddel; som møbler som ein kunne støtte seg til når ein gjekk gjennom stova (Forchhammer, 2006).

Desse eksempla illustrerer at brukarar kan vere aktive i sin bruk av teknologi blant anna ved å identifisere behov for, tilpasse og avvise teknologi for å manøvrere i ein utfordrande kvardag. Eksempla illustrerer òg at hensikta og bruken kan endre seg over tid. I min egen studie der eg undersøkte korleis eldre brukar hjelpemidla sine, såg eg at hjelpemiddelet kunne ha stor betydning for brukaren sjølv om dei ikkje brukte dette (Gramstad et al., 2014). Et eksempel på dette var hjelpemiddel som den eldre ikkje trong akkurat då, men som han kunne komme til å få bruk for om – eller når – han fekk eit dårlegare funksjonsnivå. Å ha desse hjelpemidla gav tryggleik, og følelsen av å ha kontroll. Dette er òg forhold som er assosiert med god helse.

Eg vil ta eit eksempel til frå studien til Forchhammer. Her finn me ei skildring av ei eldre kvinne med demens som fikk kalender av dottera og heimehjelpa for å holde seg orientert om tid, og for å holde orden på avtalane sine (Forchhammer, 2006, s. 139). Dottera var bekymra for at mora ikkje var orientert om tida, og såg kalenderen som ein måte å knytte mora til «det verkelege livet». Inne på sjukehuset, og med hjelp av ergoterapeuten, meistra mora å bruke kalenderen, men då ho kom heim, tok ho ikkje sjølv initiativ til å skrive eller slå opp i kalenderen. Likevel vart kalenderen eit hjelpemiddel og reiskap for dei rundt henne, som pårørande og pleiarar, som brukte denne til å vidareformidle beskjedar og kommunisere med kvarandre (Forchhammer, 2006, s. 139). Det er fleire interessante tema å trekkje vidare i denne korte case-skildringa. For det første viser eksempelet at hjelpemiddel kan påverke deltakinga til andre enn dei som det opphavleg var tenkt for. Betydning og bruk av hjelpemiddelet er dermed ikkje gitt, men noko som blir forhandla fram av dei ulike deltakarane, som har ulike mål og interesser av det. For det andre viser eksempelet at bruk og nytte av eit hjelpemiddel er situasjons- og kontekstspesifikt. Når mora bruker kalenderen i terapi, men ikkje heime, kan ein jo tenkje seg at ho bruker hjelpemiddelet, men det har ikkje nokon betydning i form av å støtte henne i å delta i andre handlingskontekstar i kvardagslivet hennar.

Ifølgje Ole Dreier inneber kvardagslivet å aktivt koordinere og handtere ulike aktivitetar og forpliktingar i og på tvers av ulike handlingskontekstar på ein slik måte at dei – og dermed kvardagslivet – heng saman (Dreier, 2011, s. 13). Det krev at ein meistrer det komplekse kvardagslivet som ein heilskap, og ikkje berre i einskildsituasjonar. Ved å ta i bruk deltaking som omgrep for å forstå kvardagsliv, blir me i større grad merksame på dei dynamiske, prosessuelle og relasjonelle aspekta i kvardagslivet. Overført til hjelpemiddelformidling kan ein seie dette perspektivet opnar opp for å sjå at hjelpemiddelet går inn i situerte praksisar, med fleire deltakarar, som deltek på ulike måtar, og at det gjev potensiale for andre meiningar enn det som kanskje formidlaren hadde tenkt.

Konklusjon

Så innan kva type praksis skal kva slags meiningsomgrep gis ein større plass? Ein kan seie at meining jo alltid har ein eller annan plass i praksis, òg i følgje den presenterte teoretiske forståing av praksis. Som fagpersonar og brukarar skaper me alltid meining av og i dei praksisane og handlingskontekstane me er i. Men om me ser på dei tre betydningane av meining som eg har teke utgangspunkt i, så er det tydeleg at det første, det som skal gis prioritet, allereie har ein stor plass i helsetenestene. Eg meiner det er dei to andre betydningane av meining; knytt til brukarar sine levde erfaringar, med forståing for deira deltaking i ulike kontekstar, som bør få ein større plass, i praksis forstått som formidling av hjelpemiddel, til dømes. Dette impliserer at det òg er viktig å setje lys på korleis me som helsepersonell deltek med brukarane i ulike handlingskontekstar, og korleis me er posisjonert. Posisjonering handlar om kva posisjon deltakarane har i forhold til kvarandre, blant anna i forhold til makt, kunnskap og moglegheiter til å handle i den aktuelle konteksten (Dreier, 2008, s. 32–33). Helsepersonell si posisjonering spelar inn på moglegheitene dei andre deltakarane har til å delta. Dersom me bruker hjelpemiddelformidling som eksempel, kan det vere aktuelt å sjå på korleis kommuneergoterapeuten er posisjonert, og korleis dette påverker kartleggings-situasjon og vidare oppfølging. Kva ser ho etter, kva legg ho vekt på, kva tenkjer ho om brukaren sin situasjon. Og kva tenkjer brukaren, kva legg han vekt på, kva tenkjer han om denne situasjonen?

Dersom kommuneergoterapeuten går ut i frå hjelpemiddelformidling som ein teknisk lineær prosess, med hovudvekt på å identifisere funksjonsvanskar i isolerte einskildsituasjonar, og brukaren på si side går ut i frå at det er ergoterapeuten som veit best, og gjerne òg har eit ynskje om å framstå som føyelig og ikkje klage, så kan ein ende opp med mindre heldige hjelpemiddelløysingar. Slik spelar det ei rolle ikkje berre kva ergoterapeuten kan og veit, men òg kor sensitiv forståande ho er for brukar sine ulike handlingskontekstar, så vel som si eiga deltaking.

Så korleis kan då brukarane si levde erfaring og deltaking bli gitt ein større plass i praksis? Helseminister Bent Høie sa i ein tale på kvalitetskonferansen i mai 2014 at det er vanskeleg å setje pasienten i sentrum viss det allereie står nokon der frå før (Høie, 2014). Ut i frå argumentasjonen eg har ført i dette kapittelet, der eg har fokusert på levde erfaring og deltaking, vil eg hevde at pasienten allereie er i sentrum, i sitt kvardagsliv. Og dersom ikkje brukaren er i sentrum for oss helsepersonell, då bør det vere me og ikkje brukaren som må flytte på seg. Dette kan me tilstrebe ved å utforske og vere merksame på kva me som fagpersonar bringer inn i relasjonen av forforståingar, prioriteringar og tiltak, og ved å anerkjenne brukarane som aktive deltakarar. Ei slik tilnærming vil vere i tråd med god og brukarorientert, kunnskapsbasert praksis.

Referansar

- Arntzen, C., Hamran, T. og T. Borg 2014, «Body, participation and self transformations during and after in-patient stroke rehabilitation», *Scandinavian Journal of Disability Research*, early online, s. 1–21.
- Ball, L.J. Beukelman, D. R. og G.L. Pattee 2004, «Acceptance of augmentative and alternative communication technology by persons with amyotrophic lateral sclerosis», *Augmentative and Alternative Communication*, 20 (2), s. 113–122.
<https://doi.org/10.1080/0743461042000216596>
- Bowman, J. 2006, «Challenges to measuring outcomes in occupational therapy: A qualitative focus group study», *British journal of occupational therapy*, 69 (10), s. 464–472.
<https://doi.org/10.1177/030802260606901005>
- Brandt, Å. Iwarsson, S. og A. Ståhl 2003, «Satisfaction with rollators among community-living users: a follow-up study», *Disability and Rehabilitation*, 25 (7), s. 343–353.
<https://doi.org/10.1080/0963828021000058495>
- Dreier, O. 2008, *Psychotherapy in everyday life*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Dreier, O. 2011, «Personality and the conduct of everyday life», *Nordic Psychology*, 63 (2), s. 4–23.
<https://doi.org/10.1027/1901-2276/a000030>
- Ekeland, T.J. 2001, «Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs», *Fokus på familien*, 29 (4), s. 308–323.
- Ekeland, T.J. 2004, *Autonomi og evidensbasert praksis*, Oslo, Høgskolen i Oslo.
- Folkhelseeloven 2011, Lov om folkehelsearbeid, [Online], tilgjengelig frå:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> [Henta 16.10.2014].
- Forchhammer, H.B. 2006, «The woman who used her walking stick as a telephone: The use of utilities in praxis», i: Costall, A. og O. Dreier (red.) 2006, *Doing things with things. The design and use of everyday objects*, Ashgate.
- Gramstad, A. Storli, S.L. og T. Hamran 2014, «Exploring the meaning of a new assistive technology device for older individuals», *Disability and Rehabilitation- Assistive Technology*, 9 (6), s. 493–498.
<https://doi.org/10.3109/17483107.2014.921249>
- Helse- og omsorgsdepartementet 1997, NOU 1997:18, *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2009, Stortingsmelding nr. 47. *Samhandlingsreformen- rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2014, NOU 2014:12. *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo.
- Helse- og omsorgstjenesteloven 2011, *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* [Online], tilgjengeleg frå:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> [Henta 16.10.2014].
- Helsedirektoratet 2012, Rapport 2012: *Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer*. Oslo.
- Høie, B. 2014, *Avslutningsinnlegg på kvalitetskonferansen «I beste mening»* [Online], tilgjengeleg frå:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/Avslutningsinnlegg-pa-kvalitetskonferansen-i-beste-mening.html?id=754367. [Henta 16.10.2014].
- Jamtvedt, G. og M.W. Nortvedt 2008, «Kunnskapsbasert ergoterapi - et bidrag til bedre praksis!» *Ergoterapeuten*, 51 (1), s. 10–18.

- Kielhofner, G. 2001, *Ergoterapi - det begrepsmæssige grundlag*, FADLs forlag.
- King, S.J., Duke, M.M. og B.A. O'Connor 2009, «Living with amyotrophic lateral sclerosis/motor neurone disease (ALS/MND): decision-making about «ongoing change and adaptation»», *Journal of Clinical Nursing*, 18 (5), s. 745–754.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02671.x>
- Kristensen, H.K. og H. Peoples 2013, «Kapitel 25. Evidensbaseret ergoterapi», i : Brandt, Å, Madsen, A.J. og H. Peoples (red.) 2013, *Basisbog i ergoterapi*. 3. udgave. Munksgaard.
- Kylberg, M., Löfqvist, C., Phillips, J. og S. Iwarsson 2013, «Three very old men's experiences of mobility device use over time», *Scandinavian journal of occupational therapy*, 20 (5), s. 397–405.
<https://doi.org/10.3109/11038128.2013.779321>
- Larsson Lund, M. og L. Nygård 2003, «Incorporating or resisting assistive devices: different approaches to achieving a desired occupational self-image», *OTJR. Occupation, Participation & Health*, 23 (2), s. 67–75.
- Loe, M. 2010, «Doing it my way: old women, technology and wellbeing», *Sociology of Health and Illness*, 32 (2), s. 319–334.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01220.x>
- Löfqvist, C., Nygren, C., Brandt, Å. og S. Iwarsson 2009, «Very old Swedish woman's experiences of mobility devices in everyday occupation: a longitudinal case study», *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16 (3), s. 181–192.
<https://doi.org/10.1080/11038120802613108>
- Malterud, K. 2002, «Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger», *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 122 (25), s. 2468–2472.
- Mann, W.C., Ottenbacher, K.J., Fraas, L., Tomita, M. og C.V. Granger 1999, «Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly», *Archives of Family Medicine*, 8, s. 210–217
<https://doi.org/10.1001/archfami.8.3.210>
- Mattingly, C. og M.H. Fleming 1994, *Clinical reasoning. Forms of inquiry in a therapeutic practice*, F. A. Davis Company, Philadelphia
- Merleau-Ponty, M. 1994, *Kroppens fænomenologi*, Det lille Forlag, Frederiksberg.
- Mortenson, W.B., Demers, L., Fuhrer, M., Jutai, J., Lenker, J.A. og F. Deruyter 2013, «Effects of an assistive technology intervention on older adults with disabilities and their informal caregivers. An exploratory randomized controlled trial», *Assistive Technology*, 92 (4), s. 297–306.
- Nylenna, M. og G.S. Braut 2014, *Helsetjeneste* [Online], Store norske leksikon, tilgjengeleg frå:
<https://snl.no/helsetjeneste> [Henta 16.09.2014].
- Opsahl, K. og G. Ravn, G. 2003, «Virksomhetsteorien - den kulturhistoriske skole», *Ergoterapeuten*, (11), s. 54–61.
- Pettersson, I., Appelros, P. og G. Ahlstrom 2007, «Lifeworld perspectives utilizing assistive devices: individuals, lived experience following a stroke», *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74 (1), s. 15–26.
<https://doi.org/10.2182/cjot.06.05>
- Phillips, B. og H. Zhao 1993, «Predictors of assistive technology abandonment», *Assistive Technology*, 5 (1), s. 36–45.
<https://doi.org/10.1080/10400435.1993.10132205>
- Prioriteringsutvalget 2014, *Innspill fra befolkningen* [Online], tilgjengeleg frå:
<http://prioriteringsutvalget.stat.no/> [Henta 16.09.2014].
- Ravneberg, B. 2012, «Usability and abandonment of assistive technology», *Journal of Assistive Technologies*, 6 (4), s. 259–69.
<https://doi.org/10.1108/17549451211285753>
- Regjeringen 2013, Pressemelding, Regjeringen oppnevner prioriteringsutvalg, Helse- og omsorgsdepartementet [Online], tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-presse-meldinger/pressemeldinger/2013/regjeringen-oppnevner-prioriteringsutval.html?id=731235> [Henta 16.10.2014].
- Rikstrygdeverket 2003, *Hjelpemiddelformidling - en del av et større system*, Informasjonshefte om hjelpemiddelformidling.
- Steutljens, E.M.J., Dekker, J., Bouter, L.M., Leemrijse, C.J. og C.H.M Van Den Ende 2005, «Evidence of the efficacy of occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews», *Clinical rehabilitation*, 19 (3), s. 247–254.
<https://doi.org/10.1191/0269215505ocr870oa>
- Store Norske Leksikon 2014, *Mening* [Online], tilgjengeleg frå: <https://snl.no/search?query=mening&x=0&y=0> [Henta 19.09.2014].
- Toombs, S.K. 1993, *The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*, Dordrecht, Kluwer academic publishers.
- Tuntland, H., Espehaug, B., Førland, O., Hole, A.D., Kjerstad, E. og I. Kjekken 2014, «Reablement in community-dwelling adults: study protocol for a randomised controlled trial», *BMC Geriatrics*, 14 (139), s. 1–9.
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-139>
- Visser-Meily, A., Post, M., Gorter, J.W., Berlekom, S.B.V., Van Den Bos, T. og E. Lindeman 2006, «Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach» *Disability and Rehabilitation*, 28 (24), s. 1557–1561.
<https://doi.org/10.1080/09638280600648215>

Koordinatorordning med kontinuitet som mål

Diskusjon av ordningen koordinator i spesialisthelsetjenesten i lys av forskning omkring 'continuity of care'

Pasienter og brukere med langvarige behov for ulike helse- og omsorgstjenester rapporterer ofte om manglende sammenheng i tjenestene, usikkerhet omkring hva som skal skje videre og hvem som tar ansvaret for hva. En stadig økende spesialisering har ført til at spesialisthelsetjenestene er blitt mer oppdelt, og at ansvarsområdet for den enkelte enhet snevres inn. Liggetiden i sykehusene har blitt stadig kortere, og Samhandlingsreformen legger opp til at kommunene skal ta oppgaver som tidligere ble ivaretatt av spesialisthelsetjenesten. Samtidig har pasienter fått styrket sine rettigheter – tjenestene skal være helhetlige og koordinerte.

Individuell plan (IP) har siden ordningen ble lovfestet i 2001¹ blitt tillagt en viktig rolle for å bidra til helhet og sammenheng i forløpet for den enkelte pasient/bruker med langvarige tilstander og komplekse tjenestebehov. Fra 2012 ble det gjort endringer i lovverket, og ordningen «koordinator i spesialisthelsetjenesten» ble opprettet. Koordinator skal oppnevnes for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven. Koordinator skal tilbys uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan. Det ble samtidig lovfestet at hvert helseforetak skal ha en koordinerende enhet (KE). Blant andre oppgaver har KE overordnet ansvar for koordinatorordningen. Myndighetene signaliserer store ambisjoner for ordningen koordinator i spesialisthelsetjenesten. Oppgavene omfatter samordning av tjenester både innad i spesialisthelsetjenesten og overfor kommunchelsetjenesten, ivaretagelse av dialog og pasientmedvirkning, koordinatoren skal sikre framdrift i arbeidet med individuell plan og sikre kontinuitet og helhet i pasientforløpet. Beskrivelsene av hvem som skal omfattes av ordningen er vid, og det operasjonaliseres i liten grad hva som menes med et kontinuerlig og helhetlig forløp, eller hva som skal oppfylles for å oppnå dette. En nylig utført kartlegging viser at det er betydelig usikkerhet i helseforetakene omkring utforming av koordinatorordningen.

I tillegg til de personrettede ordningene koordinator og individuell plan, utvikles og iverksettes det en rekke koordineringstiltak på system- og tjenestenivå for å overkomme kontinuitetsutfordringer for pasienter med langvarige og sammensatte tjenestebehov.

Som rådgiver i Regional koordinerende enhet (RKE) med ansvar knyttet til ordningene individuell plan, koordinator og koordinerende enheter i helseregion nord fra 2007 og fram til høsten 2013, har jeg fulgt utviklingen på dette området både regionalt og nasjonalt. Noen av oppgavene til RKE har vært å bidra til etablering av koordinerende enheter (KE) ved helseforetakene i regionen, utarbeide informasjon, holde oversikt over og ha kontakt med KE i kommunene samt bidra i utvikling av samarbeidsavtaler og overordnede retningslinjer for KE, individuell plan og koordinator mellom helseforetak og kommuner. Jeg er nå i gang med et doktorgradsprosjekt omkring koordinering og kontinuitet i pasientforløp.

Mitt utgangspunkt for tilnærmingen i dette kapitlet, er at det vil ha betydning for utforming av koordinatorfunksjonen hvordan formålet med ordningen defineres, altså hva det innebærer at koordinatoren skal ivareta pasientenes behov for et kontinuerlig og helhetlig behandlingsforløp. For å utforske dette, har jeg søkt etter internasjonal forskningslitteratur som omhandler kontinuitet i helsetjenester sett fra et pasientperspektiv. Tre ulike perspektiver på «continuity of care» fra forskningslitteraturen vil bli presentert. Disse danner et rammeverk for beskrivelse og diskusjon av ulike koordineringsinnsatser og alternative koordinatorroller i norsk spesialisthelsetjeneste.

Før blikket rettes mot forskningslitteraturen, vil jeg gjennomgå føringer og utfordringer for ordningen koordinator i spesialisthelsetjenesten. Det følgende avsnittet bygger på lov, forskrift, rundskriv og høringsutkast til en veileder, samt en kartleggingsundersøkelse blant koordinerende enheter som jeg har vært med på å gjennomføre i helseforetakene sommeren 2014, og egne erfaringer fra systemnivå.

Koordinator i spesialisthelsetjenesten

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal det oppnevnes koordinator. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinatoren bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke oppgaver koordinatoren skal ha.

(Spesialisthelsetjenesteloven §2–5, 2011)

Koordinatoren skal erstatte pasientansvarlig lege (PAL) som ble opphevet da denne ordningen ble innført. PAL skulle oppnevnes for alle pasienter i forbindelse med innleggelser, polikliniske tjenester før og etter innleggelse, eller ved gjentatt poliklinisk undersøkelse og behandling. PAL skulle være pasientens faste lege gjennom hele sykehusoppholdet og ha ansvar for å planlegge, koordinere og sikre framdrift i undersøkelser, behandling og oppfølging av den enkelte pasient, samt være et fast forankringspunkt for pasient og pårørende, og samarbeide med primærhelsetjenesten og eventuelt andre institusjoner. Ordningen skulle bidra til kontinuitet i behandlingen (Befring, 2002; NOU, 2005:3).

Sommeren 2013 kom det forslag til endringer i lovteksten. Det ble foreslått å fjerne hovedregelen om at koordinator skulle være lege, og at betegnelsen koordinator skulle endres til kontaktperson. I tillegg ble det foreslått en presisering. Kontaktpersonen skal være tilgjengelig for pasienten med navn og telefonnummer (Høringsnotat, 2013). Høringsfristen var i oktober 2013. Per februar 2015 er saken ikke ferdigbehandlet i Helse- og omsorgsdepartementet.²

Det overordnede ansvaret for koordinatorfunksjonen i helseforetaket er lagt til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE). «(...) enheten [skal] ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator» (spesialisthelsetjenesteloven §2–5b, 2011).

I et rundskriv fra Helsedirektoratet gis det kommentarer til de ulike lovparagrafene. Her presiseres det at «koordinator skal ivareta pasientenes behov for et kontinuerlig og helhetlig behandlingsforløp», og at denne plikten gjelder uavhengig av om pasienten ønsker en individuell plan (spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer, 2013b, s. 25). Koordinator skal ha hovedansvaret for samordning i pasientforløpet. Ett ansvarsområde er å sikre brukermedvirkning og god dialog med pasient og pårørende og følge opp innspill fra dem.

Koordinator skal «sikre koordinering innad i spesialisthelsetjenesten knyttet til institusjonsopphold, samhandle med kommunen og eventuelt andre tjenesteytere for å sikre videre oppfølging etter utskrivning og sørge for samordning av spesialisthelsetjenestene før, under og etter innleggelse i institusjon – herunder oppstart av IP der det er behov for dette. Det bør tilstrebes samme koordinator ved hvert opphold, og det kan være hensiktsmessig at koordinatoren utpekes som informasjonsansvarlig (ibid., s. 25).

Pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, defineres slik i rundskrivet:

Komplekse tjenester innebærer at det er behov for tjenester fra flere behandlingssenheter, ulike avdelinger i en behandlingssenheter og fra flere profesjoner. Et eksempel er kreftpasienter som vil ha behov for tjenester fra avdelinger som har ansvar for utredning og diagnostikk, fra kirurgisk avdeling, fra kreftavdeling og poliklinikker og fra flere profesjoner som leger, kreftsykepleiere, fysioterapeuter osv. (ibid., s. 25).

Undersøkelsen av status for den nye koordinatorordningen ble besvart av koordinerende enhet ved alle landets sykehus sommeren 2014. Nesten halvparten har gitt opplæring om koordinatorfunksjonen. 15 av de 24 koordinerende enhetene svarte at de har etablert rutiner eller prosedyrer for koordinator. Omtrent en fjerdedel av helseforetakene har registrering slik at de kan rapportere antall pasienter som får oppnevnt koordinator. De nevner følgende erfaringer og utfordringer for ordningen: uklarhet og mangelfulle nasjonale føringer for hvilke oppgaver som skal ligge til funksjonen, manglende ledelsesforankring og prioritering, lite tid til å utføre koordinatoroppgaven, at oppgaven ikke er en integrert del av pasientbehandlingen og ikke inngår i pasientforløpstenkingen i klinikken, at ansvaret er lagt til koordinerende enhet som ofte er en stabfunksjon og dermed har liten myndighet, og at sykehusoppholdene er blitt svært korte (gjennomsnittlig under fire døgn i somatikken). Mange mangler registreringsverktøy, og noen nevner at implementering av ordningen tar tid på grunn av kompleksitet i organisasjonen. En skriver også at usikkerheten om hva som vil bli besluttet etter høringsprosessen omkring endringsforslag høsten 2013, preger arbeidet. Imidlertid svarer halvparten av de koordinerende enhetene at pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester i noen grad får oppnevnt koordinator.

Fagfeltet signaliserer forventning om avklaringer i veilederen om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator som er under utarbeidelse (Helsedirektoratet 2014b).

Nå skal vi rette oppmerksomheten mot forskning omkring kontinuitet i helse-tjenester. Videre brukes det engelske begrepet «continuity of care».

«Continuity of care» i forskningslitteraturen

Jeg har utført en litteraturstudie innen nyere internasjonal forskning omkring kontinuitet i helsetjenester. Søket ble foretatt i Web of Science med «continuity of care» som søkebegrep, og var avgrenset til oversiktsartikler fra 2000–2014. Noen publikasjoner ble i tillegg inkludert etter referanse- og forfattersøk i forskningsartiklene fra litteratursøket.

Kriterier for inklusjon av artikler var at de skulle omhandle «continuity of care» fra et pasientperspektiv, alternativt inneholde teori- eller begrepsdiskusjon omkring «continuity of care». Studier som utelukkende fokuserte på kontinuitet i primærlegetjenester, som kun omfattet avgrensede pasientgrupper, eller som utelukkende studerte instrumenter for å måle kontinuitet, ble utelukket. Etter disse avgrensningene og vurderingene ble 16 artikler og tre forskningsrapporter utvalgt for gjennomgang.

Litteraturstudien er bygd opp som en «scoping study». Scope kan bety definisjonsområde, rekkevidde, omfang. «Scoping study: a preliminary study to define the scope of a project» (Collins English Dictionary, 2012). Formålet med en «scoping study» er å utforske forskningslitteraturen omkring et bestemt emne for å vise en oversikt over forskning på området og kategorisere sentrale begreper og resultater (Arksey og O'Malley, 2005).

Feltet preges av mangel på enhetlige definisjoner (Parker, Corden og Heaton, 2011; Freeman et al., 2001; Saultz, 2003; Uijen et al., 2012; Holland og Harris, 2007). Begrepet «continuity of care» ble tatt i bruk i 1950-årene (Uijen et al., 2012). Den omfattende oversiktsstudien til Uijen og medforfattere viser at det er overlappende betydning mellom «continuity of care» og de fire begrepene «coordinated care», «integration of care», «person-centred care» og «case management». Disse begrepene har endret betydning flere ganger fra 50-tallet og fram til i dag, og har blitt brukt om hverandre, ofte også uten at de blir definert (ibid.). I en annen oversiktsstudie sammenlignet Holland og Harris (2007) begreper på en lignende måte fra et sykehusperspektiv. De fant at begrepene «hospital discharge planning», «transitional care» og «coordination of care» også ofte ble brukt overlappende med «continuity of care».

Fra starten av 2000-tallet pågikk store nasjonale forskningsprogrammer omkring «continuity of care» i Canada og Storbritannia. Det ble utført flere oversiktsstudier av internasjonal forskningslitteratur (Freeman et al., 2007; Haggerty et al., 2003; Freeman et al., 2001; Reid, Haggerty og McKendry, 2002), i tillegg til at de gjennomførte egne forskningsprosjekter. Begge programmene hadde fokus mot både hvordan kontinuitet har blitt forstått i helsetjenesten, hvordan pasienter erfarer kontinuitet, hva som hemmer og fremmer kontinuitet, samt mot å finne måter for å evaluere eller måle pasienterfart kontinuitet. I samme periode arbeidet Saultz (2003) i USA med en oversiktsstudie av «interpersonal continuity of care» fra et utgangspunkt i primærlegetjenesten (family medicine) som også har blitt hyppig sitert. De kanadiske og britiske forskerne samarbeidet og har bidratt i hverandres arbeider underveis (Heaton, Corden og Parker, 2012; Freeman, 2012; Freeman et al., 2007; Haggerty et al., 2003). Resultater fra disse forskningsprogrammene står sentralt i litteraturen som inngår i dette kapitlet.

Studiene omfatter forskning fra en rekke vestlige land og spenner over et stort spekter av diagnosegrupper, fagområder og helsetjenesteesettinger. Jeg vurderer resultatene som relevante også for norske forhold.

Tre perspektiver på «continuity of care»

Den inndelingen jeg presenterer nedenfor, er inspirert av de tre modellene og paradigmene som ble utviklet i forbindelse med en syntese av resultatene fra det britiske forskningsprogrammet (Parker et al., 2011; Heaton et al., 2012). Heaton og kolleger viser hvordan forståelsen av «continuity of care» i forskningslitteraturen har utviklet seg over tid fra det de kaller «the professional paradigm», via «the perspectivist paradigm», mot det de definerer som et framvoksende «partnership paradigm» (2012). Jeg har oversatt «the professional paradigm» til helsetjeneste-paradigmet. Her vektlegges helsetjenestens perspektiv. «The perspectivist paradigm» omfatter perspektivene til henholdsvis pasienter, pårørende og fagfolk. Dette kaller jeg deltakerparadigmet. I denne sammenhengen har jeg valgt å avgrense til pasientperspektivet.³ «The partnership paradigm» har jeg kalt samskapingsparadigmet. Jeg legger til grunn at disse perspektivene og forståelsene av kontinuitet eksisterer side om side i helsetjenesten. Utviklingen av disse paradigmene kan ses som en utvidelse: Helsetjenestens koordinering av tjenester er en forutsetning, men ingen garanti for at pasienten skal erfare kontinuitet i tjenestene. Slik jeg forstår Heaton og medforfattere kan samskapingsparadigmet romme både helsetjenestens koordinering og innholdsdimensjonene i kontinuitet som vektlegges i deltakerparadigmet, men hovedfokuset rettes her mot selve prosessen i det å skape kontinuitet (Parker et al., 2011; Heaton et al., 2012). Jeg har valgt å bruke begrepet perspektiv og ikke paradigme, da jeg ikke nødvendigvis forholder meg til helheten i modeller eller paradigmer, men har hatt disse som et utgangspunkt.

Jeg har trukket ut noen hovedtrekk ved de ulike perspektivene, og har sammenstilt dem i en tabell.

Oppmerksomheten rettes mot ulike aspekter ved kontinuitet når den ses fra henholdsvis helsetjenestens synspunkt, fra pasientens, eller fra et felles synspunkt der pasient, pårørende og fagfolk samhandler. De ulike perspektivene danner en ramme for å diskutere ulike koordineringsinnsatser og koordinatorfunksjoner, samt utfordringer knyttet til utvikling og implementering av den aktuelle koordinatorordningen.

Helsetjenesteperspektivet

Kontinuitet innen dette perspektivet betyr at helsetjenesten leverer samordnede tjenester i rett tid til pasienten (Heaton et al., 2012, s. 6). På tross av skiftende betydninger over tid og bruk av mange ulike begreper, var hovedtrenden at «continuity of care» fram til 1990-tallet ble definert som en egenskap ved helsetjenestene (Freeman et al., 2001; Reid et al., 2002; Parker et al., 2011). Innen denne forståelsen legges det til grunn at det er fagfolkene i systemet som vet best hva pasienten trenger. En antar at pasienten ønsker å møte de samme fagfolkene over tid. Det er systemets ansvar å sørge for at kontinuitet oppnås. Pasientene har ingen aktiv rolle i å påvirke tjenestene innen dette perspektivet (Parker et al., 2011; Heaton et al., 2012).⁴

Pasientperspektivet

I det kanadiske forskningsprogrammet konkluderte de først og fremst med at kontinuitet handler om hvordan den enkelte pasient erfarer sammenheng og koordinering av tjenestene over tid, og at kontinuitet ikke kan avgrenses til kjennetegn ved helsetjenesten eller tjenesteyterne. Det som teller når en skal evaluere i hvilken grad kontinuitet oppnås i helsetjenesten, er hvordan det oppleves av den det gjelder (Haggerty et al., 2003). «For patients and their families, the experience of continuity is the perception that providers know what has happened before, that different providers agree on a management plan, and that a provider who knows them will care for them in the future» (Haggerty et al., 2003, s. 1221). «Continuity of care» slik det erfares av pasienten, er altså multidimensjonalt og kan deles inn i informasjonsmessig, organisatorisk⁵ og relasjonell kontinuitet (Reid et al., 2002; Haggerty et al., 2003). Disse ulike typene kontinuitet har blitt svært mye brukt på tvers av fagområder og helsetjenestestrukturer og er hyppig referert i seinere internasjonal forskning.⁶ I praksis er disse kontinuitetstypene ofte sammenvevd. Forskning og diskusjoner omkring kontinuitet kan imidlertid bli mer fokusert og målrettet ved å behandle dem hver for seg (Reid et al., 2002, s. 4).

Informasjonsmessig kontinuitet. Det er informasjonen som knytter sammen tjenester som ytes av ulike fagpersoner og til ulike tidspunkter. Informasjonen kan være sykdoms- eller personfokusert. (Haggerty et al., 2003, s. 1220). Her er det altså snakk om at pasienten opplever at involverte fagfolk i ulike deler av tjenestene er forberedt når de møter pasienten og kjenner til både den medisinske tilstanden og tidligere hendelser og relevante personlige forhold som verdier, preferanser

og livssituasjon (Parker et al., 2011; Reid et al., 2002, s. 5). Ifølge Saultz (2003) er informasjonskontinuitet den mest grunnleggende formen for kontinuitet – en forutsetning for organisatorisk og relasjonell kontinuitet. Pasienter bruker ikke samme språk som fagfolk (Heaton et al., 2012, s. 6). Det kan synes som pasienter regner med at kommunikasjon og informasjonsoverføring fungerer, inntil de opplever at viktig informasjon omkring helsemessige forhold, livssituasjon eller tidligere behandling blir oversett (Haggerty et al., 2013). Det å ha en forståelse av sin tilstand og behandling vektlegges av brukerne for at de selv skal kunne ta en aktiv rolle i egen behandlingsprosess. At pasienten er informert, knyttes altså også til informasjonskontinuitet (Haggerty et al., 2013; Wierdsma et al., 2009). Dette forutsetter tilrettelegging av informasjonen til den enkelte, tillit til fagfolk samt tid og rom for dialog (Parker et al., 2011, s. 596).

Organisatorisk kontinuitet. Denne dimensjonen ved kontinuitet omfatter det at helsetjenestene er oversiktlige, sammenhengende og tilgjengelige for pasienten, samt at de tilpasses ved skiftende behov (Haggerty et al., 2003). Individualiserte behandlings- eller oppfølgingsplaner fremmer organisatorisk kontinuitet i og med at de gir oversikt og dermed øker forutsigbarhet og trygghet for både pasienter og tjenesteytere der det er mange involverte over tid (ibid.). De fleste pasientene vil gjerne ha tilgang til planer og oversikter slik at de selv kan ta en aktiv rolle, og ønsker at det også inngår i planen hvordan problemer, forverringer i tilstand o.l. skal håndteres, slik at de kan planlegge hverdagen ut fra dette (Waibel et al., 2012; Wierdsma et al., 2009). Selv om det blir lagt planer for behandlingen, er det ingen automatikk i at pasienten opplever oversikt og kontinuitet (Haggerty et al., 2013).

Relasjonell kontinuitet. Den relasjonelle kontinuiteten handler om å ha en personlig relasjon til en eller noen få tjenesteytere (Haggerty, 2003). Pasienter som er avhengig av helsetjenester over tid trenger å kunne stole på noen som både kjenner dem som person, og deres sykdomssituasjon. En ser at pasienter gjerne investerer i relasjonene til fagpersoner de vurderer som sentrale, ved selv å ta initiativ for å opprettholde kontakten (Haggerty et al., 2013). Når problemet er alvorlig eller personlig, blir det viktigere å treffe en kjent person enn ved akutsituasjoner eller avgrensede problemstillinger (Freeman, 2012). Haggerty og medforfattere finner at kontinuitetsrelaterte reformer ofte legger hovedvekten på informasjons- og tjenesteintegrasjon, mens det ikke er så stor oppmerksomhet omkring den relasjonelle kontinuiteten (2013, s. 269). De påpeker videre at pasientenes forståelse av kontinuitet strekker seg ut over helsetjenestene og omfatter hvordan helsetjenestene henger sammen med livet for øvrig. Mange pasienter mener derfor at helsetjenesten også bør være informert om deres livssituasjon for å kunne bidra til å skape sammenheng og helhet for dem (ibid., s. 268).

Disse tre dimensjonene av pasienterfart kontinuitet viser seg å være gjennomgående på tvers av ulike fagområder, diagnosegrupper og helsetjenestestettinger i forskning omkring «continuity of care». For at en skal kunne snakke om kontinuitet, må tjenestene oppleves som sammenhengende og oversiktlige av pasienten. Det varierer hvilke av de ulike kontinuitetsdimensjonene som har størst betydning for den enkelte. Dette kan ha å gjøre med personlige forhold, forhold ved helse-tilstanden, de aktuelle helsetjenestene eller andre ting. Individuelle prioriteringer og preferanser kan selvsagt også omfatte andre kontinuitetsdimensjoner i tillegg til disse tre (Waibel et al., 2012; Heaton et al., 2012).

Samskapingsperspektivet

Parker og medforfattere konkluderer, i sin analyse av de samlede resultatene fra det britiske forskningsprogrammet, med at det vokser fram en forståelse av kontinuitet som skapt i et gjensidig samspill mellom pasienter, pårørende/omsorgspersoner og fagfolk i hvert enkelt tilfelle (Parker et al., 2011, s. 593).⁷ I mange av studiene som inngikk i forskningsprogrammet, var betydningen av pasientens egen rolle og medvirkning vektlagt. Resultatene viste hvordan kontinuitet ble influert av en rekke faktorer – både individuelle og kontekstuelle forhold hos pasient, fagfolk og tjenester. Denne forståelsen ble utviklet videre til «partnerskapsparadigmet» (Heaton et al., 2012). Innen dette paradigmet vektlegges prosessene og dynamikken i samhandlingen mellom aktørene, og hvorvidt disse bidrar til å skape kontinuitet for pasienten eller ikke. Styrke og kvalitet i samspill og relasjoner mellom alle involverte blir sentralt. Når kontinuitet forstås som samskapt, slik det presenteres her, gir det pasienten en aktiv rolle med ansvar, valg- og påvirkningsmuligheter både når det gjelder definisjon av hva kontinuitet består av for den enkelte, og hvordan kontinuitet kan skapes. Samskaping medfører altså deling av makt mellom fagfolk og pasienter. De fleste pasientene er både villige og kapable til å ta ansvar og delta i beslutninger. En må imidlertid unngå å legge ekstra byrder på pasienter som allerede har en svært utfordrende situasjon. Det er derfor viktig at fagfolk avklarer i samråd med den det gjelder hvor stort ansvar den enkelte kan og ønsker å ta, og hva slags støtte det eventuelt er behov for når det gjelder å delta aktivt i egen prosess (Haggerty et al., 2013). Kontinuitet forstått i et samskapingsperspektiv, betyr at det ikke kan utvikles en bestemt måte å oppnå det på. Dette har betydning for fagfolks rolle og arbeidsform (Parker et al., 2011, s. 599). Forskning omkring «continuity of care» må også utvide fokuset innenfor et samskapingsperspektiv. Det blir ikke tilstrekkelig å utforske hva kontinuitet er og hvorvidt det oppnås, en må også se på hvordan kontinuitet oppnås og hvorfor det oppnås for noen og ikke andre (Heaton et al., 2012, s. 8).

Kontinuitetsforståelser og koordineringsordninger

Når formålet med koordinatorordningen tas som et utgangspunkt, blir det aktuelt å se på hvordan ulike forståelser av kontinuitet i helsetjenestene kan ha betydning for hvordan koordinatorrollen defineres. Basert på sentrale trekk ved hvordan kontinuitet forstås innen de ulike perspektivene, blir noen koordineringsinnsatser og utfordringer mer aktuelle enn andre. De tre perspektivene fungerer her som et rammeverk for å løfte fram og reflektere omkring mulige roller og ansvarsområder for koordinatoren som jeg mener det er rom for i beskrivelsene av ordningen i førende dokumenter.

Kontinuitet som helsetjenestens leveranse av koordinerte tjenester til pasienten

Innenfor helsetjenesteperspektivet betyr kontinuitet at fagfolk sørger for å samordne konsultasjoner, innleggelse, behandling og oppfølging fra ulike enheter og avdelinger på en slik måte at de er koordinert for pasienten.

Noen av koordineringsordningene som iverksettes på systemnivå i helsetjenesten kan knyttes til sentrale trekk ved helsetjenesteperspektivet. Dette kan være forbedring av organisasjonsmodeller på overordnet nivå, nye samarbeidsprosedyrer på tvers av tjenester og nivåer, logistikktiltak i form av raskere og mer effektive «løyper» for utredning og behandling på institusjonsnivå, eller teamorganisering og rutiner for bedre koordinering av tiltakene omkring den enkelte på avdelingsnivå. Det skjer mye utviklingsarbeid innenfor slik organisatorisk koordinering som skal bidra til bedre kontinuitet for pasienter med langvarige og komplekse tilstander i et fragmentert helsevesen, både innad i institusjoner, og ikke minst i overganger mellom ulike tjenester. Tiltakene på tjenestenivå har stor betydning når det diskuteres hva den personlige koordinatoren skal ivareta.

I en særstilling når det gjelder organisering i et helsetjenesteperspektiv, står standardiserte pasientforløp eller behandlingslinjer, som det satses sterkt på i spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst definerer det slik: «en normativ beskrivelse av et planlagt og forventet pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i faglig evidens og koblet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater. I det beskrevne pasientforløpet inngår både kliniske og ikke-kliniske prosedyrer, tid og samhandling» (Helse Sør-Øst, 2011). Slike forløpsbeskrivelser bygger på faglige retningslinjer og systematisk oppsummert forskning på effekt av ulike intervensjoner, og utvikles for stadig flere diagnoser og tilstander. Et formål med standardiserte forløp er å sikre kvalitet på utredning og behandling, og fungere som støtte for fagfolks vurderinger, beslutninger og iverksetting av tiltak. Mange uttrykker imidlertid bekymring for ivaretagelsen av individuelle forhold innenfor de standardiserte forløpene.

Magne Nylenna, leder for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, sier det slik:

Spenningen mellom faglig regulering og individualisert behandling og omsorg kan bli en av helsetjenestens store utfordringer i tiden som kommer. Hvor langt kan vi standardisere pasientforløp og samtidig ivareta det unike ved ethvert menneskes liv og tilstand? En av innvendingene mot kunnskapsbasert medisin som bygger på systematisk oppsummert forskning, er at den ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til individuell variasjon blant pasientene. Derfor blir balansegangen mellom standardisering og særpreg krevende (2013).

På oppdrag fra regjeringen utvikles det nå i 2014–15 standardiserte «pakkeforløp» for diagnostisering og behandling av kreft. Et pakkeforløp er en prosedyre som både tids- og innholdsmessig følger et på forhånd avtalt forløp. Sykehusene oppretter stillinger for forløpskoordinatorer som blant annet skal sikre at det ikke oppstår unødig ventetid for pasientene som er i pakkeforløp. Det anbefales at stillingen blir direkte underlagt avdelingsleder. Forløpskoordinatoren skal ha myndighet og kompetanse til å bestille undersøkelser på egen og andre avdelinger, og skal delta i tverrfaglige møter, eventuelt også koordinere og innkalle til de tverrfaglige møtene. Forløpskoordinatoren skal være kontaktperson for pasient og samarbeidspartnere (Helsedirektoratet, 2014a, s. 20–21).

Koordinatoren som logistikkansvarlig

Innenfor helsetjenesteperspektivet er det nærliggende å se koordinatoren i en rolle som logistikkansvarlig. Dette innebærer at han holder orden på avtaler, koordinerer involverte fagfolk, enheter og instanser slik at resultatet blir et samordnet, oversiktlig og godt planlagt tjenestetilbud for pasienten.

Dersom koordinatoren på vegne av helsetjenesten skal ivareta samordning av alle konsultasjoner, opphold og overganger både før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten for en pasient med langvarige og sammensatte behov, så kan det bli både omfattende og utfordrende. Svært mange enheter, avdelinger og personer innen ulike profesjoner kan være involvert. I tillegg til å ha god kjennskap til institusjonen og samarbeidspartnere, må en ha tilgang til personer og instanser som tar beslutninger omkring timeavtaler, innleggelse, ventetid, samarbeidsmøter osv. Det er også knyttet utfordringer til myndighet fordi koordinatoren er avhengig av å få gjennomslag for sine forespørsler og krav knyttet til pasientens konsultasjoner, møtedeltakelse og tilbud utenfor egen enhet eller institusjon. Her vil det trolig være stor forskjell på om koordinator er lege/legespesialist, sykepleier eller har annen fagbakgrunn. Hvor godt kjent en er av andre i organisasjonen, om en er i en lederposisjon, har spesialkompetanse, lang yrkeserfaring o.a. vil også kunne ha betydning. Det er tidkrevende å navigere i systemet, få tak i riktige personer og få diskutert og kanskje endret avtaler og ventetid. Denne tida må tas fra

andre oppgaver dersom det ikke opprettes egne stillinger eller knyttes finansiering til utføring av koordinatoroppgaver slik at det kan bidra til økning av ressurser.

Den nye koordinatorfunksjonen for oppfølging av kreftpasienter i pakkeforløp har, slik den beskrives i den nasjonale planen, flere fellestrekk med koordinator i spesialisthelsetjenesten. Flere forhold knyttet til denne koordinatorfunksjonen gir imidlertid andre rammebetingelser for utvikling og implementering av funksjonen enn for koordinator iht. spesialisthelsetjenesteloven. Blant annet har vi her en kombinasjon av et forhåndsdefinert forløp og en koordinator som skal følge opp den enkelte pasient gjennom forløpet. I tillegg er oppgavene mer spesifisert, og så har kreftforløpskoordinatoren en myndighet gjennom å være ansatt i en dedikert koordinatorstilling på relativt høyt nivå i organisasjonen.

Kontinuitet som pasienterfart og bestående av tre ulike typer

Nå skal vi igjen dreie oppmerksomheten mot innholdet i kontinuitet slik det erfarer av pasienten, som henholdsvis informasjonsmessig, organisatorisk og relasjonell kontinuitet.

Informasjonsmessig kontinuitet

Alle tjenesteyterne som har en rolle overfor pasienten i ulike faser av forløpet, skal ha tilstrekkelig og relevant informasjon slik at de er forberedt når de møter pasienten. Informasjonskontinuitet er en forutsetning for organisatorisk og relasjonell kontinuitet (Saultz, 2003).

Selv om en ser på informasjonsmessig kontinuitet kun innenfor samme institusjon i spesialisthelsetjenesten, er det krevende å gjøre informasjonen tilgjengelig og oversiktlig for alle de ulike formålene som ulike tjenesteytere har. Her har den elektroniske pasientjournalen en helt sentral rolle. Mye informasjonsoverføring skjer, i tillegg muntlig, blant annet ved vaktskifter og i ulike samarbeidssituasjoner, teammøter og samarbeidsmøter.

For mange av de pasientene som har behov for koordinator i spesialisthelsetjenesten, er det imidlertid aktuelt med informasjonsformidling også ut over institusjonsgrensene. Deling av informasjon på tvers av virksomhetsgrenser i helsevesenet har tidligere medført store utfordringer relatert til lovverket, idet ansatte i én virksomhet bare kunne få elektronisk tilgang til helseopplysninger innenfor egen virksomhet. Dette har vanskeliggjort kommunikasjonen og forhindret etablering av felles systemer. Det er imidlertid relevant å nevne at det i en årrekke har eksistert webbaserede systemer for å ivareta oversikt, informasjonsdeling og kommunikasjon i forbindelse med individuell plan. Pasient, koordinator og de utvalgte fagpersonene har her et felles og dynamisk verktøy for oversikt over sentrale forhold i den enkeltes livssituasjon, hvilke tilstander og behov pasienten

har, pasientens prioriteringer og mål, oppgave- og ansvarsfordeling, kommunikasjon og dokumentasjon. Her er forutsetningen at pasient/bruker sammen med IP-koordinatoren definerer hvem som skal ha tilgang til hvilken informasjon. Det har til nå ikke vært mulig å utnytte de mulighetene som har foreligget i disse systemene fullt ut.

Lovverket er endret fra 2015, og mulighetene for elektronisk informasjonsdeling er blitt utvidet for aktører i helsevesenet (pasientjournalloven, 2014). Pasientinformasjon kan enklere deles mellom helsepersonell på tvers av virksomhetsgrenser – for eksempel mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det at forbudet mot elektronisk tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter er opphevet, gjør at elektroniske løsninger for individuell plan kan tas i bruk iht. det regelverket som gjelder for IP og innenfor rammene av taushetsplikten og rekkevidden av pasientens samtykke. Slike systemer løser på ingen måte alle utfordringene omkring informasjonsmessig kontinuitet, men gir et annet utgangspunkt for oversikt, tilgang til felles informasjon, og ikke minst kommunikasjon mellom fagfolk i ulike deler av tjenestene og med pasient/bruker. Et slikt system gir også pasienten mulighet for både oversikt og aktiv deltakelse i sitt forløp.

Koordinatoren med ansvar for at pasienten opplever informasjonskontinuitet må altså tenke på både informasjonsflyten mellom fagfolk pasienten møter, og informasjonsvirksomhet direkte rettet mot pasienten og pårørende. Med den kompleksiteten som eksisterer i spesialisthelsetjenesten, vil informasjonen som utveksles i en pasients gang gjennom systemet ha ulikt innhold, være utviklet og formidlet for svært ulike formål, formidles mellom mange og ulike aktører og profesjoner, og i mange ulike situasjoner. Mye av denne informasjonen vil være prosessrettet og formidles mellom fagfolk som følger opp utredning og behandling. Det er den informasjon som er viktig for oversikt og sammenheng i forløpet fra et pasientsynspunkt som knyttes til koordinatorens ansvar. Systemer som gjør det mulig å dele og utvikle oversikt over slik informasjon på en hensiktsmessig måte, må tas i bruk, og koordinatoren må gis tilganger og myndighet som samsvarer med dette. Den informasjonsansvarlige etter helsepersonelloven (1999, § 10) har ansvaret for informasjon til pasient og pårørende. I kommentarene til spesialisthelsetjenesteloven nevnes det som hensiktsmessig at koordinatoren kan utpekes som informasjonsansvarlig (Helsedirektoratet, 2013b).

Organisatorisk kontinuitet

Som tidligere nevnt, omtales ofte behandlings- og oppfølgingsplaner i sammenheng med organisatorisk kontinuitet. Slike planer har viktige funksjoner for at pasientene skal oppleve helsetjenestene som oversiktlige, forutsigbare og individuelt tilpasset. Det er imidlertid mange forståelser av hva en behandlings- eller oppfølgingsplan kan bestå av. Skal planen omfatte kun den medisinske

behandlingen for en tilstand eller være samordnet for flere tilstander, skal den være tverrfaglig, og skal den kun dekke spesialisthelsetjenestens behandling, eller også omfatte videreføring av tiltak i kommunen? I hvilken grad skal den være bygd omkring pasientens egne mål og prioriteringer slik som i individuell plan – som for øvrig også kan omfatte langt mer enn selve helsetjenestetiltakene?

Her kan det være relevant å komme tilbake til det som er sagt om at den nye koordinatorfunksjonen skal erstatte pasientansvarlig lege (PAL) (Helsedirektoratet, 2013a). Denne referansen til PAL forstår jeg som et signal om at det er den medisinske behandlingen som skal koordineres. Videre omtales imidlertid også det å sørge for framdrift i arbeidet med individuell plan som koordinatorens rolle. Denne referansen til IP gir helt andre forventninger både til omfanget av det som skal planlegges, hvordan prosessen bør organiseres, og hvem som kan være aktuell som koordinator. I høringsforslaget til ny ordning med kontaktlege i sykehus, som ble lagt fram høsten 2014 (Høringsnotat 2014), legges det opp til at kontaktlegen tar over koordineringen av det medisinske som PAL hadde ansvaret for tidligere (Helse- og omsorgsdepartementet 2014a). Dersom den nye kontaktlegeordningen blir innført som foreslått, betyr det en avgrensning av koordinatorens ansvarsområde i forhold til de føringer som foreligger i dag.

Oversiktighet og sammenheng i pasientforløpet kan ses både i kort og langt perspektiv, innen tilbudet på en avdeling, mellom avdelinger i et sykehus, og kan også inkludere samarbeidspartnere. Det blir stor forskjell på koordinatorens rolle avhengig av om det er det medisinske behandlingstilbudet eller livet med helseplagene som skal omfattes av behandlingsplaner og koordinering, og hvilke tjenester som er aktuelle. Kultur og rutiner for bruk og utforming av behandlingsplaner varierer innen ulike fagfelt og enheter. Det vil være utfordrende for den som oppnevnes som koordinator, å innføre slike arbeidsformer dersom det ikke er etablert. Pasienter har ulike behov og forutsetninger. Det kan kreves individuelle tiltak for at oversikter og planer skal fungere for den enkelte.

Relasjonell kontinuitet

Pasientene snakker sjelden selv direkte om koordinering eller kontinuitet. De uttrykker dette mer generelt som en opplevelse av trygghet og tillit til helse-tjenestene, eller det motsatte dersom det ikke fungerer (Haggerty et al., 2013; Waibel et al., 2012). Relasjonell kontinuitet handler både om at pasienten møter noen som kjenner ham som person og hans situasjon, og om opplevelse av tillit og sammenheng i tjenesteytingen over tid. En kan tenke seg ulike typer relasjonell kontinuitet i sykehus.

Et sentralt spørsmål når en diskuterer relasjonell kontinuitet, er i hvilken grad det er koordinatoren selv som skal representere denne personlige kontinuiteten, og/eller om han skal sørge for kontinuitet på andre måter. Arbeidsdeling, skiftarbeid

og organisering i sykehusene gir store utfordringer dersom koordinator skal kunne være til stede for pasienten og representere kontinuitet og delta i arbeidet for å skape sammenheng i utredning, behandling og oppfølging. Ting skjer til alle døgnets tider, og mye kan foregå utenfor egen avdeling. Noen steder er det opprettet koordinatorfunksjoner for spesielle pasientgrupper på avdelingsnivå, som koordinerer oppfølgingen for pasienter med bestemte tilstander, f.eks. MS-sykepleier eller diabeteskoordinator. Dette er ofte dagstillinger, og de vil i større grad kunne følge pasienter over tid enn turnuspersonell. De vil opparbeide seg god kjennskap i organisasjonen og samarbeidsrelasjoner til personer og instanser som er relevante for vanlige problemstillinger hos den aktuelle pasientgruppa.

Muligheten for at pasienten kan forvente å møte kjente behandlere og fagpersonell ved nye konsultasjoner eller innleggelse vil variere. Selv under ideelle forhold, med fulle stillinger og stabilt personell vil det være betydelige begrensninger når det gjelder personkontinuitet. I avdelinger som er teamorganisert, er det mulighet for at kontinuitet over tid kan ivaretas bedre ved at det er sjans for at noen i teamet kjenner pasienten fra tidligere. I de fleste tilfeller vil det trolig også være større grad av personkontinuitet i små avdelinger og små sykehus enn på større.

En ordning der personell går på tvers av polikliniske og døgnbaserte tjenester innen samme avdeling, kan også gi mulighet for at noen pasienter kan følges av fagfolk som kjenner dem selv om de forholder seg til ulike deler av tjenestene. Dersom dette skal fungere krever det at noen på ledelsesnivå planlegger og koordinerer innleggelse og konsultasjoner med dette for øye. Det er særlig utfordrende å etablere personkontinuitet på tvers av avdelinger og klinikker.

Krogstad, Hofoss og Hjortdahl (2002) hevder at sykehusene prøver å etterligne primærhelsetjenesten når de lager ordninger der en tjenesteyter skal ha ansvar for en enkelt pasient. De medgir at personkontinuitet er viktig, men hevder at kontinuitet i tjenestene må forstås og håndteres på andre måter i en kompleks organisasjon som et sykehus, der svært mange fagfolk er involvert på en eller annen måte i tjenestene til en enkelt pasient (ibid., s. 36). De snakker om to ulike former for kontinuitet: Den kontinuiteten som pasienten kan se og oppfatte i form av at han treffer de samme fagfolkene hver dag, og den kontinuiteten som eksisterer uten at pasienten ser eller vet om den: Nemlig det kollektive organisatoriske ansvaret som gjør at de som til enhver tid er på jobb, har den oversikt og kjennskap som er nødvendig for at de kan håndtere de situasjoner som oppstår. Dette kaller de systemkontinuitet.

Koordinator i spesialisthelsetjenesten har, i henhold til føringene, ansvar for koordinering både innad i spesialisthelsetjenesten, og med samarbeidspartnere. Det vil derfor være ulike typer tjenester, ulike tidsperspektiver og ulike organisatoriske rammer som også den relasjonelle kontinuiteten skal ivaretas innenfor.

Koordinator som talsmann for pasientperspektivet

Det er vanskelig å beskrive *en* koordinatorrolle basert på et pasientperspektiv som omfatter både informasjonsmessig, organisatorisk og relasjonell kontinuitet. Det som teller når det gjelder kontinuitet innen pasientperspektivet, er hvordan den enkelte erfarer sammenheng i tjenestene over tid. Kanskje kan de tre kontinuitetstypene fungere som en rettesnor både for koordinatoren og andre fagfolk for hvilke dimensjoner av kontinuitet som er viktig. Koordinatoren bør ha et sentralt ansvar for å bidra til at tjenesteapparatet vurderer behovet for koordinering ved å se situasjonen fra pasientens ståsted, og systematisk undersøke pasientens behov for bistand til kontinuitet som er viktig for at pasienten skal kunne mestre situasjonen best mulig.

Kontinuitet som samskapt av fagfolk og pasienter i hvert enkelt tilfelle

Dersom en legger til grunn at kontinuitet skal skapes av pasient og fagfolk i fellesskap i hvert enkelt tilfelle, så stiller dette andre krav både til pasientene, til koordinatoren, til andre involverte fagfolk og til tjenestesystemene, enn det som tradisjonell koordinering av tjenester eller planlegging av behandling og oppfølging gjør. Dersom fagfolk skal inngå i slikt «kontinuitetsarbeid» sammen med pasienter og pårørende, har det konsekvenser for hvordan arbeidsoppgavene defineres, hvilken kompetanse som trengs, hvilke arbeidsformer som blir aktuelle, samt hvilke rammebetingelser som blir nødvendige for kunne ivareta en slik rolle.

Mye av det som kjennetegner koordineringsarbeidet innen dette perspektivet, sammenfaller med definisjonen av rehabilitering. Det er snakk om at fagfolk og tjenester skal bistå brukeren i sin egen prosess for å nå sine mål. Rehabilitering defineres som:

(...) tidsavgrænset, planlagde prosesser med klare mål og verktøymidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukers egen innsats for å oppnå best moglege funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltagelse sosialt og i samfunnet (St.meld. nr. 21, Helse- og omsorgsdepartementet, 1998–1999).

Proessen slik den presenteres i samskapingsperspektivet har også mye til felles med innhold og arbeidsformer som beskrives i tilknytning til individuell plan:

Tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester skal avklares. Videre skal det foretas en vurdering om tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakers bistandsbehov skal koordineres. Individuell plan skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene (Helsedirektoratet, 2013a).

Pasienter som faller inn under målgruppen for koordinatorordningen befinner seg i alle typer sykehusavdelinger, og er slett ikke bare å finne i rehabiliteringsavdelinger eller andre enheter som har rutiner for å bistå pasienter med å integrere arbeidet knyttet til diagnostikk, behandling, funksjonstrening og det å håndtere en

livssituasjon med sykdom eller funksjonssvikt. Dersom ideologi og arbeidsformer som forbindes med rehabilitering og individuell plan, skal utøves i vanlige sykehusavdelinger, kan det være utfordrende av mange årsaker. Det kan være at slike arbeidsformer er ukjent, at det ikke er rom, tid eller personellressurser for å jobbe slik. Fra 2012 er ansvaret for å koordinere IP-prosessen overført til kommunen, med unntak av for pasienter som kun har spesialisthelsetjenester. Samtidig har den nye koordinatorfunksjonen i spesialisthelsetjenesten som del av sitt ansvar å «sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan» (spesialisthelsetjenesteloven §2–5, 2011). Koordinerende enheter og koordinatorene har i mange sammenhenger beskrevet at de erfarer det som vanskelig å få rom til å utvikle og utøve en slik individualisert koordinering. De beskriver at de ofte blir møtt med argumenter som at denne typen koordinering skal skje i kommunehelsetjenesten av kommunal koordinator eller pasientens fastlege, og ikke i spesialisthelsetjenesten.

Som jeg har vært inne på tidligere, så trengs det en systematisk tilnærming for å identifisere kompleksitet og koordineringsbehov. Fagfolk må ha oppmerksomhet rettet mot den enkeltes behov for bistand til kontinuitet og koordinering basert på deres helsetilstand, tjenestebehov, egne ressurser og nettverk, preferanser og prioriteringer (Parker et al., 2011). Det vil variere både mellom pasienter og hos den enkelte over tid hva som skal til.

Et spørsmål dersom en legger til grunn at det å skape kontinuitet må skje i et samarbeid med den enkelte pasient, er om dette er noe koordinatoren skal ta ansvar for, eller om det er en arbeidsform som skal utvikles og utføres av hele personalgruppen? Hvilke endringer måtte i så fall gjøres i tjenestene med utgangspunkt i et slikt ideal? Det vil også alltid være spørsmål om forholdet mellom generelle koordineringsordninger på system- eller diagnosenivå, persontilpassede behandlings- og oppfølgingsplaner, og en mer helhetlig tilnærming til den enkeltes situasjon. For pasienter som har flere sykdommer, alvorlig prognose, ustabil og svingende forløp, stor funksjonssvikt eller annen kompleksitet i sin livssituasjon, kan det jo ofte være snakk om en kombinasjon av alle tre.

Koordinatoren som pasientens partner og prosessleder i individualisert plan- eller koordineringsprosess

Når kontinuitet forstås som samskapt, har det som konsekvens at det ikke kan etableres en bestemt måte å gjøre det på. Men noen arbeidsformer blir mer aktuelle enn andre. Innen en slik forståelse blir individuell-plan-prosessen og IP-koordinatoren aktuelle rollemodeller for koordinatoren og koordineringsarbeidet.

Janne Breimo drøfter rollen som personlig koordinator i sitt doktorgradsarbeid om organisering av rehabiliteringsprosesser (Breimo, 2012). Koordinatorene hadde i mange tilfeller en slags meklerrolle mellom tjenestemottakerne og systemstrukturene ved at de forsøkte å etablere rom for å ivareta den enkeltes

individuelle behov (ibid., s. 197–198). Økende standardisering av tjenesteytingen gjennom organisatoriske verktøy og bestemte prosedyrer vanskeliggjorde arbeidet med å skape det rommet som var nødvendig (ibid., s. 207–208).

Alve og medforfattere utforsker samarbeidsroller knyttet til IP-prosesser i Norge (Alve et al., 2013). De finner stor variasjon når det gjelder hvordan pasienter og fagfolk samhandler omkring IP. I det de kaller «collaboration led by the interaction» (ibid., s. 161) beskriver de hvordan koordinatorrollen krever stor fleksibilitet og sensitivitet for kontinuerlig å tilpasse tjenester, planer, støtte og tilrettelegging ut fra den enkelte brukers ulike situasjon og hvor vedkommende er i sin prosess med å erkjenne og forholde seg til omfanget av funksjonsnedsettelse og tjenestebehov. Rollene til koordinator og pasient varierte både hos samme pasient over tid, og for ulike pasienter. De diskuterer hvordan ulike fagkulturer hos koordinator har betydning for hvilke typer roller som blir aktuelle, og hvordan organisatoriske forhold spiller inn i stor grad og på mange måter.

Diskusjon

Stort rom for utforming av koordinatorfunksjonen

Ordningen koordinator i spesialisthelsetjenesten skal ivareta kontinuitet i forløpet for pasienten. I internasjonal forskning brukes mange og overlappende begreper omkring kontinuitet i helsetjenester, og heller ikke i Norge har vi noen omforent definisjon å forholde oss til. I lovverket omtales *en* koordinatorordning i spesialisthelsetjenesten. Førende dokumenter beskriver mange og ulike oppgaver og ansvarsområder for denne ordningen. Det er altså stort rom for å definere hva koordinatorfunksjonen kan omfatte.

For at formålet med ordningen skal oppnås, må pasienter med kompleksitet fanges opp, slik at den enkelte pasient kan få tilstrekkelig og hensiktsmessig koordinering tilpasset sitt individuelle behov. Når det gjelder behov for bistand til kontinuitet, vil ofte andre forhold enn diagnosen være viktige. Det kan være at pasienten behandles for flere sykdommer eller tilstander, at prognosen er alvorlig, funksjonssvikten omfattende, eller at pasienten må forholde seg til et stort omfang av tjenester i hverdagen. Eller det kan være andre forhold i livssituasjonen som er så krevende at det gir behov for personlig oppfølging og bistand til koordinering av forhold, som pasienten i en annen sammenheng ville kunne håndtere på egen hånd. Det må altså avklares individuelt både hvem som har behov for bistand til koordinering, hva slags type koordinering som trengs, og hva pasienten selv kan ta ansvar for.

Koordinatorordningen i spesialisthelsetjenesten er som vi har sett, bare én blant mange innsatser med formål om å bedre kontinuitet og helhet i forløpet for pasientene.

Kunnskap, kultur og rammebetingelser

Mange helseforetak har kommet langt med utvikling av prosedyrer og opplæring av koordinatorene og fagfolk for øvrig. Det er viktig at deres erfaringer blir systematisert og formidlet til dem som ikke er kommet like langt. Det er også utviklingsprosjekter i gang flere steder. Et samhandlingsprosjekt innen psykososial rehabilitering av rus- og psykiatrispasienter i Vestfold skisserer fire utfordringer for å utvikle en velfungerende koordinatorfunksjon i spesialisthelsetjenesten.

En kulturutfordring – å skape respekt for en rolle som må ha autoritet på tvers av fag og enheter. En ressursutfordring – å skape rom for medarbeidere til å utøve en slik funksjon i noen av de sakene de har ansvar for. En prioriteringsutfordring – å avgjøre hvilke saker som (for tiden) er så kompliserte at koordinator bør utpekes. En dialogutfordring – å opptre som likeverdig partner overfor eksterne samarbeidspartnere. (Bjørn, 2014, s. 29)

Disse utfordringene samsvarer med mange av erfaringene som kom fram i kartleggingen i helseforetakene, som er omtalt tidligere.

For å lykkes med innføring av ordningen, er det viktig å ha forståelse av det som skjer innenfor de sammenhengene der ordningen skal fungere. Hvordan fagfolk i spesialisthelsetjenesten fanger opp og forholder seg til pasienter som trenger bistand til kontinuitet og sammenheng i sine forløp, hvordan ulike former for koordineringsarbeid utføres i praksis i dag, og på hvilken måte nye koordineringsordninger eventuelt får sin plass i eksisterende praksis, er aktuelle temaer det trengs forskning på. Dersom den nye koordinatorordningen skal bli en integrert del av arbeidsformene i spesialisthelsetjenesten, må den bygge på og utfylle eksisterende organisering og arbeidsformer – ikke forstyrre etablert koordineringspraksis, slik sykepleier og forsker Nina Olsvold konkluderer at innføringen av ordningen pasientansvarlig lege førte til (2012). Olsvold har forsket på det praktiske koordineringsarbeidet ved sykehusavdelinger. Formålet med ordningen var at én lege skulle representere kontinuitet for pasienten og knytte sammen de ulike delene av behandlingen (ibid., s. 420). Olsvold argumenterer for betydningen av kontekstuell kunnskap om arbeids- og ansvarspraksiser i sykehushverdagen når en skal utvikle og implementere nye ordninger (ibid., s. 423). Hun beskriver pasientansvarlig lege som en koordineringsordning som fra utsiden synes både fornuftig og velbegrunnet. Men det viste seg da ordningen ble innført at den brøt med praksiser og forståelse av arbeidets art og ansvarsfordeling både innen legegruppen og sykepleiergruppen.

De tre perspektivene på kontinuitet kan kanskje lære oss noe om at vurdering av behov for individuell koordinering med kontinuitet som formål, forutsetter å ta ulike perspektiver på situasjonen. Det er grunnleggende med god logistikk og organisering på tjeneste- eller systemnivå. Standardisering av forløp vil være en

god ramme for utredning og behandling av mange tilstander, forutsatt at forløpet tilpasses når det foreligger forhold i den enkeltes situasjon som ikke blir ivaretatt innen de standardiserte løypene. Det er viktig at helsetjenesten selv tar ansvar for å forbedre prosesser slik at det kan bli bedre flyt og sammenheng for pasienten. I dag er det blitt en selvfølge de fleste steder med brukermedvirkning i slike prosesser for å sikre at også pasientperspektivet blir ivaretatt. Men for mange pasienter med langvarige behov for koordinerte tjenester på tvers av enheter og institusjoner, vil ikke god logistikk og organisering på tjenestenivå være tilstrekkelig. Da kan fagfolks oppmerksomhet omkring pasientens perspektiv på sammenheng i helsetjenestene, og rutiner for god informasjonsutveksling, samhandling, behandlings- eller rehabiliteringsplanlegging og tilrettelegging for system- og personkontinuitet, gi god kontinuitet for en del pasienter. Men for de som har store og sammensatte individuelle behov som ikke løses av forannevnte tiltak, må det skreddersøm til. Da blir prosessen viktig, og de beste resultatene blir kanskje når en klarer å innføre prosesser der kontinuitet skapes i et dynamisk samarbeid mellom pasient og de involverte fagfolkene. Her kan aktuelle arbeidsformer og verktøy for å strukturere arbeidet hentes fra rehabiliteringsfeltet.

Konklusjon

Det er en viktig styrking av brukernes rettigheter når det lovfestes at spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge for at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, og ved kompleksitet skal få oppnevnt en personlig koordinator. Forskning omkring kontinuitet i helsetjenester gir ett mulig rammeverk og begrepsapparat for å diskutere kontinuitet og koordinering. Gjennom å knytte ulike koordineringsinnsatser og koordinatorroller til de ulike perspektivene på kontinuitet fra forskningslitteraturen, har jeg forsøkt å vise og drøfte ulike aspekter ved koordinatorfunksjonen som jeg mener kan være aktuelle.

Myndighetene signaliserer store ambisjoner for koordinatorordningen. Kompleksitet i tjenester defineres som det å ha behov for tjenester fra flere enheter og profesjoner (Helsedirektoratet, 2013b, s. 25). Dette gjør at mange pasienter kan falle inn under koordinatorordningen, og dermed er det mange som kan komme til å be om koordinator etterhvert som ordningen blir mer kjent.

Jeg tror det ville være hensiktsmessig å foreta en differensiering basert på omfang, innhold og type koordinatorrolle slik at det blir enklere å diskutere, avklare og beskrive hvilken funksjon koordinatoren skal ha i ulike sammenhenger. Det vil alltid være snakk om kombinasjoner av organisatoriske løsninger og ulike grader av skreddersøm.

Myndighetene har ikke stilt konkrete krav til sykehusene om stillinger eller organisering for denne koordinatorordningen slik som det er gjort i forbindelse med forløpskoordinatoren for kreft. I kartleggingen ved helseforetakene svarte flere koordinerende enheter at de ikke opplever å ha tilstrekkelig myndighet for å kunne ivareta sitt ansvar for utforming og innføring av ordningen i en kompleks spesialisthelsetjeneste som også er preget av en rekke andre styringssignaler, utviklings- og omstillingsprosesser.

Det er behov for ulike typer kunnskap og kompetanse når det skal utvikles og innføres en ny koordineringsordning for at pasienter, som mottar tjenester innen ulike fagområder og organisatoriske enheter, skal oppleve kontinuitet og helhet i sine individuelle forløp. I tillegg til kunnskap om hvordan kontinuitet i et pasientperspektiv kan forstås og skapes, må arbeidsformene sikre systematikk når det gjelder å fange opp behov og velge aktuelle koordineringstiltak. Det å utføre ulike koordineringsfunksjoner kan kreve kunnskap og ferdigheter som ligger utenfor det fagfolk har i kraft av sin utdanning eller sin rolle som fagperson. Ikke minst trengs det at verktøy for samhandling, behandlingsplanlegging, oversikt og informasjonsdeling mellom fagfolk og med pasienten, videreutvikles og tas i bruk innenfor de mulighetene som nytt lovverk gir.

Videre utvikling av koordinatorordningen bør skje i et samarbeid mellom fagfolk, pasienter og pårørende, myndigheter og forskere. Det er naturlig å se dette i sammenheng med det pågående arbeidet med den nasjonale helse- og sykehusplanen. Helseministeren sier at planen skal bygge på hvordan helsetjenesten bør se ut fra pasientenes perspektiv. Her bør utfordringer knyttet til kontinuitet, koordinering og sammenheng i pasientforløp ha en sentral plass, med vekt på de særlige utfordringene spesialisthelsetjenesten har når det gjelder kontinuitet for pasientene.

Takk

Jeg vil takke veilederne mine Deede Gammon og Gro Berntsen, samt bokredaksjonen ved ergoterapeututdanningen på UiT for at de har tatt seg tid til gjennomlesing, og har kommet med gode innspill underveis i arbeidet med dette kapitlet. Takk også til Ellen K. Christiansen for hjelp til å forstå ny lovgiving omkring deling av informasjon.

Noter

¹ Retten til IP er regulert i pasient- og brukerrettighetslovens § 2–5, mens plikten for helse- og omsorgstjenesten for å utarbeide IP er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven.

² Høringsnotatet om oppnevning av kontaktperson skal behandles i en felles lovproposisjon for Stortinget sammen med forslag om kontaktlege i spesialisthelsetjenesten som kom i oktober 2014 («Høringsnotat – kontaktlege i spesialisthelsetjenesten – søksmålsfrister»).

³ Pårørendes og fagfolks perspektiv er utelatt fra deltakerperspektivet i dette kapitlet av hensyn til omfanget. Derfor brukes betegnelsen pasientperspektivet videre.

⁴ Helsetjenesteperspektivet på «continuity of care» ligger tett opp mot begrepene «coordinated care», «integrated care», «collaborative care». Forskningslitteratur innen disse områdene ville kunne utdypet dette perspektivet. Det faller imidlertid utenfor dette kapitlets rammer.

⁵ Management continuity er oversatt til organisatorisk kontinuitet.

⁶ Artikkelen fra Haggerty et al. 2003 kommer opp som den klart mest siterte artikkelen i søkerresultatene for «Continuity of care» på Web of Science med 426 siteringer (29.1.2015). På googlesøk refereres 943 siteringer.

⁷ «Co-constructed through patient, family and professional interactions and partnerships» (Parker et al., 2011, s. 576).

Referanser

- Alve, G. Madsen, V.H., Slettebø, Å., Hellem, E., Bruusgaard, K.A. og B. Langhammer 2013, «Individual plan in rehabilitation processes: a tool for flexible collaboration?», *Scandinavian Journal of Disability Research*, 15, s. 156–169.
<https://doi.org/10.1080/15017419.2012.676568>
- Arksey, H. og L. O'Malley 2005, «Scoping studies: towards a methodological framework», *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 8, s. 19–32.
<https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Befring, A.K. 2002, «Pasientansvarlig lege i sykehus», *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122, 1.
- Bjørn, V. 2014, «Psykososial rehabilitering av RoP-pasienter: Hva er vi driver med?», Sykehuset i Vestfold. SPoR – Samhandling Psykiatri og Rus.
- Breimo, J.I.P. 2012, «Bundet av bistand» en institusjonell etnografi om organisering av rehabiliteringsprosesser, Universitetet i Nordland, Bodø.
- Collins English Dictionary 2012, «Scoping study», HarperCollins Publishers, London. [Online], tilgjengelig fra <http://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/scoping-study> [Hentet 17.11.2014].
- Freeman, G. 2012, «Progress with relationship continuity 2012, a British perspective», *Int J Integr Care*, 12, e128.
<https://doi.org/10.5334/ijic.975>
- Freeman, G., Shepperd, S., Robinson, I., Ehrich, K. og S. Richards 2001, «Continuity of Care. Report of a Scoping Exercise», National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation (NCCSDO), London.
- Freeman, G., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B., Car, J., Haggerty, J. og C. Tarrant 2007, «Continuity of care 2006: What have we learned since 2000 and what are policy imperatives now?» National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation (NCCSDO), London.
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E. og R. McKendry 2003, «Continuity of care: a multi-disciplinary review», *BMJ*, 327, s. 1219–1221.
<https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

- Haggerty, J.L., Roberge, D., Freeman, G.K. og C. Beaulieu 2013, «Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: A qualitative metasummary», *Annals of family medicine*, 11, s. 262–271.
<https://doi.org/10.1370/afm.1499>
- Heaton, J., Corden, A. og G. Parker 2012, «Continuity of care»: A critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme, *International Journal of Integrated Care*, 12, s. 1–9.
<https://doi.org/10.5334/ijic.794>
- Helsedirektoratet. 2013a, *Individuell plan og koordinator*. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx> [Hentet 17.11.2014].
- Helsedirektoratet 2013b, Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer [Online], tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer> [Hentet 03.03.15].
- Helsedirektoratet 2014a, *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014–2015*, Oslo.
- Helsedirektoratet 2014b, *Veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*, Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet 1998–1999, Startingsmelding nr. 21. *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*, Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2005, NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*, Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2013, *Høringsnotat: Endringer i spesialisthelsetjenesteloven mm. Oppnevning av kontaktperson*, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2014, *Høringsnotat – kontaktlege i spesialisthelsetjenesten – søksmålfrister*, Helse- og Omsorgsdepartementet, Oslo
- Helsepersonelloven 2001, Lov om helsepersonell, mv LOV-2015-02-06-8, tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> [Hentet 03.03.2015].
- Helse Sør-Øst 2011, *Behandlingslinjer* [Online], tilgjengelig fra: http://www.helse-sorost.no/fagfolk/_temasider_/pasientsikkerhet_/Sider/behandlingslinjer.aspx [Hentet 14.10.2014].
- Holland, D.E. og M.R. Harris 2007, «Discharge planning, transitional care, coordination of care, and continuity of care: Clarifying concepts and terms from the hospital perspective», *Home Health Care Serv Q*, 26, s. 3–19.
https://doi.org/10.1300/J027v26n04_02
- Krogstad, U., Hofoss, D. og P. Hjortdahl 2002, «Continuity of hospital care: Beyond the question of personal contact», *British Medical Journal*, 324, s. 36–38.
<https://doi.org/10.1136/bmj.324.7328.36>
- Nylenna, M. 2013, «Standardisert pasientbehandling i et brukerorientert helsevesen» [Online], tilgjengelig fra: <http://www.dagensmedisin.no/blogg/magne-nylenna/standardisert-pasientbehandling-i-et-brukerorientert-helsevesen/> [Hentet 04.10.2014].
- Olsvold, N. 2012, «Sykehusarbeidets organisering og profesjonenes arbeids- og ansvarspraksiser». i: Tjøra, A. H. (red.) 2012, *Helsesosiologi: analyser av helse, sykdom og behandling*, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Parker, G., Corden, A. og J. Heaton 2011, «Experiences of and influences on continuity of care for service users and carers: Synthesis of evidence from a research programme», *Health & Social Care in the Community*, 19, s. 576–601.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01001.x>
- Pasientjournalloven 2014, Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp LOV-2014-06-20-42, tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42> [Hentet 03.03.2015]
- Reid, R.J., Haggerty, J.L. og R. McKendry 2002, *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare*, Canadian Health Services Research Foundation Ottawa.
- Saultz, J.W. 2003, «Defining and measuring interpersonal continuity of care», *Annals of family medicine*, 1, s. 134–43.
<https://doi.org/10.1370/afm.23>
- Spesialisthelsetjenesteloven 2011, Lov om spesialisthelsetjenester mm, LOV-2013-06-21-79 fra 01.03.2015, LOV-2014-06-20-40 fra 01.01.2015, tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> [Hentet 03.03.2014].
- Uijen, A.A., Schers, H.J., Schellevis, F.G. og W. van den Bosch 2012, «How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts», *Family Practice*, 29, s. 264–271.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cm104>
- Waibel, S., Henao, D., Aller, M.B., Vargas, I. og M.L. Vázquez 2012, «What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies», *International Journal of Quality in Health Care*, 24, s. 39–48.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr068>
- Wierdsma, A., Mulder, C., de Vries, S. og S. Syttema 2009, «Reconstructing continuity of care in mental health services: A multilevel conceptual framework», *Journal of Health Services Research & Policy*, 14, s. 52–57.
<https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.008039>

«På jobb er jeg helt normal»

Arbeid, bedring og psykisk lidelse

Personer med alvorlig psykisk lidelse ønsker og kan arbeide, men er dette tilstrekkelig forstått og fokusert på?

Introduksjon

Forskning viser at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ønsker å arbeide (Liu et al., 2007). Så mange som 53–70 prosent av personer med schizofreni ønsker ordinært arbeid (Mueser, Salyers og Mueser, 2001). Til tross for dette viser både internasjonal og norsk forskning at mellom 80–90 prosent i denne gruppen er utenfor arbeidslivet (Ose et al., 2008; Rinaldi og Perkins, 2007). Psykiske lidelser er ifølge Nasjonalt folkehelseinstitutt den nest hyppigste diagnosen ved tildeling av uførepensjon etter muskel- og skjelettlidelser. Et annet aspekt som er verdt å merke seg, er at uførepensjonering på grunn av psykiske lidelser skjer ved yngre alder enn andre diagnoser. Uførepensjonering for psykiske lidelser medfører dermed flere tapte arbeidsår enn noen annen diagnosegruppe (Mykletun og Knudsen, 2009).

Det hersker fortsatt noen myter om at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ikke kan eller bør arbeide, dette med bakgrunn i en tenkning som preges av at arbeid kan fremprovosere stress og sykdomssymptomer (Krupa, 2004). Dette er ikke nødvendigvis riktig. Arbeid har i seg selv en positiv effekt på helse og livskvalitet, og det ikke å ha en jobb eller annen meningsfull sysselsetting oppleves som negativt (Davis og Rinaldi, 2004; OECD, 2012; Rinaldi et al., 2008; Schafft, 2008). Professoren og ergoterapeuten Marit Borg har forsket på arbeid i relasjon til psykisk helse. Hun mener at deltakelse i arbeid gir anerkjennelse, og at arbeidsrollen former vår identitet. Som ansatt har vi en definert rolle i samfunnet, med visse rettigheter og muligheter (Borg, 2006).

Arbeid er en kilde til inntekt, forebygger isolasjon og gir en følelse av tilhørighet (Blank, Harries og Reynolds, 2011; Davis og Rinaldi, 2004). Dette er godt dokumentert i forskningen, og gjelder også for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Blant annet viser en studie fra 2009 gjennomført i seks europeiske land at alle former for arbeid er assosiert med bedring i forhold til negative symptomer, og angst og depresjon. Studien fant ingen negativ effekt på symptomer av å være i arbeid. De 312 deltakerne i studien hadde schizofreni eller bipolar lidelse (Burns et al., 2009). Det er også dokumentert at mangel på arbeid fører til apati, inaktivitet, sosial isolasjon og tap av selvfølelse (Warr sitert i Davis og Rinaldi, 2004).

Det er mange forklaringer på den lave sysselsettingsraten hos mennesker med psykiske lidelser. Flere forklarer dette med lite støtte fra hjelpeapparatet, arbeidsgivers fordommer og usikkerhet, samt liten tro på egen mestring (Schafft, 2008). Rinaldi et al. (2010) mener at mennesker med psykiske lidelser ofte påvirkes negativt av at helsepersonell har for lave forventninger til deres arbeidsevne. Mennesker med psykiske lidelser har selv pekt på dette, samt frykten for å bli diskriminert i ansettelsesprosesser og stigmatisering på arbeidsplassen. Denne frykten er berettiget, ut fra undersøkelser som viser at arbeidsgivere ikke føler seg forpliktet til å ansette personer i denne gruppen (Haavorsen og Hernes, 2010, s. 112). Arbeidslivsforskeren Angelica Schafft tar til orde for at vi må forstå arbeidsgivers grunner og legge vekt på deres argumenter for ikke å ansette personer med psykiske helseproblemer, for å få kunnskap om hva som må gjøres for å få flere i denne gruppen inn i arbeidslivet (Schafft, 2007). Dette er et viktig innspill i arbeidet for å få flere arbeidsgivere til å ansette personer med psykiske lidelser.

Arbeidsinkludering er satt på den politiske dagsorden internasjonalt. Verdens helseorganisasjon (WHO) har anbefalt arbeid som et av virkemidlene for å integrere mennesker med psykiske lidelser i samfunnet (Harnois og Gabriel, 2000), og Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) utfordrer helsesektoren til å påta seg et nytt og større ansvar for arbeidsrehabilitering for denne gruppen (OECD, 2012). I Norge er det også et økende fokus på inkludering i arbeidslivet for mennesker med psykiske lidelser (Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2007; Norvoll, 2011). I boken *Manifest for psykisk helsevern* kritiserer Trond F. Aarre den tradisjonelle tilnærming i psykiatrien for ikke å svare på behovene i befolkningen, og spør blant annet om sysselsettingspolitikk kan gi like gode resultater som tradisjonelle behandlingsmetoder (Aarre, 2010).

Inkludering og integrering kan skje på flere måter. Tidligere har det vært en tradisjon for å integrere personer med ulike funksjonsnedsettelse i skjermet arbeidsvirksomhet. Tiltak i skjermet virksomhet er blant annet basert på at klienten skal trene på å bli arbeidsdyktig på en tilrettelagt arbeidsplass, for deretter å

prøve seg ut i ordinær virksomhet. Flere har ment at skjermingstankegangen overfor personer med psykiske lidelser er moden for revisjon, og det ser ut til at de er blitt hørt. De siste årene har trenden snudd i retning av at klienten får mulighet til å starte direkte i ordinær jobb med oppfølging av jobbkonsulent. Bakgrunnen for denne satsingen har sitt utspring i internasjonal forskning, som viser at arbeidsdeltakelse i ordinær virksomhet har bedre effekt enn deltakelse i skjermet virksomhet. Denne forskningen er rettet mot personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser, og viser blant annet at bedring for de aller fleste i denne gruppen skjer på vanlige sosiale arenaer. Deltakere som arbeider i ordinær virksomhet, har færre reinnleggelser, jobber flere timer per måned, tjener mer, beholder jobben lenger og har mindre frafall fra arbeid enn deltakere i andre typer atferingstiltak (Burns et al., 2009; Crowter et al., 2010). Et annet viktig element er at arbeidsdeltakelse i ordinær virksomhet gir personen større mulighet for å velge fagområder han eller hun har interesse for og finner meningsfulle. Likevel er det fortsatt mange personer med psykiske lidelser som har behov for tilbud på en skjermet arbeidsplass. Evalueringer viser også at deltakere generelt er godt fornøyd og trives med slike tilbud (Spjelkavik, 2011).

De siste årene har staten lyst ut tilskudd til prosjekter med målsetning om å integrere personer med rus- og psykiske lidelser i ordinært arbeid. En av modellene som det gis støtte til, kalles Individbasert jobbstøtte, Individual Placement and Support (IPS) i internasjonal sammenheng. Dette er en evidensbasert metodikk som er integrert i psykisk helsevern og rettet mot det ordinære arbeidslivet. Metodikken er godt utprøvd i USA, senere i Europa, og viser gode resultater. Et av suksesskriteriene er at man integrerer jobbveiledere i psykisk helsevern, slik at løsninger rettet mot jobb kan starte på et tidlig tidspunkt.

Dette kapitlet bygger på en masteroppgave der temaet var arbeidets betydning i bedringsprosesser for personer med moderat til alvorlig psykisk lidelse. Personene var i en bedringsprosess, og rekruttert fra en individbasert jobbstøtteordning som beskrives seinere i kapitlet. Hensikten er å løfte frem og drøfte disse personenes opplevelser og erfaringer med å arbeide og hvilken betydning tilknytning til arbeidsfellesskapet hadde i en bedringsprosess. Dette er viktig å bringe frem, da det er få studier som har fått frem de subjektive erfaringene med å arbeide hos denne gruppen.

Disse erfaringene vil bli drøftet i lys av aktuell teori om bedring, aktivitet og samhandling for å forstå hvordan arbeid kan påvirke informantenes bedringsprosess. Teori om aktivitet er relevant for å se hvordan arbeid kan være et bidrag i en forandrings- og utviklingsprosess. Oppmerksomheten er rettet mot personens muligheter for å leve meningsfullt i samhandling med andre til tross for sykdom, og det er derfor naturlig å starte med en kort redegjørelse for bedringsperspektivet.

Et bedringsperspektiv

I stedet for å beskrive psykiske lidelser langs dikotomien syk/ frisk, vektlegger bedringsperspektivet at mennesker kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv selv om de har en psykisk lidelse. Innholdet i begrepet bedring kommer fra to hovedkilder: brukere med psykiske lidelser og bedring, og faglitteratur og forskning (Jacobson og Curtis, 2000). Det er ikke en entydig forståelse av begrepet bedring, eller «recovery» som blir brukt i engelskspråklig litteratur (Davidson, 2003, s. 43). Bedring oppfattes noen ganger som en prosess, og andre ganger som et resultat eller utfallsmål. Videre varierer det hvorvidt det fokuseres på den individuelle prosessen, eller dynamikken mellom individ og omgivelser (Borg, 2009a).

Bedring dreier seg ifølge Anthony (1993) om å leve livet sitt på tross av sine problemer, og handler om mer enn å bli frisk fra lidelsen i seg selv. Dette kan ifølge Borg (2007) være en krevende menneskelig utviklingsprosess, der individet ofte må bruke all sin energi for å komme fremover. Bedring refererer heller ikke til noen spesifikk behandling, intervensjon eller støtte, men til alt som personen selv gjør for å håndtere ulike psykologiske og sosiale vansker, og for å leve et meningsfullt liv. Å skape en identitet utenfor problemene sine står også sentralt (Davidson sitert i Borg, 2009a). Borg og Kristiansen (2008) mener at bedring er å ta tilbake kontrollen, og å leve livet på sin egen måte. Davidson (2003) er opptatt av omgivelser når han beskriver bedringsprosesser. Han beskriver at bedring handler om å bli akseptert av andre, der tilhørighet handler om å bli behandlet og oppfattet som mer enn en person med en psykisk sykdom. Hverdagslivets møteplasser, som for eksempel arbeid, kan være en viktig arena i en bedringsprosess (Schafft, 2008).

Forskning viser at mennesker opplever bedring, også etter alvorlige psykiske lidelser. Mellom halvparten og to tredjedeler av pasientene som har fått diagnosen schizofreni, opplever bedring (Borg, 2007, s. 13–28). Det er også verdt å merke seg at mange opplever resultatstudier som lite dekkende for erfaringene sine og heller vil bruke *bedringsprosess som begrep* (Borg, 2006, s. 57).

Et samhandlingsteoretisk utgangspunkt

Forholdet mellom personen og omgivelsene er avgjørende for funksjon i dagliglivet, og i denne studien er det blant annet valgt et sosialkonstruktivistisk og interaksjonsteoretisk perspektiv¹ som utgangspunkt for analysen. Berger og Luckmann (1983) tar i boka *Den samfunnskåpte virkelighet* opp hvordan samfunnet i hverdagslivet

framstår som selvfølgelig og objektivt, og viser hvordan denne virkeligheten har sin opprinnelse i menneskets egen skapende aktivitet i samhandling med andre. Handlinger som gjentas over tid i sosiale fellesskap typifiseres og skaper permanente holdninger og handlemåter som blir objektivisert og nedfeller seg i handlingsforskrifter som tas for gitt i hverdagslivet og danner grunnlaget for bestemte sosiale praksiser. I vår sammenheng er for eksempel ideen om trening før jobbutplassering objektivisert og institusjonalisert i skjærmede virksomheter.

En grunnleggende tanke hos Berger og Luckmann er at det er mennesker som står for slik institusjonalisering, som «... finner sted, hver gang forskjellige slags aktører gensidigt typificerer vanemessige handlinger» (1983, s. 72). Denne typifiseringen definerer hvordan aktørene skal handle, og ved institusjonaliseringen kontrolleres den menneskelige atferd gjennom foreskrevne handlingsmønstre som tas for gitt når de først er etablert. Ved sosialisering av nye medlemmer framstår den institusjonaliserte vanemessige handlingen «... som om de besitter deres egen virkelighet, en virkelighet, der står overfor individet som en ydre og uomgangelig kendsgerning (...) Den insitutionelle verdens objektivitet «stivner» og «hærdes» ...» (1983, s. 77), og dette gjelder både for de nye aktørene og for dem som opprinnelig sto for typifiseringen ut fra behovet for å løse en praktisk utfordring. De stivnede handlingsreglene deponeres i et felles vitenslager som danner ramme for aktørens situasjonsforståelse og handlinger. Mennesket er i utgangspunktet kreativt og har et potensiale til å overskride eller endre vanemessige praksiser, men disse kan være så sterkt internalisert at muligheten for endring eller overskridelse tapes av syne.

En samhandlingsteoretisk tilnærming til studiet av sosial praksis gir f.eks. Erving Goffman (2008) i boka *Interaction ritual*. For Goffman er ritualer og rituelle koder «en vesentlig del av det kollektive symbolske universet som gir grunnlaget for felles situasjonsdefinisjoner og koordinering av samhandling» (Gunteriusen, 1999, s. 153–154). Disse kodene er operative innenfor all menneskelig samhandling, og danner regler for hvordan vi omgås hverandre. Selvet eller personligheten er dermed «dypt forankret i et symbolsk-rituelt fellesskap» (ibid., s. 157). Dette fellesskapet eller vitenslageret setter rammer for selvfortolkning og fortolkning av ens eget forhold til andre, og en oppgave for samfunnsforskningen er å få frem hvordan disse ritualene kommer til uttrykk i samhandling, hvordan de håndteres og eventuelt overskrides. For informantene i denne studien kom det frem hvordan erfaringene med arbeidsfellesskapet og samhandling med kollegaer åpnet for ny selvforståelse og nye handlingsmuligheter. Det framkom også hvordan deres oppfatning av samfunnsmessige typifiseringer av psykiske lidelser skapte utfordringer de måtte håndtere for å endre egne handlingsmønstre.

Teori om menneskelig aktivitet

Aktivitet kan forstås som et gjøremål for å utføre bestemte oppgaver, vi gjør noe og handler i en bestemt situasjon (Bendixen, Madsen og Tjørnov, 2003, s. 135). Menneskets forandring og utvikling er påvirket av det vi gjør, og et nøkkelement til forandring er en eller annen endring i aktiviteter eller i konteksten for gjøremål som fører til igangsetting av nye tanker, følelser og atferdsmønstre. Hvilken sosio-kulturell sammenheng aktiviteten er plassert i, har betydning for hvilken mening den har for aktøren. Ulike aktiviteter kan bidra til at den enkelte prøver ut nye muligheter, som igjen kan bidra til å endre, tilpasse eller opprettholde en balanse i hverdagslivets aktiviteter (Yerxa et al., 1990). Deltakelse i aktivitet gir mulighet til å få kjennskap til om man mestrer aktiviteten eller ikke (Kielhofner, 2010a, s. 142), og har betydning for motivasjonen for å delta i andre aktiviteter (Kielhofner, 2010d, s. 47–49). Mening er en viktig faktor når man skal forstå forholdet mellom aktivitetsengasjement, helse og trivsel. Hasselkus (2002) beskriver at aktivitet skaper mening i våre liv, og at hva vi gjør, og den meningen vi ser i det vi gjør, påvirker hvordan vi ser på livet vårt.

Wilcock (2006) betegner deprivering eller frarøving av aktivitetserfaring (occupational deprivation) som langvarig utelukkelse fra meningsfulle aktiviteter. Dette skyldes faktorer som er utenfor individets kontroll, og kan føre til ubalanse i aktivitet (occupational imbalance). Aktivitetsubalanse kan forekomme når en person er for aktiv eller for lite aktiv, og dersom kravene i en aktivitet er høyere enn individets forutsetninger. Som et resultat av dette kan man få dårligere helse og oppleve stress. Motsatsen til aktivitetsubalanse er aktivitetsbalanse (occupational balance) som kan forekomme når man er i harmoni, opplever sammenheng og har kontroll. Aktivitetsbalanse er en aktiv og individuell tilstand, der det er en balanse mellom dagliglivets aktiviteter og krav. Når en person opplever balanse, oppsøker personen oftere nye muligheter og utfordringer (Backman, 2010, s. 231–244).

Metode

Studien bygger på omfattende individuelle intervju fra 2012 med fire unge voksne med psykisk lidelse. Kvalitative intervjudata gir en annen type informasjon enn tallmateriale, og vil kunne utgjøre et supplement til den kvantitative forskningen gjennom å bidra med et utvidet kunnskapsgrunnlag om personlige erfaringer med arbeidsrehabilitering.-

Utvalg og gjennomføring av intervju

Informantene ble rekruttert via arbeidsrehabiliteringsprosjektet JobbResept ved Stavanger sykehus, der de følger opp arbeidsgivere og deltakere i forbindelse med arbeidsplassing. Aktuelle informanter ble informert og forespurt om deltakelse

av ansatte i JobbResept. Informantene hadde moderat til alvorlig psykisk lidelse, var mellom 18–35 år, de skulle ha vært i arbeid i minst tolv måneder ved intervju-tidspunktet og de skulle ha opplevd bedring i egen situasjon. Av ti forespurte ønsket en mann og tre kvinner å delta. Antallet informanter ble begrenset til fire, ut fra tiden som var til rådighet for å skrive en masteroppgave.

Informantene ble intervjuet om hvilken betydning arbeid hadde for dem, livet før og etter at de begynte å arbeide, arbeid og mestring, hvordan de hadde blitt møtt på sitt arbeidssted og deres møte med ulike instanser.

Medforskning

For å gi studien større bredde og innsikt deltok to medforskere. Inklusjonskriteriet var at de skulle ha egenerfaring fra bedringsprosesser ved psykiske lidelser, samt erfaringar med både å være arbeidsledig og å ha en jobb. Deres erfaring ble sett på som viktig med hensyn til utforming av spørsmål, validering av tolkninger og utvidet forståelse av studiens tema. Begge ble rekruttert via en frivillig organisasjon i Tromsø.

Medforskning innebærer at mennesker med egenerfaring deltar i forskningen ut fra slagordet *forskning med folket, heller enn forskning om folket* (Askheim og Starrin, 2008). Mennesker med egenerfaring fra psykiske lidelser ønsker også å delta i generering av kunnskap, og mange opplever tradisjonell forskning som umyndiggjørende og fremmedgjørende (Askheim og Borg, 2010). Medforskning kan øke sjansen for praksisendring, sikre bredere formidling, avsløre maktforhold, undertrykkelse og skjevheter i kunnskapsdannelsen, samt bidra til mer relevant og nyttig forskning (Faulkner og Thomas, 2002; Turner og Beresford, 2005).

Det er ulike nivåer av brukerinvolvering i forskning (Glover, 2009, s. 51). Denne studien har vekslet mellom rådgivende og samarbeidende, der medforskerne gjennom tolv møter har deltatt i planlegging av intervju, utarbeidelse av intervjuguide og analyse av datamaterialet, samt diskutert aktuell teori.

Analyse

Lundman og Graneheims (2008) opplegg for kvalitativ innholdsanalyse ble anvendt for å analysere datamaterialet. Intervjuene ble gjennomgått for å identifisere meningsenheter, samt kvalitetssikre at ikke viktige temaer ble oversett. Seks hovedtemaer med flere undertemaer ble identifisert.

Medforskerne bidro i analyseprosessen etter at datamaterialet var transkribert og anonymisert. Det ble blant annet diskutert om informantutsagnene var gjenkjennbare for medforskerne, eventuell underliggende betydning i informantenes utsagn og fortellinger, og alternative måter å forstå utsagnene på. Andre diskusjonstemaer omfattet arbeidsrehabilitering, rettferdighet, hva bedring innebærer, og fordommer omkring psykiske lidelser.

Forskningsetiske vurderinger

Studien ble godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forsknings-etikk (REK) og av forskningsavdelingen på Stavanger sykehus. Informantene fikk på forhånd skriftlig og muntlig informasjon om studien, om at deltakelse var frivillig, og at de kunne trekke seg når som helst uten å oppgi noen grunn. Konfidensialitet og anonymitet ble garantert. Alle underskrev samtykkeerklæring.

Etiske spørsmål tilknyttet medforskernes deltakelse omhandlet avklaring av mål for prosjektet, nødvendig opplæring og oppfølging, samt fortløpende informasjon om prosjektet (Turner og Beresford sitert i Borg, 2009b, s. 38). Håndtering av eventuelle følelsesmessige reaksjoner ble sikret gjennom tilbud om å kontakte en av forfatterne (MS) ved behov.

Presentasjon og diskusjon av sentrale funn

Presentasjon og diskusjon av funn om arbeidets betydning er kategorisert i seks hovedtemaer: rutiner og forutsigbarhet, meningsfullt arbeid gir økt motivasjon, sosial tilhørighet og selvoppfatning, mindre sykdomsfokus, stigma som barriere, og betydning av veiledning og støtte i arbeid. Empirien vil bli presentert fortløpende, og diskutert ut fra teori om aktivitet og interaksjon, samt relevant forskning. Informantenes erfaringer vil få størst plass fordi formålet med undersøkelsen er å løfte frem deres opplevelser og erfaringer. Avslutningsvis vil vi også løfte frem noen sentrale poenger knyttet til medforskning.

Rutiner og forutsigbarhet

Informantene beskrev at da de var uten jobb, hadde de en mer eller mindre ustrukturert hverdag. Dette førte for eksempel til at søvnmønsteret og rutiner rundt måltider var dårlig. Arbeidsdeltakelse skapte imidlertid rutiner som bidro til at hverdagen ble mer oversiktlig og forutsigbar. Dette var en viktig faktor i informantenes bedringsprosess. En av informantene beskrev det slik:

Jeg står opp, jeg har noe å gå til om morgenen. Det hadde jeg ikke før og det liker jeg veldig godt (...) Jobbe på en måte, bli trøtt og sovne på kveldene, ikke sitte våken hele natten (...) Det er kontraster nå i forhold til før.

Det var mange utsagn som dette, og det som gikk igjen, var at arbeid endret informantenes aktivitetsmønster. Informantene fikk en grunn til å legge seg om kveldene og stå opp om morgenen. Uforutsigbarheten og kaoset som informantene opplevde da de var arbeidsledig ble redusert ved å arbeide. Arbeid fungerte som et holdepunkt som de andre hverdagsaktivitetene sentrerte rundt. Dette fremmet informantenes aktivitetsbalanse, noe som øker muligheten for å oppleve sammen-

heng og kontroll i hverdagen (Backman, 2010, s. 231–244). Dette samsvarer også med forskning som blant annet viser at arbeid skaper stabilitet og balanse i livet, og er en viktig faktor i en bedringsprosess (Blank, Harries og Reynolds, 2011; Borg og Kristiansen, 2008; Dunn, Wewiorski og Rogers, 2008). Forskningsfunn viser også at rutinene og stabiliteten som arbeid skaper, er særlig viktig i starten av en bedringsprosess (Dunn, Wewiorski og Rogers, 2008).

Meningsfullt arbeid gir økt motivasjon

Ifølge Kielhofner (2010a) vil man ved å delta i aktivitet få kjennskap til sin egen kapasitet, preferanser og verdier. Informantene startet med å arbeide i redusert stilling. De erfarte etter hvert at de mestret jobben og hadde kapasitet til å arbeide mer. Informantenes behov for å oppnå aktivitetsbalanse endret seg dermed mens de arbeidet. De oppjusterte derfor stillingsprosenten gradvis etter hvor mye de hadde behov for, og klarte å jobbe. Ved å jobbe fikk altså informantene, som Kielhofner peker på, kjennskap til hva de hadde kapasitet til, samtidig som de ble motivert til å øke stillingsprosenten sin. For informantene var lønn og å være uavhengig av NAV en viktig motivasjon for å arbeide.

Målet er å begynne i 100 prosent jobb og få full lønn (...) Jeg tjener mine egne penger. Jeg er ikke avhengig av å sende brev til NAV, eller ringe NAV. Det er et litt tungvint system. Da vet jeg hva jeg tjener hver måned. Du tjener egne penger og du klarer deg på det.

Informantene pekte blant annet på viktigheten av å bli økonomisk uavhengig. Dette er kanskje ikke så overraskende med tanke på at bedre lønn gir større økonomisk handlefrihet. Topor (2007) mener at det i psykiatriske behandlingsopplegg mangler fokus på at penger har betydning for mennesker med psykiske problemer. En studie (Davidson et al., 2005) om bedringsprosesser fant at tilstrekkelige økonomiske ressurser bidro positivt i en bedringsprosess. Informantene var også opptatt av å komme seg bort fra NAV, både fordi det var tungvint for dem rent praktisk, men også fordi de følte det som stigmatiserende å måtte si til folk at de fikk penger fra NAV.

Gjennom deltakelse i arbeidsrehabiliteringsprosjektet JobbResept fikk informantene velge fagområder de hadde interesse for og fant meningsfulle. JobbResept formidler som nevnt jobber til ordinært arbeidsliv. Informantene vektla betydningen av at deres egne ønsker var styrende for valg av arbeid da de startet å jobbe.

Også fikk jeg vite at du kan velge det du har lyst til, noe som du tror du kommer til å like og mestre. Så det var kjempeflott. Det var et springbrett ut i arbeidslivet (...) Så tar de kontakt med deg og spør om jeg har noen tanker, om jeg kan fylle ut sånne skjema, om du vil jobbe med mennesker, eller ja, alt mulig. Slik at vi i samarbeid kan finne ut hva som er det rette for deg.

Mennesker er aktivitetsorienterte og har ekstra interesse og motivasjon for å delta i aktiviteter som gir personlig mening (Polatajko et al., 2008, s. 109–111). En kan tenke seg at dersom arbeidet gir personlig mening, vil dette i større grad kunne lede til at en identifiserer seg med jobben, og motivasjonen og interessen for å delta vil sannsynligvis øke. Ut fra dette kan man anta at siden informantene egne interesser var styrende for valg av arbeid, har det bidratt til at de fikk større engasjement og motivasjon for å arbeide. Hammel (2004) og Eklund (2010) viser også til at mening er en viktig faktor for at en aktivitet skal være terapeutisk. Trolig har det at informantene opplevde mening med arbeidet, vært en viktig faktor i deres bedringsprosess. Hva en gjør og meningen man tillegger aktiviteten, er viktig for hvordan en ser på eget liv. Dette har betydning i forhold til sunnhet og trivsel (Hasselkus, 2002, s. 2–3). At mening har betydning for engasjement i aktivitet kom tydelig frem da en av informantene fortalte om et datakurs hun ble tilbudt gjennom NAV:

De prøvde å sette meg på datakurs. Jeg og data og teknologi: nei! Så jeg følte ikke at det var motivasjon for meg selv for å komme meg ut å ta det steget for å få meg en jobb. Så da var ikke kurs plassen for meg tenkte jeg.

Utsagnet viser at når aktiviteten ikke er meningsfull, blir motivasjonen for å delta lav. Informanten hadde ikke personlig interesse for data, og det var ikke en aktivitet hun ville identifisere seg med. Et annet moment er at datakurs heller ikke ville avspeilet hennes reelle arbeidsevne. Hun ville ikke fått svar på om hun mestret jobb, og dersom hun opplevde lite mestring på datakurset, kunne dette i verste fall tatt fra henne troen på seg selv som arbeidstaker.

Informantene erfarte også at arbeid motiverte dem til å starte med utdanning.

Jeg har alltid hatt lyst på en utdanning for å komme meg videre. Så jeg er glad jeg kom meg ut i jobb, og faktisk har tatt eksamen, så har jeg ett mindre fag å ta (...) Når du er kommet deg ut i arbeid, at du mestrer det så bra, så vil du bare tenke fremover. Du vil jo være ordentlig selvstendig selv og ha en jobb du går til og ta en utdanninge.

Ved å jobbe erfarte informantene at de mestret jobben og at den bidro positivt i livet deres. Dette førte til at de fikk et mer fremtidsrettet perspektiv omkring jobb og utdanning. Å delta i en aktivitet gir altså mulighet til å få kjennskap til hvor godt man utøver aktiviteten, og hvilken mening den kan ha for våre liv (Kielhofner, 2010a, s. 142). Tidligere studier viser at arbeidsdeltakelse kan være en arena for å få kjennskap til sin egen arbeidskapasitet, som igjen gir fremtidsrettede utsikter (Gewurtz og Kirsh, 2007).

To av informantene opplevde at arbeid var en motivasjonsfaktor for å redusere rusmisbruk. En av informantene hadde vært borte fra rusmiljøet noen måneder

før hun begynte å jobbe. Hun var i en mellomfase der hun gikk fra en kjent rolle som rusmisbruker til noe nytt og ukjent. Om denne overgangen fortalte hun:

Altså, hadde jeg ikke fått den jobben da, for da var jeg på et vippestadium, det var enten den veien, eller tilbake. Og da fikk jeg jobben, så da gikk det jo den veien. Men hadde jeg ikke fått den, så er jeg stygt redd det ville gått den andre veien. Så jeg gjør alt jeg kan for å få lov til å beholde den. Ja, akkurat nå gjør jeg det, jeg elsker jobben min jeg, jeg gjør det, virkelig.

Informanten opplevde at arbeid var med på å hjelpe henne til å avstå fra rusmisbruk i en avgjørende fase. Hun fremholdt også at jobben ga henne et nytt sosialt miljø. Berger og Luckmann (1983) beskriver den totale omforming som kan skje når en person skifter miljø. Muligheten ligger i å sosialisere seg inn i et nytt miljø, i dette tilfellet arbeidsmiljø, som gjør at personens virkelighet kan omformes. Arbeid fungerer dermed som et «laboratorium» for omformingen. Selv om det i dette tilfellet neppe er snakk om en total omforming, kan likevel arbeid ha gitt informanten mulighet for å føle tilhørighet til et nytt miljø, der hennes nye rolle som arbeidstaker har forminsket rollen som rusmisbruker. Dette kan ha vært et bidrag til at hun klarte å holde seg borte fra rusmiljøet. Etter som tiden går vil sannsynligvis hennes identifisering som rusmisbruker reduseres. Berger og Luckmann (1983) mener at for å bevare sin selvidentifisering til en rolle må man beholde sitt forhold til miljøet. At hun opplevde mestring på jobb, følte seg møtt og ivaretatt, og fant jobben meningsfull er også viktige faktorer i denne prosessen.

Sosial tilhørighet og selvoppfatning

Arbeid var en viktig arena for å forebygge sosial isolasjon hos informantene. En av informantene beskrev det slik:

Du kommer deg ut og treffer folk i stedet for å isolere deg. Når du er hjemme blir det å se tv, røyke og drikke kaffe liksom. Bare det å gå til bussen, du treffer jo folk der ved å gå frem og tilbake. (...) Du treffer folk, og du snakker med folk.

Det var flere lignende utsagn, og informantene beskrev at da de var uten arbeid, satt de mye hjemme og var lite sosiale. Ved å være sosialt isolert og treffe få mennesker får man lite tilbakemeldinger fra andre. Man får dermed ikke bekreftet sin identitet og justert sine virkelighetsoppfatninger. Berger og Luckmann (1983) mener det er umulig å forme seg som menneske når man er sosialt isolert. Studier viser også at opplevelsen av å være sosialt isolert og utstøtt gjør at folk føler seg syke og motløse. Dette kan være et hinder i en bedringsprosess (Mezzina et al., 2006). Informantene beskrev imidlertid at arbeidsdeltakelse bidro til at de fikk være en del av fellesskapet som majoriteten av voksne i samfunnet tilhører. Informantene satt mindre hjemme, og arbeid bidro til at de møtte andre folk.

Berger og Luckmann (1983) skriver at møter med andre mennesker setter i gang selvrefleksjon, og at den subjektive virkeligheten kan omformes i møtet med andre.

I sitatet over fortalte informanten at det var meningsfullt å snakke med folk på vei til og fra jobb. Dette kan kanskje virke bagatellmessig, men er viktige forhold. Om en møter andre direkte eller indirekte, har betydning for identitetsdannelsen, der de mest betydningsfulle møtene foregår ansikt til ansikt. Andre menneskers levende nærvær gjør at de fremtrer som mer virkelig for oss (Berger og Luckmann, 1983, s. 173–177). En annen informant utdypet dette. Hun fremmet betydningen av å møte andre mennesker ansikt til ansikt, fremfor å prate i telefonen. Samtaler og språk er viktig for å vedlikeholde, modifisere og omskape virkeligheten. Berger og Luckmann (s. 177) understreker at hverdagssamtalene, eller de overfladiske samtalene, er viktig for å få bekreftet ens identitet, da de refererer til rutinehandlinger i en selvfølgelig verden. Å møte mennesker ansikt til ansikt vil ifølge Berger og Luckmann (1983) i større grad ha innvirkning på personens selvrefleksjon.

Arbeidsdeltakelse gir også mulighet til å følge med på hva som foregår i samfunnet:

Jeg er blitt mer sosial nå, enn som sagt jeg var før. For når jeg satt hjemme ... man blir litt dårligere til å snakke når man ikke er sosial med folk. Da sitter man hjemme og bare ser tv. Så bare det å komme ut i arbeid og snakke med andre liksom. Og bare høre hva folk snakker om for tiden. Bare det, bare det blir man ganske sosial av.

Utestengelse fra sosiale fellesskap som arbeidslivet utgjør en fare for at man går glipp av eller glemmer nødvendig kompetanse for å fungere i sosiale sammenhenger (Kristiansen, 1993, s. 64). Hvis man opplever manglende evne til å samhandle på en god måte, vil man fort kunne føle seg utenfor, mindre verdt og ubekvem i sosiale sammenhenger. Dette kan bli en barriere for sosial deltakelse og føre til isolasjon. Informanten fortalte at jobben ga henne mulighet til å følge med og holde seg oppdatert. Hun fant også mening i å snakke med andre på jobben. Da hun og kollegene snakket, delte de virkelighetsbilder. Virkeligheten modifiseres ved at visse temaer forkastes, mens andre tas opp (Berger og Luckmann, 1983, s. 177–178). Arbeidsdeltakelse bidro slik til at informanten fikk kjennskap til relevante atferdsnormer, verdier og symboler, noe som er nødvendig for å opparbeide seg sosial kompetanse (Schieffloe, 2011, s. 363). Arbeidsdeltakelse kan slik bidra til at selvtilliten styrkes, i form av større tro på egne ferdigheter og egenverdi som sosial partner. Videre kan dette motivere for økt sosial deltakelse.

Å være uten jobb var av informantene blant annet forbundet med følelsen av å ha en mindre verdsatt rolle. De var bekymret for at andre skulle tenke negativt om dem:

Ja, folk vil jo tenke, hvorfor har ikke han jobb for øyeblikket. Gidder ikke han å jobbe, hva er det for en sløving (...) For jeg tenker, uansett hvilke sosiale sammenhenger du er i, blir det alltid snakk om jobb. Folk spør om du har fått deg en jobb, og så må du svare at du er på leting etter jobb og er arbeidsledig.

Informantene beskrev at de ofte fikk spørsmål om hva de drev med, og opplevde at samfunnets krav til å arbeide førte til at de ble stigmatisert. Dette påvirket deres sosiale omgang med andre ved at de unngikk arenaer hvor dette kunne bli tematisert. Dette viser at det å stå i arbeid er viktig for å komme seg ut av en situasjon med stigma og marginalisering. Da informantene kom ut i jobb, kunne de stå mer oppreist i møtet med andre:

Men jeg føler meg mer oppegående nå når jeg faktisk kan si til folk at jeg jobber der. Og de vet jo at det ikke er noe slappe-av-arbeid (...) det bidrar til at det blir lettere å dra ut. Nei, så det har mye med selvtilliten til meg selv å gjøre.

Sitatet illustrerer at arbeid ga informantene en anerkjent rolle som påvirket deres møter med andre mennesker. Individets identitet kan beskrives som en forhandling mellom hvordan man plasserer seg selv i den sosiale verden og oppfatningen av hvordan andre ser på oss (Berger og Luckmann, 1983, s. 200–201). De kunne nå med stolthet si at de jobbet, og dette gjorde det lettere å være mer sosial og møte andre. Dette viser at arbeidsrollen også kan påvirke andre deler av voksenlivet (Kielhofner, 2010a, s. 150).

Informantene snakket om verdien av å bli tildelt ansvar på arbeidsplassen: «Jeg synes det er fint. Når de gir meg ansvar, så føler jeg at de ser at jeg kan, at de stoler på meg». Å få ansvar er en bekreftelse på at man utfører jobben sin på en god måte, og at andre har tiltro til deg. Identiteten som arbeidstaker blir også bekreftet. Ifølge Borg (2009a) er det smertefulle ved opplevelsen av å bli sett på som annerledes det at man ikke forventes å mestre, og at man kjenner seg uvelkommen. Ved å få ansvar og forventninger rettet mot seg ble informantene anerkjent og møtt som vanlige personer. Med dette fikk de også en bekreftelse på at de var nyttige, og at de hadde en spesiell funksjon eller rolle på arbeidsplassen. Tilbakemeldinger på hvordan informantene utførte jobben var også viktig. Bekreftelse på at de mestret jobben motiverte dem også til å yte mer. I hvilken grad man opplever å mestre en aktivitet har også betydning for videre aktivitetsengasjement. Det man føler seg dyktig til, vil man i større grad være tilbøyelig til å gå i gang med (Kielhofner, 2010c, s. 48).

«På jobb er jeg helt normal» – arbeid, bedring og psykisk lidelse

Mindre sykdomsfokus

Ved å arbeide fikk informantene mulighet til å bygge en identitet utenfor sykdommen. Dette hadde blant annet sammenheng med opplevelsen av å være i vanlige omgivelser og sammen med friske folk.

Så det er litt godt å komme på jobb og på en måte være en helt vanlig rusfri person. Der er jeg helt normal, ingen som vet. Og det er litt godt, synes jeg, på en måte litt fristed.

Og det er så deilig, for her er det nytt friskt miljø. Ingen vet noen ting om meg. De vet ikke om min psykiske fortid. Det er så deilig at ingen vet, eventuelt stiller spørsmål rundt meg som person. Det er veldig greit, nytt friskt miljø, det er veldig bra for meg.

Arbeidsplassen ble for informantene en arena for å starte på nytt. Informantene beskrev det positive i å bli ansett som en frisk person. De slapp å snakke om sykdommen og fikk oppmerksomheten rettet mot andre ting. De snakket også om verdien av å få andre forventninger rettet mot seg. I et interaksjonsteoretisk perspektiv vil vår oppfatning av hva andre tror om oss påvirke vårt syn på oss selv. Ut fra denne forståelsen kan man tenke at informantenes visshet om at kollegene så på dem som en «normal» person, styrket deres selvidentifisering som en av fellesskapet. Flere studier viser at deltakelse i arbeid er viktig for å føle seg inkludert og verdsatt, og at dette har sammenheng med bedring (Borg og Kristiansen, 2008; Leufstadius, Eklund og Erlandson, 2009; Gahnström-Strandqvist, Liukko og Tham, 2003).

Informantene fortalte at deltakelse i arbeid reduserte sykdomssymptomer og de tenkte mindre på det som plaget dem. De opplevde dette ulikt, hvor noen fremhevet at arbeidsdeltakelse førte til at de generelt tenkte mindre på vonde ting. Hos andre var reduksjon av sykdomssymptomer knyttet direkte opp mot arbeidsoppgavene på jobb.

Også tror jeg det har litt å gjøre med at når jeg ikke jobber, så har jeg tid til å tenke. Jeg har faktisk tid til å sette meg ned å tenke: hva er det faktisk som plager meg? hvorfor er jeg så rastløs i dag? hvorfor har du nerver i dag? Jeg kan faktisk tenke på det, og det har jeg jo ikke tid til når jeg jobber.

Dette kan være et eksempel på hvordan deltakelse i aktivitet kan endre hvordan man tenker og føler (Kielhofner, 2010b, s. 38–40). Det som var felles for alle informantene, var at da de var hjemme, var de i større grad plaget av tunge tanker. Ved å være på jobb fikk de et mer utadrettet fokus og egne problemer kom i bakgrunnen. Arbeid ble slik et viktig frirom der informantene slapp å tenke på det som plaget dem.

Informantene trakk frem betydningen av å være med friske folk på jobb.

Du får møte andre friske. Og det kan være med på at du blir friskere selv. Altså det gjør jo ingenting å være med syke folk. Men det gjør noe med deg når du er med friske på en måte i forhold til visst du bare er med syke. Du får snakke om andre ting og sånn. Hvis du er med syke, kanskje du snakker mer om sykdomsbilde enn hva du gjør hvis du er med friske. For de sier ingenting.

Utsagnet illustrerer at det å være i vanlige omgivelser og med friske folk kan gi nye perspektiver, noe som kan bidra positivt i en bedringsprosess. Å slippe å snakke om sykdomsbilde ble trukket frem. På samme måte som språket kan ha en evne til å virkeliggjøre (Berger og Luckmann, 1983, s. 178), kan man tenke seg at fravær av språkliggjøring kan gjøre at ting blir mindre virkelighetsnært. Ved å slippe å prate om sykdommen kan egne problemer bli mindre fremtredende. I studien til Borg og Kristiansen (2008) fant informantene det meningsfullt å være sammen med folk som ikke hadde problemer. Dette forsterket deres følelse av å være frisk, og ga dem muligheten for refleksjon og utvikling. En av utfordringene med arbeid i skjermet virksomhet kan ut fra dette være at sykdomserfaringene får for stor plass, og at rollen som psykisk syk forsterkes.

Stigma som barriere

I informantenes fortellinger kom det frem at de brukte mye tid på å bekymre seg for at kollegene skulle få vite om deres bakgrunn og psykiske sykdom. De var redde for å bli ekskludert fra arbeidsfellesskapet dersom dette kom frem. Å bli frisk fra psykiske lidelser involverer mye mer enn å bli kvitt lidelsen i seg selv. Det innebærer også en prosess hvor en må overkomme stigma som en har internalisert gjennom det å leve med en psykisk lidelse. Dette kan dreie seg om erfaringer fra behandlingssituasjoner, negative opplevelser med å være arbeidsledig og knuste drømmer (Anthony, 1993).

Nå har jeg jobbet der i en stund, jeg har blitt kjent med folk. Altså de kjenner meg som den personen jeg er. Og hvis de da plutselig liksom skal ... så føler jeg at det vil forandre så mye. Jeg er redd det vil forandre deres holdning mot meg, altså forholdet jeg har til kollegene mine, og måten de ser på meg.

Det var mange slike utsagn, og selv om informantene ikke hadde opplevd stigmatisering på arbeidsplassen, preget likevel det offentlige stigmaet rundt psykiske lidelser deres selvidentitet. Dette kan gi lavere selvtillit og tro på egen mestring (Corrigan og Watson, 2002). For å opprettholde et godt inntrykk og bevare selv-

identiteten skjulte også informantene sykdommen sin. Corrigan og Calabrese (2005) mener at en strategi for å redusere selvstigma er å støtte pasienten til å være et aktivt medlem av samfunnet, ved for eksempel å arbeide. Med dette til grunn kan man anta at arbeidsdeltakelse kan hjelpe informantene til å håndtere selvstigmaet og minske dets skadelige virkninger. Etter hvert som tiden går kan også informantenes selvidentifisering som arbeidstaker forsterkes (Berger og Luckmann, 1983, s. 179–181), noe som forhåpentligvis reduserer deres selvstigma. Ifølge Mezzina et al. (2006) kan stigma være en av de største barrierene i en bedringsprosess, og deres studie viste at arbeid kan bidra til å komme seg ut av en situasjon med opplevd stigma og marginalisering.

Betydning av veiledning og støtte i arbeid

Informantene fortalte at oppfølgingen som JobbResept ga dem, hadde stor betydning for dem.

Du klarer det ikke på egen hånd når du ikke er helt frisk. Alt det praktiske med å søke på jobber og gå på intervjuer.

Ja, de tar kontakt. Hvis jeg for eksempel vil jobbe på en institusjon, så tar de kontakt og fikser jobb. Jeg ville jobbe på kontor, de tok kontakt og gjorde sånn at jeg fikk jobb (...) Finner arbeidsplass til deg og blir med på intervju og det praktiske med at de kunne kjøre meg på jobben, for jeg visste ikke hvor arbeidsplassen var. Og hente meg, og masse praktiske ting som er vanskelig for meg å gjøre alene.

Det var flere utsagn som disse. Gjennomgående i informantenes fortellinger var at oppfølgingen de fikk fra JobbResept, var et viktig bidrag til at de begynte å jobbe, og klarte å stå i jobb. Disse funnene viser at oppfølging og veiledning rundt arbeid kan være avgjørende for om en person med psykiske lidelser starter i jobb eller ikke. På hvilke områder informantene trengte hjelp var ulikt. Noen la for eksempel mer vekt på den praktiske hjelpen, mens andre hadde mer behov for psykososial oppfølging. Dette viser at individualiserte opplegg er viktig. Kanskje viktigst var det at informantene kunne få hjelp når de hadde behov for det, og at veileder med jevne mellomrom tok kontakt for å høre hvordan det gikk. Jevnlige kontakt kan fange opp viktige ting som feil stillingsprosent, opplevd stigma og at informanten er inne i en dårlig periode. Å få en telefon med spørsmål om hvordan det går kan også bidra til at informantene føler seg sett og ivaretatt, og at de er verdt noe. Informantene var også inne på at det var en trygghet å vite at jobbhjelperen var der for dem dersom de lurte på noe. Flere informanter var tydelig på at uten støtte fra JobbResept ville de fortsatt sittet hjemme.

Metodologiske styrker og svakheter

Medforskning

Studien er basert på brukerinvolvert forskning. Det har vært rettet kritikk mot brukerinvolvert forskning, blant annet med den begrunnelse at metoden har feilkilder. Dette kan dreie seg om at medforskeren er overinvolvert, subjektiv og har en egen agenda (Turner og Beresford, 2005). Telford og Faulkner (2004) påpeker at all forskning har sine styrker og svakheter. De viser til at brukernes motivasjon for å være med på forskning oftest er basert på et ønske om praksisendring, og å forbedre eget eller andres liv. De mener at akademiske forskeres motiv, i tillegg til å være ute etter praksisendring, kan reflektere deres rolle og praksis innen den akademiske institusjonen der fokus er publisering, innhenting av forskningsmidler og å oppsøke kunnskap for kunnskapens skyld.

Medforskernes involvering har påvirket denne studien på flere områder. Som et eksempel kan arbeidet med planlegging av intervjuguiden nevnes. Blant annet ble spørsmålet om hvorvidt informantene skulle spørres om diagnose eller ikke, tatt opp. Bakgrunnen for spørsmålet var en usikkerhet om kjennskap til diagnosetype var nødvendig for studiens troverdighet og overførbarhet. Medforskerne mente at dersom informantene ble spurt om hvilken diagnose de hadde, var det en fare for at tilliten i intervjusituasjonen ville bli svekket. De mente informantene kunne føle seg undertrykt og «sett som en diagnose», og ikke som den personen han eller hun egentlig er. Spørsmålet ble diskutert med fagfolk, og det ble gitt innspill på at kjennskap til diagnosen kunne styrke studiens overførbarhet. Etter flere diskusjoner med blant annet medforskerne ble det gjort et valg om ikke å spørre om diagnosen. Under intervjuene var det en av informantene som ved et mistak kom ut med sin egen diagnose. Informanten ble umiddelbart ubekvem, spurte om dette ville komme frem i oppgaven, og ga uttrykk for at det ikke var ønskelig. Dette kan tyde på at et eventuelt diagnosespørsmål kunne svekket tilliten, og påvirket grad av åpenhet i intervjusituasjonen, noe som igjen kunne påvirket studiens troverdighet. Dette er et eksempel på hvor verdifullt det var med innspill fra personer med brukererfaring i medforskergruppen.

Troverdighet, pålitelighet og overførbarhet

Studiens pålitelighet bestemmes av om funnene fremstår som konsistente og troverdige, og det bør etterstrebes en gjennomsiktighet som viser de data som danner grunnlag for konklusjonene (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 250; Polit og Beck, 2012, s. 582–596). Gjennomføringen er beskrevet fra begynnelse til slutt, og det opprinnelige forskningsspørsmålet ble forsøkt belyst ved å anvende en relativt strukturert intervjuguide.

Forskerens påvirkning på studien er et element som påvirker troverdigheten, og intervjuet er det viktigste redskapet til innhenting av kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 92). Medforskerne ga råd for å møte informantene på en god måte, noe som styrker grad av troverdighet og pålitelighet i intervjusituasjonen.

For å styrke studiens troverdighet og sikre en felles forståelse mellom intervju og informant, ble det under intervjuene stilt regelmessige spørsmål om innholdet var forstått riktig. Et annet aspekt som har innvirkning på studiens troverdighet er om tolkningen av datamaterialet kan anses som troverdig. Det er gjort et forsøk på å være så nær informantenes erfaringer som mulig uten å redusere innholdet med innskrenkende fortolkninger. Troverdigheten sikres gjennom en presentasjon av enkeltstående informantutsagn, der leser selv kan vurdere om tolkningene er rimelige. Funnene er knyttet opp mot teori og publisert forskning. I tillegg er tolkningene prøvd ut i diskusjoner med medforskere og i flere fagseminar på universitetet. Forståelse av empirien er utdypet gjennom denne prosessen, og et sammenfall i fortolkninger mellom ulike aktører bidrar også til å underbygge rimeligheten i fortolkningene. Flere enn fire informanter kunne styrket studiens troverdighet og overførbarhet. På den annen side ga utvalget en mulighet for grundige tolkninger, og resultatene bør kunne overføres til personer i lignende situasjoner.

Overførbarhet handler om i hvilken utstrekning resultatet kan overføres til andre grupper eller situasjoner. Det er flere forhold som kan sette begrensninger for studiens overførbarhet. Informantene er rekruttert fra et arbeidsrehabiliteringsprosjekt, der tiltak for deltakelse i arbeid gjøres parallelt med behandling. Videre er det mulig at arbeidsgiverne som tar inn deltakere fra JobbResept, avspeiler bedre holdninger enn den gjennomsnittlige arbeidsgiver. Dernest tar ikke studien høyde for andre forhold som sosial støtte, bosituasjon og økonomi. Dette er forhold som kan ha betydning for informantenes opplevelse av arbeid. Et annet aspekt er at utvalget har vært begrenset til dem som har opplevd bedring. Likevel har studien avdekket noen viktige og grunnleggende forhold omkring bedring i relasjon til arbeid.

Studien er overførbar i den forstand at funnene mest sannsynlig er gjenkjennbare for flere enn informantene og medforskerne. Flere forskningsresultater samsvarer også med funnene i denne undersøkelsen. På det nasjonale plan fokuseres det på at det skal legges til rette for at personer med nedsatt arbeidsevne skal inkluderes i arbeidslivet. Vi mener funnene i studien kan brukes i utforming av arbeidsrettede tiltak, så vel som i generell praksis innenfor psykisk helsevern.

Avslutning

Informantenes erfaringer samsvarer i stor grad med tidligere forskning omkring arbeid og bedring for personer med psykiske lidelser, og viser at arbeidsdeltakelse kan bidra positivt i en bedringsprosess.

Informantene erfarte at arbeid var et viktig bidrag for å håndtere sykdomssymptomer og stress bedre. Stress hadde blant annet sammenheng med mangel på rutiner og en lite forutsigbar hverdag som arbeidsledig. Dette er en kontrast til oppfatninger om at mennesker med psykiske lidelser kan bli stresset og syke av å arbeide.

Funnene i studien viser at informantene hadde behov for hjelp og støtte i arbeidssituasjonen. Informantene var i en sårbar fase der deres behov for oppfølging var noe ulikt. Veiledningen de fikk fra JobbResept, ble gitt ut fra individuelle behov. Resultatene indikerer at fravær av støtte kunne gitt et uheldig resultat, og at oppfølging kan være viktig for sårbare grupper. Videre kan det også være avgjørende med personsentrert oppfølging der det tas utgangspunkt i klientens egne ønsker og behov. Disse funnene bør tas i betraktning ved utforming av tiltak innen arbeidsrettet rehabilitering og andre typer behandlingstiltak. Dersom myndighetenes mål om å øke sysselsettingen blant personer med nedsatt arbeidsevne skal lykkes, bør slike hensyn tas. I dagens helsevesen med økt vekt på effektivitet og kostnadskutt, er det en fare for at det ikke tas tilstrekkelig hensyn til individuelle behov. Denne studien viser at individbasert oppfølging i arbeid kan gi gevinster som lønner seg på lang sikt, både på individuelt og samfunnsmessig nivå.

Studien viser at informantene har hatt nytte av arbeid i ordinær virksomhet. Det var særlig en av informantene som trakk frem betydningen av å være på en normal arbeidsplass med friske folk. Dette samsvarer som nevnt med tidligere forskning, som viser at bedring skjer på vanlige arenaer der vanlige folk ferdes. I Norge er fortsatt en stor andel av arbeidsrehabiliteringstiltakene plassert i skjermet virksomhet. Denne studien gir ikke grunnlag for å sammenligne IPS-prosjektet med skjermet virksomhet. En negativ virkning ved skjermingsmodellen kan imidlertid være at rollen som psykisk syk bekreftes og eventuelt forsterkes innad i gruppen.

Arbeid er viktig for mennesker generelt, også for personer med psykiske lidelser, som ofte har opplevd tap på mange områder i livet.

Noter

1. Sosialkonstruktivisme er et perspektiv i samfunnsvitenskapelig forskning hvor sosialt liv forstås som skapt av mennesker som samhandler (interagerer). Interaksjonsteori eller samhandlingsteori forsøker å forstå og forklare hvordan skapelsen av sosialt liv skjer i praksis.

Referanser

- Anthony, W. 1993, «Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s», *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, s. 11–21.
<https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet 2007, *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007–2012*.
- Askheim, O.P. og M. Borg 2010, «Deltakerbasert forskning i psykisk helsearbeid: Et bidrag til mer 'brukbar' kunnskap?», *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 7, s. 100–109.
- Askheim, O.P. og B. Starrin 2008, «Deltakerbasert forskning: Forskningsstrategi for sosialarbeiderutdanningene», *Fontene Forskning*, 1, s. 18–26.
- Backman, C.L. 2010, «Occupational balance and well-being», i: Christiansen, C. H. og E.A. Townsend (red.) 2010, *Introduction to occupation: The art and science of living*. N.J.: Pearson, Upper Saddle River.
- Bendixen, H.J., Madsen, A. J. og J. Tjørnov 2003, «Ergoterapeutiske begreber og begrebsmodeller med aktivitet og deltagelse i fokus», i: Borg, T., Runge, U. og J. Tjørnov (red.) 2003, *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. Munksgaard, København.
- Berger, P.L. og T. Luckmann 1983, *Den samfundsskabte virkelighed: En videnssociologisk afhandling*, Lindhardt og Ringhof, Viborg (Originalt utgitt 1966 med tittel: *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*).
- Blank, A., Harries, P. og F. Reynolds 2011, «Mental health service users» perspectives of work: A review of the literature», *The British Journal of Occupational Therapy*, 74, s. 191–199.
<https://doi.org/10.4276/030802211X13021048723336>
- Borg, M. 2006, «Arbeid, aktivitet og mening» i: Almvik, A. og L. Borge (red.) 2006, *Psykisk helsearbeid i nye sko*, Fagbokforlaget, Bergen.
- Borg, M. 2007, «Jeg ga aldri opp...» i: Borg, M. og A. Topor (red.) 2007, *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. 2. utg., Kommuneforlaget, Oslo.
- Borg, M. 2009a, «Bedringsprosesser slik de leves i dagliglivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser», *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, s. 452–459.
- Borg, M. 2009b, «Intet om oss uten oss», i: Borg, M. og K. Kristiansen. (red.) 2009, *Medforskning: Å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Borg, M. og K. Kristiansen 2008, «Working on the edge: The meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway», *Disability & Society*, 23, s. 511–523.
<https://doi.org/10.1080/09687590802177072>
- Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletsi, M. og A. Fioritti 2009, «The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: Results of an international study of individual placement and support», *Schizophrenia Bulletin*, 35, s. 949–958.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbn024>
- Corrigan, P.W. og J.D. Calabrese 2005, «Strategies for assessing and diminishing self-stigma», *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. US: American Psychological Association, Washington, DC.
<https://doi.org/10.1037/10887-011>
- Corrigan, P.W. og A.C. Watson 2002, «The paradox of self-stigma and mental illness», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, s. 35–53.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Crowter, R., Marshall, M., Bond, G.R. og P. Huxley 2010, «Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Review)», *The Cochrane Library*.
- Davidson, L. 2003, *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*, New York University Press, New York.
- Davidson, L., Borg, M., Marvin, I., Topor, A., Mezzina, R. og D. Sells 2005, «Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study», *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, s. 177–201.
<https://doi.org/10.1080/15487760500339360>

- Davis, M. og M. Rinaldi 2004, «Using an evidence-based approach to enable people with mental health problems to gain and retrain employment, education and voluntary work», *British Journal of Occupational Therapy*, 67, s. 319–322.
<https://doi.org/10.1177/030802260406700706>
- Dunn, E.C., Wewiorski, N.J. og E.S. Rogers 2008, «The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study», *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 32, s. 59–62.
<https://doi.org/10.2975/32.12008.59.62>
- Eklund, M. 2010, «Aktivitet, h lsa och v lbefinnande», i: Eklund, M., Gunnarson, B. og C. Leufstadius (red.) 2010, *Aktivitet & Relation. M l och medel inom psykosocial rehabilitering*. Studentlitteratur, Lund.
- Faulkner, A. og P. Thomas 2002, «User-led research and evidence-based medicine», *The British Journal of Psychiatry*, 180, s. 1–3.
<https://doi.org/10.1192/bjp.180.11>
- Gahnstr m-Strandqvist, K., Liukka, A. og K. Tham 2003, «The meaning of the working cooperative for persons with long-term mental illness: A phenomenological study», *The American Journal of Occupational Therapy*, 57, s. 262–272.
<https://doi.org/10.5014/ajot.57.3.262>
- Gewurtz, R. og B. Kirsh 2007, «How consumers of mental health services come to understand their potential for work: Doing and becoming revisited», *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74, s. 195–207.
- Glover, H. 2009, «Hvordan skille mellom likeverdighet og symbolsk medvirkning i forskning?», i: Borg, M. og K. Kristiansen (red.) 2009, *Medforskning.   forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Goffman, E. 2008, *Interaction ritual. Essays in face-to-face behavior*, Aldine Transactions, New Brunswick.
- Guneriusen, W. 1999, *Akt r, handling og struktur. Grunnlagsproblemer i samfunnsvitenskapene*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Hammel, K.W. 2004, «Dimensions and meaning in the occupations of everyday life», *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71, s. 296–305.
<https://doi.org/10.1177/000841740407100509>
- Harnois, G. og P. Gabriel 2000, *Mental health and work: Impact, issues and good practices*, World Health Organization, Geneva.
- Hasselkus, B. R. 2002, *The meaning of everyday occupation*, NJ: SLACK Incorporated, Thorofare.
- Haavorsen, P. og T. Hernes 2010, «Inkluderingsstrategier og arbeidsrettede tiltak» i: Hernes, T., Heum, I. og P. Haavorsen (red.) 2010, *Arbeidsinkludering. Om det nye politikk- og praksisfeltet i velferds-Norge*, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Jacobson, N. og L. Curtis 2000, «Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states», *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, s. 333–341.
<https://doi.org/10.1037/h0095146>
- Kielhofner, G. 2010a, «At foretage sig noget og blive noget: Aktivitetsforandring og -udvikling» i: Kielhofner, G. (red.) 2010, *MOHO. Modellen for menneskelig aktivitet. Ergoterapi til uddannelse og praksis*, 2. utg. Munksgaard, K benhavn (Originalt utgitt 2008 med tittel: Model of human occupation: Theory and application).
- Kielhofner, G. 2010b, «Dynamikken i menneskelig aktivitet», i: Kielhofner, G. (red.) 2010, *MOHO. Modellen for menneskelig aktivitet. Ergoterapi til uddannelse og praksis*, 2. utg. Munksgaard, K benhavn (Originalt utgitt 2008 med tittel: Model of human occupation: Theory and application).
- Kielhofner, G. 2010c, *MOHO. Modellen for menneskelig aktivitet. Ergoterapi til uddannelse og praksis*, 2. utg. Munksgaard, K benhavn (Originalt utgitt 2008 med tittel: Model of human occupation: Theory and application).
- Kielhofner, G. 2010d, «Vilje», i: Kielhofner, G. (red.) 2010, *MOHO. Modellen for menneskelig aktivitet. Ergoterapi til uddannelse og praksis*, 2. utg. Munksgaard, K benhavn (Originalt utgitt 2008 med tittel: Model of human occupation: Theory and application).
- Kristiansen, K. 1993, *Normalisering og verdsettning av sosial rolle*, Kommuneforlaget, Oslo.
- Krupa, T. 2004, «Employment, recovery, and schizophrenia: Integrating health and disorder at work», *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, s. 8–15.
<https://doi.org/10.2975/28.2004.8.15>
- Kvale, S. og S. Brinkmann 2009, *Det kvalitative forskningsinterview*, Gyldendal Akademisk, Oslo, (Originalt utgitt 2009 med tittel: Interview: Learning the craft of qualitative research interviewing).
- Leufstadius, C., Eklund, M. og L.K. Erlandson 2009, «Meaningfulness in work: Experiences among employed individuals with persistent mental illness», *Work*, 34, s. 21–32.
- Liu, K.W.D., Hollis, V., Warren, S. og D.L. Williamson 2007, «Supported-employment program processes and outcomes: Experiences of people with schizophrenia», *The American Journal of Occupational Therapy*, 61, s. 543–554.
<https://doi.org/10.5014/ajot.61.5.543>
- Lundman, B. og U.H. Graneheim 2008, «Kvalitativ inneh llsanalys» i: Gransk r, B. og B. H glund-Nielsen (red.) 2008, *Till mpad kvalitativ forskning inom h lso- och sjukv rd*, Studentlitteratur, Lund.

- Mezzina, R., Borg, M., Marin, I., Sells, D., Topor, A. og L. Davidson 2006, «From participation to citizenship: How to regain a role, a status, and a life in the process of recovery», *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, s. 39–61. <https://doi.org/10.1080/15487760500339428>
- Mueser, K.T., Salyers, M.P. og P.R. Mueser 2001, «A Prospective Analysis of Work in Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 27, s. 281–296. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006874>
- Mykletun, A. og A.K. Knudsen 2009, «Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser», *Rapport 2009-4*, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Nydalen.
- Norvoll, R. 2011, «Jeg vil ikke stå utenfor: Arbeid og utdanning sett med brukernes øyne», AFI-notat 10/2011, Arbeidsforskningsinstituttet, Porsgrunn. <https://doi.org/10.7577/afi/notat/2011:10>
- OECD 2012, «Sick on the job? Myths and realities about mental health and work. Mental health and work», OECD.
- Ose, S.O., Jensberg, H., Kaspersen, S.L., Kalseth, B. og S. Lilleen 2008, «Kunnskapsstatus: Arbeid, psykisk helse og rus», SINTEF Helse.
- Polatajko, H.J., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhar, P., Harvey, P., Jarman, J., Krupa, T., Lin, N., Pentland, W., Rudman, D.L., Amoroso, B. og A. Connor-Schisler 2008, «Mennesker betydningsfulde aktiviteter i omgivelsene», i Townsend, E.A. og H.J. Polatajko (red.) 2008, *Menneskelig aktivitet II: En ergoterapeutisk visjon om sundhet, trivsel og retfærdighet muliggjort gjennom betydningsfulle aktiviteter*, Munksgaard, København, [Originalt utgitt 2007 med tittel: *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*].
- Polit, D.F. og C.T. Beck 2012, *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, Wolters Kluwer Health, Philadelphia, PA.
- Rinaldi, M., Killackey, E., Smith, J., Shepherd, G., Singh, S.P. og T. Craig 2010, «First episode psychosis and employment: A review», *International review of psychiatry*, 22, s. 148–162. <https://doi.org/10.3109/09540261003661825>
- Rinaldi, M. og R. Perkins 2007, «Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual placement and support and non integrated pre vocational services in the UK», *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27, s. 21–27.
- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M. og J. Rutherford 2008, «Individual placement and support: From research to practice», *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, s. 50–60. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.003509>
- Schafft, A. 2007, «Ansettelse av personer med psykiske lidelser i ordinære bedrifter: Vi må forstå arbeidsgivers grunner», *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, s. 254–261. <https://doi.org/10.7577/afi/rapport/2008:4>
- Schafft, A. 2008, «Psykiske lidelser og arbeidsintegrening i Skandinavia: En kunnskapsstatus», AFI-rapport 4/2008, Arbeidsforskningsinstituttet.
- Schieffloe, P. M. 2011, *Mennesker og samfunn: Innføring i sosiologisk forståelse*, Fagbokforlaget, Bergen.
- Spjelkavik, Ø. 2011, «Supported Employment i Norden», *Arbeidsforskningsinstituttets rapportserie*, 3.
- Telford, R. og A. Faulkner 2004, «Learning about service user involvement in mental health research», *Journal of Mental Health*, 13, s. 549–559. <https://doi.org/10.1080/09638230400017137>
- Topor, A. 2007, «Tid og arenaer som hjelper», i Borg, M. og A. Topor, A. (red.) 2007, *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*, 2. utg. Kommuneforlaget, Oslo.
- Turner, M. og P. Beresford 2005, «User controlled research: Its meanings and potential», Final report, INVOLVE, Eastleigh.
- Wilcock, A. 2006, *An occupational perspective on health*, SLACK Incorporated, Thorofare.
- Yerxa, E., Clark, F., Jackson, J., Pierce, D. og R. Zemke 1990, «An introduction to occupational science: A foundation for occupational therapy in the 21st century», *Occupational Therapy in Health Care*, 6, s. 1–17. https://doi.org/10.1080/J003v06n04_04
- Aarre, T.F. 2010, *Manifest for psykisk helsevern*, Universitetsforlaget, Oslo.

Forfatterne

Cathrine Arntzen (f. 1969) er ergoterapispesialist i eldre helse og har en ph.d. i helsevitenskap. Hun er ansatt som førsteamanuensis ved Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet. Hun har også en bistilling som seniorforsker ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, NOR-klinikken. Forskningsinteresser er særlig knyttet til lærings- og endringsprosesser i slagrehabiliteringsforløp, demens og teknologi og teoriutvikling vedrørende fagutøvelse og terapeutiske samhandlingssituasjoner.
cathrine.arntzen@uit.no

Jennifer Creek (b. 1949) qualified as an occupational therapist in 1970. She was the main editor of four editions of Occupational Therapy and Mental Health and two collections of essays: Occupational Therapy: New Perspectives and Contemporary Issues in Occupational Therapy. She was a member of the ENOTHE terminology working group that produced a European conceptual framework for occupational therapy, published as The Core Concepts of Occupational Therapy. Jennifer Creek retired in 2010 but is still active in writing and teaching.
jcreek@hotmail.com

Astrid Gramstad (f. 1977) er ergoterapeut og har en ph.d. i helsevitenskap. Hun er ansatt som førsteamanuensis ved Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet. Forskningsinteresser er blant annet velferdsteknologi, kommuneergoterapi praksis og formidling og bruk av tekniske hjelpemidler til eldre.
astrid.gramstad@uit.no

Nils Henriksen (f. 1953) er sosiolog og ansatt som professor ved Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. Forskningsinteresser er: 1) Helse- og omsorgstjenester for eldre. 2) Helse og rehabilitering. 3) Sosial ulikhet i helse.

nils.henriksen@uit.no

Audhild Høyem (f. 1962) er ergoterapeut og ph.d.-student. Hun er ansatt ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge. Forskningsinteresser er: 1) utfordringer knyttet til koordinering og kontinuitet for pasienter/brukere med langvarige behov for helsetjenester. 2) Praksisutøvelse i helsetjenesten i skjæringspunktet mellom politiske føringer, faglige idealer og organisatoriske rammebetingelser. 3) Felles språk og klassifisering i rehabilitering og tverrfaglig samarbeid.

audhild.hoyem@telemed.no

Rita Jentoft (f. 1959) er ergoterapeut og ansatt som førstelektor ved Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet. FoU-interesser er knyttet til læring og kunnskapsutvikling i ulike forståelsesrammer og kontekster: 1) Demens, teknologi og læring. 2) IKT og fleksibel læring. 3) Tverrprofesjonell samarbeidslæring / undervisning. 4) Kreative læringsformer i undervisning.

rita.jentoft@uit.no

Vår Mathisen (f. 1969) er ergoterapeut og ph.d.-student. Hun er ansatt som universitetslektor ved Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet. Temaer som rus og psykiatri, psykososiale problemer, familiearbeid og brukermedvirkning har en sentral plass i både undervisning og forskning.
var.mathisen@uit.no

Iris Helén Nikolaisen (f. 1986) er medstifter av og administrerende direktør i den norsk-zambiske sosiale virksomheten WayaWaya. Hun har en bachelorgrad i ergoterapi fra Universitetet i Tromsø og en mastergrad i Entreprenørskap og innovasjon fra Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Nikolaisen har utmerket seg innen helsefremmende arbeid, inkluderende arbeidsliv og likestilling, med spesialkompetanse innen sosialt entreprenørskap og bedriftsetablering.
niciris86@gmail.com

Ragnhild Nilsen (f. 1953) er bioingeniør og ansatt som dosent ved Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet. Interesser innen undervisning og forskning er knyttet til tverrprofesjonell samarbeidslæring og fleksibilisering av undervisningen.
ragnhild.nilsen@uit.no

Gunn Nilsskog (f. 1954) er ergoterapeut og sosiolog. Hun er ansatt som universitetslektor ved Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet. Interesser innen utdanning og FoU er utdanningspolitikk og sammenheng mellom utdanning og praksis.
gunn.nilsskog@uit.no

Astrid Vekve Nymo (f. 1963) er ergoterapeut og ansatt som universitetslektor ved Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet. Hun har også f.t. en bistilling som skikkethetsansvarlig ved Det helsevitenskapelige fakultet. Interesser innen utdanning og FoU er barne-ergoterapi, multippel sklerose, kognitive funksjoner og utfall, praksisstudier, faglig tilhørighet og identitet samt kvalitetsforbedring i utdanning.
astrid.vekve.nymo@uit.no

Margrete Selseng (f. 1977) er ergoterapeut med master i helsefag. Hun er ansatt som rådgiver ved Byrådsavdeling for helse og omsorg, Tromsø kommune. Hennes FoU-interesser er knyttet til arbeidsrehabilitering for personer med nedsatt arbeidsevne, hverdagsrehabilitering, innovasjon i helse- og omsorgssektoren og metodikk for innovasjonsarbeid i helse- og omsorgssektoren.
margrete.selseng@tromso.kommune.no

