



Å være i rollen som ergoterapeut på sykehjem-
Det som er og det som ikke er

Anja Bertheussen Karolius
VID vitenskapelige høgskole
Oslo

Masteroppgave
Master i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre

Antall ord: 23 533

01.06.17

Obligatorisk erklæring

Navn: Anja Bertheussen Karolius
Navn på studiet: Master i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre, heltid
Navn på eksamen: Masteroppgave
Emnekode: MAELDRE-412
Innleveringsfrist: 01.06.17
Antall ord: 23 533

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med navn erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Navn: Anja Karolius

Masteroppgaver med karakteren A-C:

Jeg samtykker i at min masteroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss Ja: Nei:

Forord

Jeg ønsker å takke for fine år som masterstudent ved VID Vitenskapelige Høgskole. Takk til flotte medstudenter for gode diskusjoner og samtaler, og takk til dyktige og kunnskapsrike forelesere.

En stor takk til min engasjerte veileder Marianne Thorsen Gonzalez, for konstruktiv og motiverende veiledning. Uten din kunnskap og erfaring, og ikke minst din tro på meg og denne oppgaven, hadde jeg aldri kommet i mål.

Til slutt vil jeg takke de flotte ergoterapeutene som gjestfritt tok i mot meg og delte sine erfaringer fra sin arbeidshverdag med meg. Denne oppgaven hadde ikke blitt til uten dere!

Anja Bertheussen Karolius

Sammendrag

Bakgrunn:

Ergoterapeuters kompetanse tar utgangspunkt i meningsfull aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. Mange ergoterapeuter arbeider innenfor eldreomsorgen, samtidig lever mange av beboerne ved sykehjem passive liv.

Hensikt:

Hensikten med studien var å utforske erfaringene til ergoterapeuter som arbeider ved sykehjem. Hva kjennetegner ergoterapeuters erfaringer med utøvelse av sin profesjon ved arbeid i sykehjem?

Metode:

Studien hadde et deskriptivt design med kvalitativt forskningsintervju som metode for innsamling av data. Fem semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med seks informanter, og består av ergoterapeutenes fortalte erfaringer. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert. Analysen ble utført med systematisk tekstkondensering etter inspirasjon fra Malterud (2013).

Funn:

Funnene i studien viser at ergoterapeutene som arbeider ved sykehjem i stor grad arbeider med formidling av hjelpemidler. Informantene erfarte at den brede kompetansen de besitter omkring aktivitet ofte ikke blir sett av andre ansatte ved sykehjemmene, og at de derfor også utfører mange ”usynlige” arbeidsoppgaver. Funnene består av kategoriene: å aktivisere beboerne, å vurdere og identifisere, å være i ergoterapeut rollen, å ønske noe mer, samarbeidsrelatert fokus og tydeliggjøring av eget fag.

Konklusjon:

Funnene viser at ergoterapeutene i relativt stor grad jobber med ensidige oppgaver, og at det er mye av sin kompetanse de ikke får brukt i sin arbeidshverdag. Funnene viser et behov for mer klare retningslinjer på hva ergoterapeuter kan bidra med innenfor eldreomsorgen.

Nøkkelord: Ergoterapi, eldre, sykehjem, erfaringer, kompetanse

Summary

Background:

Occupational therapists competence is largely based on meaningful activity/occupation and participation in everyday life. Many occupational therapists work in elderly care, but despite this, many residents in nursing homes are living passive lives.

Purpose:

The purpose of this study was to explore the experiences of occupational therapists who work in nursing homes. What characterizes occupational therapists experiences with the exercise of their own profession while working in nursing homes?

Method:

The study had a descriptive design with qualitative research interviews as the method of collecting data. Five semi-structured interviews were conducted with six informants, and consist of the occupational therapists told experiences. The interviews were tape-recorded and transcribed. The analysis was performed using systematic text condensation inspired by Malterud (2013).

Findings:

The findings of this study reveal that occupational therapists that work in nursing homes are largely working with providing technical aids. The informants experienced that other staff at the nursing homes often overlooked the occupational therapists broad competence about occupation, and that they therefore perform many “invisible” tasks. The findings consists of the categories: to get nursing home residents to participate in activities, to assess and identify, to be in the role as occupational therapist, to wish for something more, cooperation-related focus, and clarifying own subject.

Conclusion:

The findings reveal that the occupational therapists have unilateral tasks, and that there is a lot of their competence they never get the chance to perform in their everyday work. The indicates a need for a better understanding on what occupational therapists have the competence to contribute to within elderly care.

Keywords: Occupational therapy, elderly, nursing homes, experiences, competence

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	8
1.1 Hensikt og problemstilling	9
1.2 Begrepsavklaringer	9
1.3 Oppgavens oppbygging	9
2.0 Teoretisk rammeverk	10
2.1 Kapittelets oppbygging	10
2.2 Ergoterapiens historie	10
2.2.1 Hjelpemiddelformidling	10
2.3 Teorier om eldre	11
2.3.1 Livskvalitet, trivsel og velvære for eldre.....	12
2.3.2 ADL og eldre.....	13
2.3.3 Fysisk aktivitet og eldre.....	13
2.3.4 Rehabilitering og vedlikehold av funksjoner hos eldre	13
2.3.5 Hverdagsmestring som sentralt begrep i arbeid med eldre.....	14
2.4 Ergoterapeutiske strategier og modeller	15
2.4.1 Aktivitetsvitenskap	15
2.4.2 Aktivitetsanalyse	15
2.4.3 Aktivitet og ”occupation”	16
2.4.4 Vurderingsredskaper i ergoterapifaget	16
2.4.5 Modeller i ergoterapi	18
2.5 Viktige begreper i ergoterapi	19
2.6 Ergoterapi innen eldreomsorgen	20
2.7 Sykehjem som institusjon	21
2.7.1 Kvalitet gjennom aktivitet i sykehjem.....	23
2.7.2 Kvalitet i pleie og omsorg	25
2.8 Tverrfaglig samarbeid og flerfaglighet	25
2.9 Relevant forskning	26
3.0 Design og metode	28
3.1 Bakgrunn for valg av design og metode	28
3.1.1 Fenomenologi og hermeneutikk	28
3.2 Forforståelse	29
3.3 Metode for innsamling av data	29
3.3.1 Utvalg	29
3.3.2 Forberedelse til intervju.....	30
3.3.3 Gjennomføring av intervju	30
3.4 Transkripsjon av lydopptak	31
3.5 Analyse av data	31
3.5.1 Trinn 1: skape et helhetsinntrykk	32
3.5.2 Trinn 2: identifisere meningsbærende enheter	32
3.5.3 Trinn 3: kondensering.....	33
3.5.4 Trinn 4: sammenfatning	34
3.6 Etske vurderinger	35
4.0 Presentasjon av funn	36
4.1 Å aktivisere beboerne	36

4.1.1	Å tilrettelegge for aktivitet i gruppe	36
4.1.2	Å tilrettelegge for aktivitet alene	37
4.1.3	Å trene med beboerne	38
4.2	Å vurdere og identifisere	40
4.2.1	Å identifisere funksjonssvikt og ressurser	40
4.2.2	Å bidra med hjelpemidler	41
4.2.3	Å bli kjent med beboernes interesser og livshistorie	41
4.3	Å være i ergoterapeut rollen	42
4.3.1	Å ha frihet og ansvar	43
4.3.2	Å være til disposisjon for stort og smått	44
4.3.3	Å kjenne seg alene	45
4.3.4	Å lære bort og å veilede	54
4.4	Å ønske noe mer	46
4.4.1	Å jobbe mer med aktivitet	46
4.4.2	Å jobbe mer systematisk med rehabilitering	47
4.4.3	Å ha mer tid og mer ressurser	48
4.5	Samarbeidsrelatert fokus	49
4.5.1	Å ha forskjellige syn	49
4.5.2	Å utveksle informasjon på møter	50
4.5.3	Å ha godt faglig fellesskap og gode samarbeidspartnere	51
4.5.4	Å administrere og dokumentere	52
4.6	Tydeliggjøring av eget fag	52
4.6.1	Å være synlig	52
4.6.2	Å være usynlig	53
4.7	Oppsummering av funn	55
5.0	Drøfting av funn	56
5.1	Å aktivisere sykehjemsbeboere	56
5.1.1	Gruppeaktiviteter	56
5.1.2	Individuelle aktiviteter	58
5.1.3	ADL og fysisk aktivitet	59
5.2	Å vurdere	60
5.2.1	Kartleggingsverktøy	60
5.2.2	Kartlegging av interesser og meningsfulle aktiviteter	60
5.2.3	Hjelpemiddelformidling	61
5.3	Å være i rollen og å ønske noe mer	62
5.3.1	Rollen som ergoterapeut ved sykehjem	62
5.3.2	Ønsker for arbeidshverdagen	63
5.4	Samarbeid	65
5.4.1	Mer flerfaglig enn tverrfaglig	65
5.5	Å gjøre seg gjeldende	67
5.5.1	Det synlige	67
5.5.2	Det usynlige	68
6.0	Konklusjon og avslutning	70
6.1	Funnesens essens	70
6.2	Implikasjoner for praksis	71
6.3	Videre forskning	72

7.0 Litteraturliste.....	73
Vedlegg 1	77
Vedlegg 2	78
Vedlegg 3	80
Vedlegg 4	82

1.0 Innledning

Masteroppgavens tema er ergoterapeuters erfaringer av utøvelse av sin profesjon ved sykehjem. Hasselkus, Dickie og Gregory viser til Stancliff (1996), som i sin studie la fram tall som viste at i 1995 arbeidet omtrent 38 prosent av registrerte ergoterapeuter med eldre pasienter, men at det likevel ble rapportert at rollen som ergoterapeut innen eldreomsorgen var vanskelig å definere (Hasselkus, Dickie og Gregory, 1997:132).

Ergoterapeuter har mange års erfaring fra arbeid med eldre, men rapporterer fortsatt at deres rolle har en usikker ideologi (Dorrestein og Hocking 2010:50). Innenfor akutt fysisk pleie rapporterte for eksempel ergoterapeuter at de erfarte at leger, medlemmene i det tverrfaglige teamet og pasienter kunne misforstå ergoterapeutens rolle (Shiri 2006:8). Også Atwal (2002:450) rapporterer i sin studie at ergoterapeuter erfarer at rollen blir misforstått, dette fordi ergoterapeuter, ledere og sykepleiere ofte kan ha liten forståelse for hverandres roller.

Shiri (2006:8) rapporterer videre i sin studie at mangel på respekt for ergoterapeuter og deres kunnskaper og ferdigheter fra leger og ledelse, kan være svært frustrerende for ergoterapeutene. En av informantene i studien erfarte for eksempel at det var frustrerende at ergoterapeuten ble regnet som en som skaffer utstyr. Dette kommer også fram i Atwal (2002:449) sin studie, der det rapporteres at ergoterapeuter erfarte at andre medlemmer i de tverrfaglige teamene så på ergoterapeuter som leverandører av tekniske hjelpemidler. Det kommer også fram at ergoterapeuten ikke erfarte at deres kunnskaper og kompetanse blir anerkjent av flere i det tverrfaglige teamet.

Studier viser at beboere ved sykehjem bruker omtrent 65 prosent av tiden på å ikke gjøre noe som helst, og at de kan bruke så mye som 17 timer hver dag i sengen utenom de daglige, rutinemessige aktivitetene (Tak m.fl. 2014:2).

I en rapport gjort av NOVA om bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem, står det at 46 prosent i sykehjem rapporterte at de hadde nok tid til å følge med på pasientenes behovsutvikling for å legge til rette for riktige tiltak (Gautun og Bratt 2014:62). Pleiepersonell rapporterte at de gjerne skulle hatt mer tid til å for eksempel ta med beboerne ut på kafe eller turer, men at det er liten tid til slike oppgaver på sykehjem i dag. Studier viser at sykepleiere ofte opplever at tidspresset truer kvaliteten i pleien, da de prekære behovene prioriteres og de psykososiale behovene og aktivitetsbehovene ofte nedprioriteres (Ingstad 2010:14-17).

Primært er det ivaretagelse av de fysiske pleiebehovene som får plass i hverdagen på sykehjem. En av grunnene til dette kan være at beboere ved sykehjem ofte er skrøpelige, og at det å finne hver enkelt beboers ressurser derfor kan være vanskelig. Det er derfor viktig at ekstra tid og oppmerksomhet blir gitt til hver enkelt beboer, slik at en har mulighet til å oppdage helsefremmende ressurser (Jakobsen og Granbo 2011:153).

1.1 Hensikt og problemstilling

Aktivitet er et viktig og grunnleggende begrep innenfor ergoterapifaget, likevel er beboere ved sykehjem ofte passive. Derfor er dette et område som det er viktig å forske mer på.

Hensikten med studien er derfor å utforske og beskrive ergoterapeutenes erfaringer med å arbeide ved sykehjem, og på hvilken måte de får brukt sin faglige kompetanse.

Følgende problemstilling ble utformet, og skal besvares gjennom studien:

Hva kjennetegner ergoterapeuters erfaringer med utøvelse av sin profesjon ved arbeid i sykehjem?

1.2 Begrepsavklaringer

I denne oppgaven blir begrepet *beboer* brukt som betegnelse for de som bor ved sykehjem. De fleste informantene brukte betegnelsen beboere når de fortalte om de som bor ved sykehjemmene der de arbeider. Beboer vil i denne oppgaven ha betydningen; de menneskene som bor og mottar helsetjenester ved sykehjem.

I noen tilfeller vil betegnelsen *pasient* og *bruker* bli brukt, dette er fordi noen av de studiene som blir brukt som teori i oppgaven har benyttet pasient og bruker som betegnelse.

1.3 Oppgavens oppbygging

Videre i oppgaven vil det i kapittel 2 presenteres en gjennomgang av ulike teoretiske perspektiver for studien, samt en gjennomgang av søkestrategi og relevante funn i databaser. I kapittel 3 vil design og metode presenteres, gjennom beskrivelse av kvalitativ metode og kvalitativt intervju, samt beskrivelse av prosessen fra valg av informanter til analyseprosessen. Kapittel 4 vil presentere funnene, og i kapittel 5 vil funnene diskuteres opp mot relevant teori og forskning. I kapittel 6 vil konklusjon presenteres, samt implikasjoner for videre forskning.

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Kapittelets oppbygging

I dette kapittelet vil teori om hvor og hvordan ergoterapifaget oppsto presenteres. Videre vil teorier om eldre presenteres, og deretter strategier og modeller innenfor ergoterapifaget, viktige begreper innen ergoterapifaget og teori om ergoterapeuter innen eldreomsorgen. Videre vil teori om sykehjem som institusjon og kvalitet i sykehjem presenteres, samt tverrfaglig samarbeid og flerfaglighet.

2.2 Ergoterapiens historie

Faget ergoterapi oppsto rundt 1900, og pionerene innenfor faget besto av mennesker med forskjellige erfaringer og forskjellige yrkesbakgrunner. Til tross for dette hadde de et felles syn på aktivitet; at aktivitet er et menneskelig behov og kan være et middel for gjenopptrening eller avledning fra sykdom (Ness 2002:7).

Susan Tracy som var utdannet sykepleier blir regnet som den første ergoterapeut. Gjennom sin erfaring med aktivitet, brukte Tracy det som et middel i arbeid med pasienter (Ness 2002:8-9). William Rush Dunton blir omtalt som ergoterapifagets far, da han som psykiater publiserte en rekke bøker og artikler om ergoterapi og rehabilitering. I 1915 skrev han den første omfattende læreboka i ergoterapi, "Occupational Therapy- a manual for nurses". Eleanor Clarke Slagle var sosialarbeider og startet den første ergoterapiutdanningen (Ness 2002:9-10).

I 1917 ble det første ergoterapiforbundet utviklet og besto av en tverrfaglig sammensatt gruppe, bestående av en sosialarbeider, en psykiater, to arkitekter, en kunstner og en sekretær (Ness 2002:9-10). Ness viser til Munthe, som i 1962 skrev at den første, toårige ergoterapiutdanningen i Norge startet i 1956. Til og begynne med ble kunnskap fra andre fag først og fremst brukt i utdanningen, som anatomi, fysiologi, sykdomslære og psykologi (Ness 2002:12-13).

2.2.1 Hjelpemiddelformidling

Ergoterapeutens rolle innenfor tekniske hjelpemidler har vært registrert helt siden 1940-årene (Whitcombe-Shingler 2006:28). Målet med *hjelpemiddelformidling* er økt aktivitet og deltakelse for brukeren gjennom nødvendige og hensiktsmessige hjelpemidler

(Ergoterapeutene 2011:3). Hjelpemidler skal være til hjelp for å løse pasientens praktiske problemer i hverdagslivet, samt være til hjelp for å forebygge funksjonstap, og opprettholde og bevare funksjoner (Henriksen 2000:6).

Hjelpemidler skal gi mennesker med funksjonsnedsettelse eller sykdommer mulighet til å ta kontroll over eget hverdagsliv, gjennom å muliggjøre for aktivitet, gjøre aktiviteter i hverdagslivet lettere eller mer effektive, og hjelpemidler kan føre til sosial og samfunnsmessig deltakelse. For ergoterapeuter er det å kunne medvirke til dette en kjernekompetanse (Brandt, Madsen og Peoples 2015:375-376). I boken ”Mens vi venter på eldrebølgen” (Vik 2015:64-67) står det at det er viktig for eldre å få tilgang til hjelpemidler, da hjelpemidlene har en innvirkning på de eldres muligheter for aktivitet og deltakelse.

Ergoterapeuter har en sentral rolle i hjelpemiddelformidling fordi de har kunnskap om menneskers behov for utvikling gjennom aktivitet og deltakelse. Ergoterapeuter har også en evne til å se at det er en relasjon mellom funksjon og omgivelser, og hvilke hjelpemidler som kan være hensiktsmessige for å tette eventuelle gap mellom personens funksjoner og omgivelsenes hindringer for aktivitet og deltakelse (Ergoterapeutene 2011:16).

2.3 Teorier om eldre

I dette kapitlet vil tre teorier om eldre bli presentert; tilbaketrekkings teorien, aktivitetsteorien og ressursmodellen. Alle tre teoriene er sentrale i ergoterapifaget.

I boken ”Mens vi venter på eldrebølgen” viser Vik til Cumming og Henry (1961) som skrev om tilbaketrekkings teorien. *Tilbaketrekkings teorien* var en av de første helhetlige teoriene om eldre og aktivitet (Vik 2015:93). Teorien bygger på at det er en gjensidig tilbaketrekkingsprosess mellom den eldre og samfunnet, at den eldre har behov for å trekke seg tilbake fra sosiale roller, og at samfunnet legger til rette for dette (Daatland og Solem 2011:145). Teorien fikk mye kritikk basert på at tilbaketrekkings teorien kunne sees på som en utstøting av den eldre gjort av samfunnet (Vik 2015:93).

Aktivitetsteorien ble i stor grad utviklet som en sammenfatning av kritikken som tilbaketrekkings teorien fikk. Aktivitetsteorien, i motsetning til tilbaketrekkings teorien, foreslo aktivitet og engasjement for den eldre. Aktivitetsteorien er ikke en formell teori, men er en

måte å tenke på; det er viktig at det legges til rette for at eldre kan være i aktivitet og deltakelse i sosiale sammenhenger. Det er likevel viktig at mennesker ikke aktiviseres kun for aktivitetens skyld, og å ha en forståelse for at hvile og ro også er viktig, spesielt for de eldste og skrøpeligste (Daatland og Solem 2011:145-147).

Ressursmodellen er en norsk modell, utarbeidet av Daatland og Solvang. Modellen deles opp i individuelle ressurser, sosiale ressurser og materielle ressurser. De individuelle ressursene handler om helse, kognitiv funksjon, personlighet og mestringsstrategier. De sosiale ressursene handler om nettverk, sosial tilknytning, status og holdninger fra andre, og de materielle ressursene handler om økonomi, bolig, trafikk og hjelpemidler (Vik 2015:97). Ved å tilføre ressurser kan det bidra til en følelse av kontroll, som videre kan gi muligheter for aktivitet og deltakelse (Daatland og Solem 2011:102-106).

2.3.1 Livskvalitet, trivsel og velvære for eldre

Å oppleve *livskvalitet* er avhengig av flere faktorer, som for eksempel økonomi og velvære. Livskvalitet har både en emosjonell og en kognitiv side, der den emosjonelle deles i positive og negative følelser, og det kognitive handler om hvor fornøyd en er med tilværelsen, og hvor fornøyd man er ved ulike sider av tilværelsen (Daatland og Solem 2011:261-264). *Trivsel* er et begrep som viser til menneskers subjektive opplevelse av egen situasjon (Bergland 2012:22). I eldre år kan evnen til trivsel sees på som at personen beholder en sterk motstandskraft og evne til tilpasning, fordi personen evner å trives til tross for tap av ressurser (Daatland og Solem 2011:272-273).

Bergland viser til Haight, Barba, Tesh og Courts (2002) når hun legger fram at det er tre sentrale faktorer i trivselsteorien. Disse består av personen selv, relasjonene til de menneskene en omgir seg med, og det fysiske miljøet en omgir seg i. Positive relasjoner kan for eksempel bidra til trivsel, og negative relasjoner kan bidra til mistrivsel. Alle tre faktorene påvirker hverandre og er alltid i samspill. Dersom samspillet mellom faktorene fungerer ideelt, kan det føre til økt trivsel. I eldre år vil det kontinuerlig skje tilpasninger i faktorene grunnet for eksempel sykdom eller endring i fysisk funksjon, dette for at personen skal kunne leve et optimalt liv selv om en møter på utfordringer og forandringer (Bergland 2012:24-28).

2.3.2 ADL og eldre

Activities of Daily Living (ADL) er de daglige aktiviteter mennesker utfører i sin hverdag. ADL deles opp i Personal Activities of Daily Living (PADL) og Instrumental Activities of Daily Living (IADL). PADL er de personlige hverdagsaktivitetene, som omhandler de basale og nødvendige aktivitetene for opprettholdelse av livskvalitet og velvære. IADL er de instrumentelle hverdagsaktivitetene, som omhandler de aktiviteter som gjør det mulig for mennesker å leve selvstendige liv i hjemmet og i samfunnet (Brandt, Madsen og Peoples 2015:129). Hos eldre med sykdommer eller funksjonsnedsettelse er aktivitetsproblemer i PADL relativt vanlige (Brandt, Madsen og Peoples 2015:362). ADL eller egenomsorg kan være å stelle seg selv, hvile, ta medisiner og å spise. Spesielt dette med å klare seg selv i personlig stell er viktig for mange, også for eldre (Vik & Eide gjengitt av Vik 2015:27).

2.3.3 Fysisk aktivitet og eldre

De siste årene har det vært mye oppmerksomhet rundt effekten av *fysisk aktivitet* for eldre, og kunnskapen rundt dette har økt betraktelig de siste 10 årene (Lexell, Frändin og Helbostad 2009:63). Både styrketrening og kondisjonstrening har vist effekt på eldre (Clegg gjengitt etter Vik 2015:169), men ulike daglige gjøremål, som husarbeid, kan også ha god effekt på fysisk funksjon (Ainsworth, Haskell og Whitt gjengitt etter Vik 2015:169).

Gjennom å være fysisk aktiv, kan den eldre forebygge videre helseplager, samt forbedre fysisk og psykisk funksjon, som igjen kan føre til mer selvstendighet og økt livskvalitet. Også for eldre med allerede lavt funksjonsnivå og/eller et sammensatt sykdomsbilde, er det påvist at fysisk aktivitet og trening kan ha en effekt for å fremme helse og forebygge videre funksjonsnedsettelse (Lexell, Frändin og Helbostad 2009:63). Fysisk aktivitet kan også ha positiv virkning på den eldres kognitive funksjoner. Fysisk aktivitet kan for eksempel bedre blodsirkulasjonen til hjernen, samt ha virkning på hukommelsen (Kramer m.fl. gjengitt etter Daatland og Solem 2011:82).

2.3.4 Rehabilitering og vedlikehold av funksjoner hos eldre

Eldre har økt risiko for å en rekke sykdommer og skader (Rockwood m.fl. gjengitt etter Solvang og Slettebø 2012:232), som betyr at eldre mennesker i stor grad har behov for helsetjenester, blant annet *rehabilitering* (Cameron og Kurrle gjengitt etter Solvang og Slettebø 2012:232). Til tross for at eldre har behov for rehabilitering, er ikke dette et

satsningsområde i dag. Rehabilitering av eldre blir underprioritert, fordi det ikke har noen økonomiske fordeler for helsetjenesten å satse på rehabilitering for eldre (Hjort og Furuseth gjengitt etter Solvang og Slettebø 2012:232). Eldre møter ofte en forventning fra samfunnet om at de bør være fornøyde med å få hjelp til daglige aktiviteter, og eldre stiller derfor sjelden krav om å delta og å få rehabilitering (Giles m.fl. gjengitt etter Bredland, Linge og Vik 2011:155). Det er kanskje nettopp derfor at eldre bør prioriteres til rehabilitering, slik at de ikke blir presset til passivitet (Bredland, Linge og Vik 2014:155).

Rehabilitering handler i stor grad om å ha håp for framtiden og å komme tilbake til hverdagslivet, men for ergoterapeuter og andre som arbeider innenfor eldreomsorgen, må en til en viss grad godta at framtiden for beboerne ofte er kort, og at håpet for framtiden ser annerledes ut enn for mange andre brukergrupper innenfor rehabilitering. Generell rehabilitering er ikke alltid passende innenfor langsiktig omsorg som for eksempel sykehjem. Det kan oppstå utfordringer og begrensninger for rehabilitering, da pasientene ofte er eldre og har nedsatt funksjon (Hasselkus, Dickie og Gregory 1997:134).

Det kan være vanskelig å se og dokumentere effekt av rehabilitering hos eldre, fordi det kan være vanskelig med bedring, og derfor blir vedlikehold av funksjoner mer i fokus (Hasselkus, Dickie og Gregory 1997:134-135). *Vedlikeholdende arbeid* har som mål å bevare de aktiviteter og ferdigheter pasienten allerede besitter, slik at de kan oppleve en meningsfull, deltakende og verdsatt tilværelse (Ness 1999:28).

2.3.5 Hverdagsmestring som sentralt begrep i arbeid med eldre

Hverdagsmestring handler om selvbestemmelse for den enkelte, for eksempel kan selvbestemmelse innenfor hverdagsmestring være at en selv bestemmer hva en vil ha på brødskena (Ness 2016:35). Hverdagsmestring kan knyttes tett opp mot hverdagsrehabilitering, som blant annet skal bistå til at pasienten oppnår best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse. I hverdagsrehabilitering står brukerstyrte tiltak sentralt, og tar utgangspunkt i hva den enkelte synes er viktige aktiviteter i sitt hverdagsliv (Ness m.fl. 2012:14).

2.4 Ergoterapeutiske strategier og modeller

Det finnes mange strategier og modeller innenfor ergoterapifaget, som også er viktig og relevant innenfor eldreomsorgen. I dette avsnittet vil de strategiene og modellene som er mest relevant for denne studien presenteres.

2.4.1 Aktivitetsvitenskap

Aktivitetsvitenskap er en akademisk disiplin innen samfunnsfagene. Aktivitetsvitenskapen tar sikte på å produsere kunnskap om aktivitet gjennom teori og systematiske, disiplinerte metoder for undersøkelse (Creek 2010:29).

I grunnlaget for aktivitetsvitenskapen ligger begrepene aktivitet og deltakelse sentralt, som også er de sentrale begrepene i ergoterapifaget. Innenfor aktivitetsvitenskapen utvikles viten om å undersøke mennesker i sine naturlige omgivelser, betrakte mennesker som opphav til egen aktivitetsutøvelse, samt å fokusere på prosessen som bidrar til at aktivitetsutøvelse utvikles gjennom hele livet. Videre utvikles viten om å erkjenne at erfaringer med aktivitet er individuelt, og at menneskers interesser, nysgjerrighet og indre motivasjon er grunnleggende. Samt å ha fokus på organisering og balanse i menneskers hverdagsaktiviteter, og å være åpen for kompleksiteten i aktiviteter (Brandt, Madsen og Peoples 2015:411-412).

På mange måter har utviklingen av aktivitetsvitenskap vært med på å utvikle praksis i ergoterapi. Gjennom aktivitetsvitenskapen har vitenskap og evidens for menneskelig aktivitet og deltakelse, og dets betydning blitt utviklet. Dette har vært med på å kvalifisere utøvelsen av ergoterapifaget i praksis, også kalt evidensbasert praksis (Brandt, Madsen og Peoples 2015:411-412).

2.4.2 Aktivitetsanalyse

Aktivitetsanalyse blir, og har alltid blitt sett på, som en grunnleggende ferdighet for ergoterapeutisk praksis (Brandt, Madsen og Peoples 2015:197-198). Aktivitetsanalyse går ut på å dele opp en aktivitet inn i de komponentene som påvirker hvordan aktiviteten er valgt, og hvordan den organiseres og gjennomføres i samspill med omgivelsene den gjennomføres i (Creek 2010:207-216).

I en aktivitetsanalyse skal ergoterapeuten reflektere over hvordan en aktivitet kan utføres, hvor den kan utføres, og hvilken betydning aktiviteten kan ha. Aktiviteten som analyseres er en aktivitet som bruker selv har identifisert som meningsfull, og en aktivitet som bruker har som vane å utføre på en bestemt måte og i en bestemt kontekst. For å kunne analysere en aktivitet må ergoterapeuten ha kunnskap om aktiviteten, og de sekvensene som inngår i aktiviteten (Brandt, Madsen og Peoples 2015:411-412). For eksempel å pusse tennene kan bestå av sekvensene; *gripe etter tannbørsten – gripe etter tannkremen – skru korken av kremen – klemme kremen ut av tuben – skru på korken - legge fra seg tannkremen – pusse tennene.*

2.4.3 Aktivitet og occupation

”Occupation” defineres innenfor ergoterapifaget som en gruppe aktiviteter som har personlig og sosiokulturell mening, har fått navn innen en kultur og støtter deltakelse i samfunnet. Egenomsorg, produktivitet og fritid er kategorier som, innenfor ergoterapifaget, kan kalles ”occupation”. En ”occupation” har mening for personen som engasjerer deg i den. Begrepet ”occupation” er vanskelig å gi en endelig definisjon, fordi det kommer an på eget språk og kultur (Creek 2010:64-71). I Norge og Danmark blir begrepet ”occupation” oversatt til *meningsfull aktivitet* (Brandt, Madsen og Peoples 2015:121-122).

Aktivitet og ”occupation” (eller meningsfull aktivitet), kan ofte være vanskelig å skille. En viktig forskjell er at ”occupation” alltid har en mening eller en hensikt. Aktivitet blir definert som en strukturert serie av handlinger eller oppgaver som bidrar til meningsfull aktivitet (Creek 2010:71-75).

2.4.4 Vurderingsredskaper i ergoterapifaget

Norsk ergoterapeutforbund publiserte i 2015 tre medlemsundersøkelser om bruk av *vurderingsredskaper* blant norske ergoterapeuter. Den første undersøkelsen omhandler ergoterapeuters begrunnelser for bruk av, eller ikke bruk av, vurderingsredskaper. Den andre undersøkelsen omhandler i *hvilke situasjoner* ergoterapeutene bruker vurderingsredskaper, og den tredje omhandler hvilke redskaper de bruker.

Vurderingsredskaper inkluderte i undersøkelsene å kartlegge, sette mål, undersøke respons på tiltak, evaluering av tiltakene og eventuelle oppfølginger. Ved å bruke vurderingsredskaper

kan sammenhengen mellom brukers kroppsstruktur, funksjon, aktivitet, deltagelse, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer bli tydelig (Horghagen m.fl. 2015:49). Å bruke vurderingsredskaper er en sentral del av ergoterapifaget, da kartlegging brukes for å få en brukerprofil som kan inneholde både brukers roller, verdier, interesser, behov og prioriteringer. Medlemsundersøkelsen viser at norske ergoterapeuter bruker mange vurderingsredskaper, og at det varierer mellom hvilke redskaper som brukes (Dolva m.fl. 2015:45).

Den første undersøkelsen viste at ergoterapeutene er positive til bruk av vurderingsredskaper. Bruk av vurderingsredskaper kan styrke valg av tiltak som ergoterapeuten setter i gang, kan vise nytteverdien av ergoterapi, samt at bruken høyner ergoterapeutenes bevissthet om hvorfor de gjør det de gjør. Undersøkelsen viser også at redskapene utvikler ergoterapeutenes kvalifikasjoner for å kommunisere eget fag bedre, både til brukere, pårørende, kollegaer og samarbeidspartnere (Horghagen m.fl. 2015:52-55).

Den andre undersøkelsen viser at ergoterapeuter i stor grad bruker vurderingsverktøy i forbindelse med den første vurderingen av bruker. Å bruke slike verktøy i den første vurderingen er svært viktig for å kunne gi god behandling og terapi til brukeren (Bonsaksen m.fl. 2015:40).

Den tredje undersøkelsen viser at ergoterapeutene bruker vurderingsverktøy som er knyttet til somatisk helse og Eldres helse mest. To redskaper utpekte seg som de mest brukte blant norske ergoterapeuter; Canadian Occupational Performance Measure (COPM) og Mini Mental Status Evaluering (MMS-E). COPM ble rapportert som mest brukt, og utføres som et semistrukturert intervju. COPM kan brukes hos brukere i alle aldersgrupper over 7 år, samt for alle diagnoser. Redskapet måler aktivitet og deltagelse (Dolva m.fl. 2015:46-48).

MMS-E måler kroppsfunksjon og aktivitet, og inngår ofte som en del av demensutredning, kartlegging etter hjerneslag og ved vurdering av kognitiv egnethet ved bilkjøring. Resultatene viste også at en del av medlemmene brukte Klokketesten, enten sammen med MMS-E eller separat. Dette kan tyde på at mange norske ergoterapeuter er involvert i utredning og undersøkelser av kognitiv svikt og demens (Dolva m.fl. 2015:47-48).

MMS-E er et kartleggingsverktøy som brukes til kognitiv utredning, men testen er ikke et tilstrekkelig verktøy til å diagnostisere demens (Aldring og Helse 2014:7). MMS måler mental kapasitet som kan avdekke vansker i forhold til områdene hukommelse, innlæring,

gjenkalling, regning, språk, orientering, rom- og retningssans, oppmerksomhet, forståelse og skriving (Skøien, Hovden og Vågsmyr 2014:93).

Klokketesten brukes også til kognitiv utredning, men er heller ikke et verktøy som er tilstrekkelig til å diagnostisere demens (Aldring og Helse 2014:11). Klokketesten kan avdekke problemer hos pasient i forhold til neglekt, rom- og retningssans, tidsorientering, oppmerksomhet, forståelse og eksekutiv funksjon (Skøien, Hovden og Vågsmyr 2014:94).

Undersøkelsen viste også at interessesjekklister blir mye brukt blant norske ergoterapeuter (Dolva m.fl. 2015:48). Gjennom Model Of Human Occupation (MOHO) har kartleggingsinstrumentet Interessesjekkliste blitt utviklet. Instrumentet tar utgangspunkt i MOHO og begrepene fra modellen. Den norske versjonen består av 70 aktiviteter i ulike kategorier, men instrumentet er også åpen for å ta for seg aktiviteter som ikke er på listen. Bruker fyller ut listen enten alene eller sammen med ergoterapeut, og skal vurdere interessene i tidsdimensjonene fortid, nåtid og fremtid (Ness 2009).

2.4.5 Modeller i ergoterapi

Tre vanlige *modeller* innenfor ergoterapifaget er The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E), Model of Human Occupation (MOHO) og The Person-Environment-Occupation-Performance Model (PEOP) (Wong og Fisher 2015:298).

CMOP-E samsvarer med grunnleggende prinsipper for klientsentrert praksis, sosial rettferdighet og aktivitet. Modellen har fokus på at bruker består av kognitive, affektive og fysiske utøvelseskomponenter, og åndelighet er en viktig komponent i CMOP-E. I modellen defineres åndelighet som en gjennomgripende livskraft, kilden til vilje og selvbestemmelse, samt en følelse av mening, formål og tilknytning som mennesker føler i sammenheng med deres miljø. Det er viktig å ha fokus på sosial endring, som sosiale ulikheter i modellen, og ergoterapeuten må derfor vurdere tilpasning mellom individ og miljø (Wong og Fisher 2015:300-301).

MOHO er en modell som legger sterk vekt på brukers dynamiske, indre tilpasning som følge av deltakelse i aktivitet. MOHO har fokus på hvordan de personlige aspektene innenfor vilje, vane og utøvelseskapasitet påvirker personens ferdigheter, utøvelse av aktivitet og deltakelse i aktivitet, som igjen bidrar til aktivitetstilpasning i miljøet. Miljømessige faktorer som gjenstander, rom, sosiale-, kulturelle- og politiske krav, blir i MOHO beskrevet som krav og

konsekvenser fra miljøet. Modellen har stort fokus på indre utvikling og endring, eller tilpasning av aktiviteter, som er resultatet av positiv aktivitetsidentitet og en oppnåelse av aktivitetskompetanse. I MOHO er det viktig å forsøke og forstå og utvikle en persons aktivitetsidentitet og aktivitetskompetanse, slik at en lettere kan tilpasse seg de dynamiske kravene til hverdagslivets aktiviteter (Wong og Fisher 2015:300-301).

PEOP gir et rammeverk av fem dimensjoner av personen; psykologiske, nevrologiske, åndelige, fysiologiske og motoriske, og ser disse dimensjonene i sammenheng med utøvelse av aktivitet og deltakelse. Ved å analysere disse faktorene, kan ergoterapeuten kartlegge personens ressurser og begrensninger på tvers av dimensjonene. PEOP ser på miljøet som en faktor som enten fremmer eller hemmer utøvelse av aktivitet. Modellen legger altså lik vekt på personlige faktorer og miljøfaktorer når vurdering og intervensjon skal utføres. Modellen legger vekt på viktigheten av kompetanse om aktivitetsutøvelse for å oppnå deltakelse i aktivitet (Wong og Fisher 2015:300-301).

2.5 Viktige begreper i ergoterapi

Utøvelse (performance) defineres som å velge, organisere og gjennomføre en meningsfull aktivitet/aktivitet/handling i samspill med omgivelsene (Creek, J. 2010:84-91). For eksempel dersom en velger å koke egg, må aktiviteten organiseres og gjennomføres ut i fra hvilke omgivelser aktiviteten skal utføres i. *Utøvelseskapasitet* er de mentale og fysiske evnene mennesker har, og hvordan disse evnene brukes og oppleves i utførelsen av aktivitet (Kielhofner 2009:164).

Vane eller "habit" er utøvelsesmønstre i dagliglivet som en tilegner seg gjennom ofte gjentatte repetisjoner (Creek, J. 2010:101-106). Vane er en prosess der handlinger og aktiviteter blir organisert i mønstre og rutiner, som er skapt i hverdagen gjennom gjentatte handlinger i spesifikke kontekster. Vane er de innlærte måtene en utfører aktiviteter på, og vanene blir ofte utført automatisk (Kielhofner 2009:163-164). *Vilje* eller "volition" er evnen til å velge å gjøre noe, eller å fortsette å gjøre noe, samt å være bevisst på at utførelsen av aktiviteten er frivillig (Creek, J. 2010:160-163). Vilje er prosessen som skjer med at en motiveres til aktivitet og velger de aktivitetene en ønsker å utøve (Kielhofner 2009:162-163).

Rolle er de sosiale og kulturelle normene og forventningene til utøvelse, og er knyttet til hver enkeltes sosiale og personlige identitet. *Deltakelse* er involvering og engasjement i livssituasjoner gjennom aktivitet utført i en sosial kontekst (Creek, J. 2010:173-178).

Deltakelse handler om menneskers muligheter for å være involvert i, og få adgang til, sosiale og samfunnsmessige sammenhenger, både alene og sammen med andre (Brandt, Madsen og Peoples 2015:124-125).

Vurdering eller *kartlegging* er en av ergoterapeuters grunnleggende ferdigheter, og er en svært viktig del av all ergoterapeutisk intervensjon. Kartlegging er en prosess der en samler inn, analyserer og tolker informasjon om pasientens funksjoner og miljøer. Dette skjer gjerne gjennom testing, observasjon og målinger, for å ta beslutninger om intervensjon, samt å observere endringer. *Evaluering* er en prosess der ergoterapeuten skaffer, tolker og vurderer informasjon, slik at en kan prioritere problemområder og behov, planlegge og endre intervensjon, samt bedømme om intervensjonen har verdi for pasienten (Creek, J. 2010:223-234).

2.6 Ergoterapi innen eldreomsorgen

Det er vanskelig å finne teori og forskning om ergoterapeuter som arbeider ved sykehjem, derfor vil det i dette avsnittet også legges fram teori om ergoterapeuter som arbeider med eldre ved andre steder, som kan knyttes opp mot arbeid ved sykehjem.

På Norsk Ergoterapeutforbund sine nettsider blir ergoterapeutens rolle og oppgaver innenfor arbeid med eldre beskrevet. Ergoterapeuter jobber for at brukerne skal oppleve deltakelse og inkludering i hverdagslivet, utvikling av mestring, tilrettelegge aktiviteter og endre omgivelsene. Ergoterapeuter kan tilrettelegge for deltakelse og mestring for eldre med sammensatte funksjonsnedsettelse i komplekse omgivelser. Ergoterapeuter verdsetter Eldres ressurser og deltakelse, vurderer hjelpebehov og potensiale for rehabilitering, samt vurderer og undersøker funksjon hos eldre med sammensatte funksjonsnedsettelse. I tillegg har ergoterapeuter fordypet kunnskap om hverdagsaktivitet og helse, kan gradere aktiviteter i forhold til den Eldres hverdagsliv, og trene systematisk på daglige aktiviteter. I forhold til endring av omgivelser kan ergoterapeuter undersøke, vurdere og planlegge samfunnsforhold som virker inn på den Eldres deltakelse, tilgjengelighet og inkludering, gjøre risikovurdering og gi veiledning i forhold til for eksempel forebygging av fall, samt formidle hjelpemidler (Bjerkaas 2012).

I følge Sackley m.fl. har ergoterapi positiv effekt på sykehjemsbeboere, og dersom mer ressurser blir ilagt terapitjenester, kan behovet for pleie- og omsorgstjenester reduseres (Sackley m.fl. gjentatt etter Jakobsen og Granbo 2011:154). I Jakobsen og Granbos studie viser funnene at ergoterapeuten ved sykehjem vektla praktiske og daglige aktiviteter som stimulerte de fysiske og mentale funksjonene til beboerne (Jakobsen og Granbo 2011:155-156).

Vik (2012) legger fram hvordan helsepersonell som arbeider i hjemmetjenesten med fokus på hverdagsrehabilitering beskriver sitt arbeid. Blant annet kommer det fram at de opplever flere utfordringer, som at både pleiepersonalet og ergoterapeutene erfarer at de møter behov hos de eldre hjemmeboende som ikke blir innfridd. Dette er fordi de eldres behov ofte blir vurdert på bakgrunn av hvilke tjenester og tiltak som finnes i kommunen, og ikke på bakgrunn av de behovene de eldre faktisk har (Vik 2012:25).

Et annet dilemma som personalet rapporterte om, er organiseringen av tjenesten. Personalet erfarte at administrerende oppgaver som møter og lignende tar tiden fra de eldre og personalets mulighet til å arbeide mer med å fremme aktivitet og deltakelse. I tillegg var personalet enige om at det blir satt av lite tid til tverrfaglig samarbeid, og at et styringssystem preget av vedtak og kvalitetssikring tok i fra dem muligheten til egne faglige vurderinger (Vik 2012:26-27).

I Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (Forskrift for sykehjem m.v. §2-1) står det at i tilknytning til oppholdet har beboerne rett på legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste. Forskriften sier ingenting konkret om ergoterapitjenestens plan eller rolle.

2.7 Sykehjem som institusjon

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie skriver i paragraf 2-1, at boform etter forskrift blant annet skal gi permanent opphold og være spesielt tilrettelagt for funksjonshemmede. Videre står det i paragraf 3-2 at boformen skal ha tilknyttet en administrativ leder, en lege med ansvar for medisinsk behandling, en offentlig godkjent sykepleier med ansvar for sykepleien, samt antall nødvendig øvrig personell for å sikre omsorg og bistand for beboer (Forskrift for sykehjem m.v. §2-1).

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) står det i paragraf 3-2 at kommunen skal tilby blant annet plass i institusjon, herunder sykehjem. I forhold til ansvar for tilbud om opphold i sykehjem, paragraf 3-2, skal kommunen tilby opphold dersom det, etter vurdering, viser seg å være det eneste tilbudet som kan sikre at pasienten får nødvendig og forsvarlig helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2).

I stortingsmelding 29, Morgendagens Omsorg, står det at det er behov for bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av beboere i sykehjem. Våren 2012 utarbeidet Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med en rekke forbund og organisasjoner åtte prinsipper for gode omsorgstjenester. Prinsippene innebærer at omsorgstjenesten bygger på et helhetlig menneskesyn og er basert på medbestemmelse, respekt og verdighet. Videre at omsorgstjenesten er tilpasset individuelle behov, viser respekt og omsorg for brukers pårørende, samt består av kompetente ledere og ansatte. Omsorgstjenesten skal også vektlegge helsefremmende aktivitet og forebyggende tiltak, være fleksibel og forutsigbar, tilby koordinerte og helhetlige tjenester, samt være lærende, innovativ og nyskapende (St.meld. nr. 29 (2012-2013)).

På 90-tallet ble eldreomsorgen en del av den nye reformen New Public Management (NPM) (Vabø gjentatt etter Ingstad 2010:14). NPM har som mål å bruke ressursene ved for eksempel sykehjem mer effektivt, i tillegg til å tilpasse behovene bedre til brukerne. Målet er å levere bedre tjenester til lavere kostnad (Gullikstad og Rasmussen gjentatt etter Ingstad 2010:14) Tanken bak reformen var å overføre elementer fra marked og private bedriftskulturer over til offentlige institusjoner (Vabø gjentatt etter Ingstad 2010:14).

NPM legger vekt på flere komponenter, blant annet å vektlegge mål og resultatstyring, bruk av standarder og prestasjonsmål, profesjonell ledelse, konkurranse og større vekt på sparsommelighet ved bruk av offentlige ressurser (Hood gjentatt etter Ingstad 2010:14). Det er fokus på hvilke mål de ulike tjenestene har, og hvilke resultater som blir oppnådd. Ved at tjenestene har tydelige mål og klare resultatkrav, er det mulig å fastslå i hvor stor grad de forutsatte resultatene oppnås (Lian gjentatt etter Ingstad 2010:14). Gjennom NPM har lederne ved tjenester fått mer makt til å lede, samt fått mer ansvar for organisasjonens resultater. Tanken med dette er at evnene til å levere gode tjenester av god kvalitet vil øke (Newman og Lawler gjentatt etter Ingstad 2010:14).

2.7.1 Kvalitet gjennom aktivitet i sykehjem

I Stortingsmelding 32, Folkehelsemeldingen, skrives det at en aktiv og trygg aldring ikke bare handler om helsetjenester til de eldre, men også om deltakelse i fysiske, sosiale og kulturelle aktiviteter (St.meld. nr. 34 (2012-2013)). I Stortingsmelding 29, Morgendagens Omsorg, står det at kultur, måltider, aktivitet og trivsel er sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Stortingsmeldingen rapporterer at videre utvikling av gode helse- og omsorgstjenester må legge mer vekt på aktivisering ved sosiale og fysiske aktiviteter, samt økt oppmerksomhet på brukernes sosiale, eksistensielle og kulturelle behov (St.meld. nr 29 (2012-2013)). Haugland (2012:43) legger vekt på at flere stortingsmeldinger påpeker at mangel på aktivitet, samt sosiale og kulturelle forhold er noe som i stor grad mangler ved dagens omsorgstilbud, og at flere stortingsmeldinger derfor legger vekt på at det skal være muligheter for den enkelte å leve et aktivt liv, og en meningsfull tilværelse sammen med andre.

Deltakelse i aktiviteter som ikke bare omhandler de daglige, rutinemessige aktivitetene er svært viktig for livskvalitet for beboere ved sykehjem (Tak m.fl. 2014:1). Derfor er det viktig at videre forskning på aktivitet og helse hos eldre inkluderer varierte aktiviteter som mentale, sosiale, fysiske, arbeidsaktiviteter og rekreasjonsaktiviteter (Haugland 2012:49).

Hauglands studie ”Meningsfulle aktiviteter på sykehjem” viser for eksempel at personalet vurderte deltakelse i konsert som en aktivitet beboerne fant interessant, men som beboere ikke vurderte som riktig så interessant. Men resultatet i studien viste også at mange av beboerne var interesserte i å delta på fellesaktivitetene generelt. Videre i studien legges det fram flere resultater der personalet hadde en formening om hvilke aktiviteter beboerne fant interessante, men som ikke stemte overens med det beboerne faktisk rapporterte (Haugland 2012:46-47).

Videre i studien legges det fram at beboerne i stor grad ønsket å delta i aktiviteter der de selv kunne være aktive. I Hauglands studie kommer det fram at personalet angir at de tror aktiviteter der beboerne blir underholdt er interessante for beboerne, men at beboerne selv rapporterer det motsatte. Beboerne rapporterer at de ønsker å delta i aktiviteter som håndarbeid, baking og lignende, der de selv aktivt kan delta, og at funnene kan tyde på at personalet overvurderer beboernes ønsker om å bli underholdt (Haugland 2012:46-47).

Tak m.fl. rapporterer i sin studie at motivasjon for å delta i aktiviteter stammer fra menneskers generelle ønske om å gjøre. I deres studie presenteres videre fram at sykehjemmene bør involvere beboerne mer i planleggingen av aktiviteter, slik at de får muligheten til å delta i de

aktivitetene de ønsker (Tak m.fl. 2014:7). Videre rapporterer Tak m.fl. at dette i stor grad er fordi man går ut i fra at, spesielt personer med demens, ikke har kognitive evner til å selv kunne fortelle hva de ønsker å delta på (Tak m.fl. 2014:2).

Ideelt sett bør aktiviteter som tilbys være i samsvar med hvilke preferanser og funksjoner hver enkelt beboer har, som kan øke deltakelse og positive erfaringer, spesielt for personer med demens (Tak m.fl. 2014:7). Haugland skriver nettopp at det er viktig at beboeres interesser kartlegges for at de skal kunne oppleve aktivitetene som tilbys på sykehjem som meningsfulle (Haugland 2012:49).

Både Tak m.fl. og Haugland rapporterer at deltakelse i meningsfulle aktiviteter kan gi en følelse av mening, økt selvfølelse, komfort, kreativitet og selvstendighet (Tak m.fl. 2014:1). Da er det avgjørende at interesser blir ordentlig kartlagt, slik at de kan tilpasses til hver enkelt for å oppleves som mest mulig meningsfulle (Haugland 2012:49).

Deltakelse i sosiale aktiviteter er en indikator for livskvalitet og velvære ved sykehjem (Tak m.fl. 2014:1). Thomas m.fl. (2013) rapporterer at forskning konsekvent har vist en sammenheng mellom sosial interaksjon og deltakelse i fritidsaktiviteter, og hvordan det har positiv virkning på helse og trivsel for eldre. De rapporterer også at sosial interaksjon og høy deltakelse i sosiale aktiviteter har en effekt på de eldres helse gjennom lavere dødelighet, økt fysisk helse og bedre kognitiv funksjon. I motsetning rapporterer de at forskning konsekvent har vist at sosial isolasjon har en sammenheng med økt risiko for hjerte-kar sykdommer, kreft, negativ atferd, forkjølelse, gjentatt innleggelse ved sykehus og økt dødelighet (Thomas, O'Connell og Gaskin 2013:245).

Thomas m.fl. (2013:245) rapporterer i sin studie at deltakerne ofte deltok i aktiviteter for å være sosiale, ikke fordi de var veldig interesserte i selve aktiviteten. De viser også til en norsk studie, som viste at positive forhold med andre beboere og deltakelse i meningsfulle aktiviteter var to faktorer som førte til trivsel. I studien rapporteres det også fram at beboernes evne til å skape nye sosiale relasjoner når en flytter på sykehjem har en større positiv effekt på beboerne enn videreføring av eksisterende relasjoner.

Det er viktig å gi sykehjemsbeboere et meningsfullt aktivitetstilbud som tar utgangspunkt i hver enkeltes ønsker og interesser. Å tilrettelegge for gode sosiale situasjoner for beboerne kan for eksempel gi bedre mental helse (Jakobsen og Granbo 2011:157).

2.7.2 Kvalitet i pleie og omsorg

God pleiekompetanse ved sykehjem er svært viktig og avgjørende for beboernes dagligliv, men ved mange sykehjem har mange ansatte lik kompetanse og tilnærming. Derfor kan en faktor for å heve kvaliteten i sykehjem, være at også andre yrkesgrupper enn sykepleiere og helsefagarbeidere er ansatt. Forskning viser for eksempel at terapeuter har kompetanse som kan være viktig på sykehjem. Terapeuter kan tilrettelegge tiltak for å maksimere funksjonsnivå, og fokusere på å opprettholde pasientenes ferdigheter i utøvelsen av daglige aktiviteter. En utfordring med dette er at sykepleierfaget er dominerende ved de fleste sykehjem, og kan virke hemmende for bidrag fra andre faggrupper. For terapeutene kan det også være vanskelig å finne sin rolle ved sykehjemmet, på grunn av den travle hverdagen i sykehjemsavdelingene. Forskning viser for eksempel at det å sette flest ressurser på pleie, kan føre til passivisering og økt nedsatt mental og fysisk funksjon hos pasientene (Jakobsen og Granbo 2011:156-157).

Måloppnåelse og budsjettkontroll er viktig ved de fleste sykehjem, og da blir det fort viktigere for pleiepersonalet å rapportere om antall gjøremål, enn å bruke tid på aktiviteter sammen med beboerne, da slike gjøremål ikke lar seg "telle" på samme måte (Jakobsen og Granbo 2011:157). Det er en sammenheng mellom kvalitet og ansattes egen opplevelse av bemanningssituasjon ved sykehjem, og ved avdelinger der ansatte rapporterer om dårlig bemanning, ble skåren for kvalitet også lav, men økt pleiebemanning gir ikke automatisk høyere kvalitet (Paulsen m.fl. 2004:2954).

Det har blitt mer krevende å gi pleie og omsorg til sykehjemsbeboere i dag enn for noen år tilbake, fordi mange beboere har flere og mer komplekse medisinske diagnoser. Sykehusene skriver ut pasienter tidligere enn før, og sykehjemmene må derfor ta i mot pasienter med komplekse sykdomsbilder og pasienter i terminal fase. På grunn av dette må arbeidsoppgavene for ansatte ved sykehjem prioriteres, og beboernes prekære behov tar mest tid, som personlig hygiene, medisin og lignende, mens andre arbeidsoppgaver ikke blir prioritert (Ingstad 2010:14-17).

2.8 Tverrfaglig samarbeid og flerfaglighet

Tverrfaglig samarbeid er et samarbeid mellom ulike profesjoner, som sammen skal arbeide for at pasient skal kunne få en helhetlig oppfølging (Bredland, Linge og Vik 2014:55). Et

tverrfaglig team skal kunne gi en helhetlig kartlegging og en helhetlig behandling av pasienten (Solvang og Slettebø 2012:237-238). Tverrfaglig samarbeid er også viktig i utredning av eldre mennesker, som ofte har sammensatte problemer. Det er derfor nødvendig at ulike profesjoner blir involvert (Vik 2015:114).

For at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere så godt som mulig, er det viktig med et felles verdigrunnlag, likeverd mellom yrkesgruppene, samt gjensidig respekt mellom yrkesgruppene (Bredland, Linge og Vik 2014:200). Det er også viktig at det er en støttende atmosfære i teamet, at alle yrkesgruppene arbeider mot et felles mål for pasienten og har en felles forståelse for hvordan målene skal nås. Det må også være lojalitet i temaet, og alle yrkesgruppene må ha lik innflytelse (Bredland, Linge og Vik 2014:200). Å være engasjert i det tverrfaglige teamet er viktig. Dersom man ikke tar vare på og arbeider med det tverrfaglige samarbeidet, kan det resultere i konflikter i temaet (Shiri 2006:6).

En vanlig utfordring ved tverrfaglig samarbeid, kan være at yrkesgruppene egentlig ikke jobber tverrfaglig, men flerfaglig. Flerfaglighet vil si at hver enkelt fagperson har ansvar for å utføre sine deloppgaver, og dialogen som er viktig for utvikling av fagkunnskap blir derfor ikke tilstede som det er i tverrfaglig arbeid (Lauvås og Lauvås gjengitt etter Jakobsen og Granbo 2011:54).

2.9 Relevant forskning

Ved gjennomgang av databaser, viste det seg tidlig at det ikke finnes mange studier som er gjort om ergoterapeuters erfaringer fra sykehjem. Studenten har utført søk i Cinahl, PubMed, SveMed+, og gjort enkle søk i Google Scholar. Søkeordene *Occupational therapy, experience, nursing home* og *elderly or aged or older or elder or geriatric*, ble brukt som kombinerte søk, samt med forskjellige skrivemåter.

Få av treffene inneholdt ergoterapeuters erfaringer fra sykehjem, men flere treff omhandler ergoterapeuter og erfaringer eller arbeid innenfor eldreomsorgen. Litteraturen som handler om ergoterapeuter innenfor eldreomsorgen kan være overførbar til å også gjelde sykehjem. I tillegg ble litteraturlistene på alle de relevante studiene grundig gått igjennom, som førte til at studenten fant flere relevante studier.

Dorrestein og Hocking (2010) rapporterer i sin studie at selv om ergoterapeuter har mange års erfaring fra arbeid med eldre, har fortsatt deres rolle som ergoterapeut en usikker ideologi (Dorrestein og Hocking 2010:50). Også Hasselkus m.fl. (1996) rapporterer i sin studie at ergoterapeuter som arbeider med eldre pasienter synes det er vanskelig å definere sin rolle (Hasselkus, Dickie og Gregory, 1997:137). Atwal (2002:448-449) rapporterer at ergoterapeuter erfarer at deres rolle innenfor akutt helse ofte blir misforstått av andre profesjoner, og Shiri (2006:8) rapporterer i sin studie at ergoterapeuter innenfor fysisk akutt pleie rapporterte at ergoterapeutens rolle kunne bli misforstått.

Studenten fant flere studier som omhandler aktivitet for beboere ved sykehjem, for eksempel hvilke aktiviteter som foretrekkes av beboerne, hvem som arbeider med aktiviteter og hvordan. Studiene utført av Tak m.fl. (2014), Thomas m.fl. (2013), Dorrestein (2006) og Haugland (2012) tar alle for seg aktiviteter for beboere ved sykehjem.

Mye av forskningen som ble funnet gjennom søkene i databaser er å finne igjen under andre punkter i denne studien, både i teoridelen og senere i drøftingen.

3.0 Design og metode

I kapitlet vil sentrale deler av forskningsprosessen presenteres. Rekruttering av informanter, metode for innsamling av data, metode for analyse, samt etiske problemstillinger vil bli presentert.

3.1 Bakgrunn for valg av design og metode

Forskningsdesign er en plan for hvordan undersøkelsen kan legges opp og gjennomføres for å kunne få svar på studiens problemstilling (Thagaard 2013:54). Et deskriptivt design ble valgt for å belyse studiens problemstilling. Utgangspunktet for studien er relatert til erfaringer, å kunne forstå og beskrive kjennetegn ved ergoterapeuters erfaringer fra sykehjem. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelige erfaringer, fenomener og fortolkninger (hermeneutikk) (Malterud 2013:26), det ble derfor naturlig at kvalitativ metode ble valgt for studien. Kvalitativt forskningsintervju med ergoterapeuter som arbeider i sykehjem ble valgt som metode for innsamling av data, for å få tak i ergoterapeutenes levde erfaringer.

3.1.1 Fenomenologi og hermeneutikk

Fenomenologi er en kvalitativ forskningsdesign som betyr å utforske og å beskrive mennesker og menneskers erfaringer med, og forståelse av et fenomen. Forskeren ønsker å forstå meningen med et fenomen, sett gjennom en gruppe menneskers øyne. Målet med fenomenologisk design er å få innsikt og økt forståelse i andres livsverden. Når betydningen av en handling eller det noen har uttalt skal tolkes, må denne handlingen eller uttalelsen ses i lys av den sammenhengen den forekommer innenfor (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010:82-83).

Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster, og all fortolkning består i stadig bevegelse gjennom helhet og del, mellom det som skal tolkes, den konteksten det tolkes i, samt mellom det som skal tolkes og egen forforståelse. Delene fortolkes avhengig av hvordan helheten fortolkes, mens hvordan helhetens fortolkes avhenger av hvordan konteksten fortolkes og omvendt. Når forsker skal begrunne fortolkning av en del av en tekst, må forsker vise til fortolkningen av hele teksten. Og når fortolkningen av hele teksten skal begrunnes, må forsker vise til en fortolkning av tekstens deler (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010:364-365). Hermeneutikk handler om å fortolke, både språk og handlinger, gjennom å se etter et dypere

meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende. Med dette menes at fenomener kan tolkes på flere nivåer, at det ikke finnes en egentlig sannhet (Thagaard 2013:41).

3.2 Forforståelse

Forforståelsen er de erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretiske referanserammer som en som forsker bringer med seg inn i et forskningsprosjekt, før prosjektet starter.

Forforståelsen kan påvirke måten forsker samler og leser data på, som enten kan styrke prosjektet eller være til hinder for det. Forforståelsen er også viktig for motivasjon for å sette i gang forskning på et bestemt tema (Malterud 2013:40).

Studentens forforståelse bygger på egne erfaringer gjort fra eget arbeid i sykehjem, og egne perspektiver, kunnskap og kompetanse som utdannet ergoterapeut. Studenten har som ergoterapeut erfart at det er begrenset hvilke oppgaver og ansvar en har som ergoterapeut ansatt ved sykehjem. Forforståelsen bygger også på teoretisk- og forskningsbasert kunnskap om begrepet aktivitet innenfor ergoterapifaget.

3.3 Metode for innsamling av data

Intervju er en metode som gir mulighet for å innhente fyldig og omfattende informasjon om hvordan mennesker opplever sin livssituasjon, samt hvilke synspunkter og perspektiver de har på temaer som blir tatt opp under intervjuet (Thagaard 2013:95). Et forskningsintervju kan utformes som strukturert eller preges av lite struktur. Et semistrukturert intervju åpner for at forskeren kan tilpasse sine spørsmål til temaene informantene bringer opp (Thagaard 2013:97). Med bakgrunn i dette ble det valgt et semistrukturert intervjuopplegg der informantene blir stilt de samme spørsmålene fra en intervjuguide, men hvor det også er åpent for at de kan fortelle fritt om egne erfaringer.

3.3.1 Utvalg

Bekvemmelighetsutvalg er når forskeren gjør det som er enklest og mest bekvemmelig.

Denne strategien er kanskje den minst ønskelige, men også den strategien som benyttes oftest (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010:111). Årsaken til at student valgte denne strategien, var fordi rekrutteringen av informanter viste seg å være en utfordring, og at student derfor endte opp med et utvalg basert på det som ble mest bekvemmelig for utførelse av

denne studien. Med bakgrunn i dette ble ergoterapeuter som arbeider ved sykehjem valgt som informanter, der den eneste nødvendige inklusjonskriterien for studien, var at informant var ansatt som ergoterapeut ved sykehjem.

Rekrutteringen startet med at informasjonsskriv ble sendt til institusjonsledere ved sykehjem, samt at de ble spurt om å videresende eget informasjonsskriv til ergoterapeut ansatt ved sykehjemmet. De aktuelle ergoterapeutene tok deretter kontakt med student. Det var ikke kjent for institusjonslederne hvem av ergoterapeutene som ønsket å delta som informant. Alle informantene er ansatt som ergoterapeut ved sykehjem, med stor variasjon i hvor mange års erfaring fra sykehjem de har. Utvalget består av fem kvinner og en mann:

Informant	Kjønn	Arbeidserfaring fra sykehjem (år)
Informant 1	Mann	1 år
Informant 2	Kvinne	20 år
Informant 3	Kvinne	1,5 år
Informant 4	Kvinne	14 år
Informant 5	Kvinne	1 år
Informant 6	Kvinne	8 år

3.3.2 Forberedelse til intervju

I forkant av intervjuene ble en intervjuguide utformet. Intervjuguiden inneholdt relevante spørsmål for oppgavens tema og problemstilling. Intervjuguiden var utgangspunkt for alle intervjuene. Med alle informantene foregikk utvekslingen av informasjon og avtaler over mail. Da seks informanter hadde gitt sitt samtykke, ble en tidsplan for intervjutider satt opp. Informantene kom selv med ønsker om tidspunkter som passet best for dem. Alle informantene ønsket å bli intervjuet på eget arbeidssted, og alle intervjuene ble utført i ergoterapeutenes arbeidstid.

3.3.3 Gjennomføring av intervju

Intervjuenes varighet varierte fra 45 til 60 minutter. Båndopptaker ble benyttet under intervjuene. Ved å intervju informantene en og en, var ønsket at informasjonen som kom

fram ble mer utfyllende og personlig. To av informantene ble intervjuet sammen, da disse arbeider ved samme sykehjem, og det var vanskelig for de og finne tid i arbeidshverdagen til å utføre intervjuene en og en. En av disse ergoterapeutene arbeider også på et annet sykehjem som ergoterapeut, og kunne derfor dra inn erfaringer fra sitt andre arbeidssted. De andre ergoterapeutene ble intervjuet en og en. Alle intervjuene ble tatt opp på båndopptaker, noe informantene ble informert om og samtykket til.

De semistrukturerte intervjuene opplevdes som fleksible, samtidig som intervjuguiden var svært hjelpsom som støtte til å gjennomføre intervjuene. Intervjusituasjonen startet med at student ga en kort gjennomgang av intervjuets formål, samt avklaring av praktiske forhold og uklarheter. Videre ble overgangsspørsmål stilt, for så å legge fram mer fokuserte nøkkelspørsmål i forhold til studiens tema og problemstilling. Studenten stilte åpne spørsmål som oppmuntret informantene til å fortelle, samt oppfølgingsspørsmål for å invitere informanten til å reflektere over, eller utdype sine utsagn. Til slutt ble det gjort en oppsummering, der informantene fikk mulighet til å legge til informasjon dersom de ønsket å gi mer utfyllende svar på områder som ikke ble tatt opp under selve intervjuet.

3.4 Transkripsjon av lydopptak

Lydopptakene ble transkribert kontinuerlig etterhvert som intervjuene ble gjennomført, slik at intervjusituasjonen var så friskt i minnet som mulig. Når intervjuene var gjennomført ble rådata bearbeidet og organisert til en tekst som var tilgjengelig for videre analyse. For å kunne analysere teksten, var en avhengig av at datamaterialet var sammenfattet til tekst på en tilgjengelig og håndterbar måte (Malterud 2013:75). Transkriberingen av lydopptakene ble gjort ordrett etter det som ble sagt, men pauser og fyllord som "eh" ble utelatt da det ikke var relevant for datamaterialet. Alle dialekter ble omgjort til bokmål, og stedsnavn eller lignende ble anonymisert i det transkriberte materialet. Transkriberingen tok lang tid, og lydopptakene ble lyttet til flere ganger for å kvalitetssikre.

3.5 Analyse av data

For å få en generell oversikt over rådata ble det transkriberte materialet lest gjennom flere ganger. Dette ga et helhetlig inntrykk av materialet, og tekst som var tilgjengelig for videre analyse kom tydelig frem. Å bearbeide datamaterialet er en prosess som tar svært lang tid,

men som er viktig for å få så god kjennskap til teksten som mulig. Systematisk tekstkondensering av Malterud (2013) ble så utført slik at materialet lot seg tolke og analysere systematisk. Systematisk tekstkondensering ble brukt som hovedstruktur, men ble ikke fulgt fullstendig systematisk gjennom analyseringen.

Videre i dette kapittelet vil de fire trinnene som Maltreud har utformet for systematisk tekstkondensering bli lagt fram. Disse trinnene ble fulgt så godt det lot seg gjøre i analyseringen av data.

3.5.1 Trinn 1: skape et helhetsinntrykk

Dette ble gjort for å få et helhetlig bilde av teksten, og mulige temaer kunne vurderes. I dette trinnet ble materialet lest gjennom med teoretiske referanserammer i bakhodet, men student stilte seg åpen for de inntrykkene som materialet kunne formidle. I trinn 1 kunne notater tas underveis i lesingen av materialet, men materialet skulle ikke systematisere enda (Malterud 2013:98-100).

Når materialet var lest i sin helhet, kunne inntrykk oppsummeres og foreløpige temaer noteres og gis midlertidige navn. Det var viktig at de foreløpige temaene ikke sammenfalt for mye med intervjuguiden, da dette kunne tyde på at en fulgte sin forforståelse mer enn å være åpen for å lage nye mønstre. De foreløpige temaene var ikke endelige resultater eller kategorier, men representerte et første intuitivt og databasert sted i organiseringen av materialet (Malterud 2013:98-100).

Den første gjennomlesningen av det transkriberte materialet ble gjort med et åpent sinn, og med studentens forforståelse lagt til side. Til og begynne med ble fem foreløpige temaer notert ned, ut i fra hvilke inntrykk studenten fikk av å lese gjennom hele materialet.

3.5.2 Trinn 2: identifisere meningsbærende enheter

I dette trinnet ble den delen av materialet som skulle studeres nærmere organisert. Relevant teks ble skilt fra irrelevant tekst, og den teksten som skulle belyse problemstillingen ble sortert. Dette ble gjort ved at meningsbærende enheter ble identifisert, og materialet ble gjennomgått linje for linje. Tekst som bar med seg kunnskap om temaene fra første trinn ble valgt ut, og det var derfor viktig å ha temaene i bakhodet. De meningsbærende enhetene

kunne være korte eller lange, da det var bedre å ta med litt for mye enn for lite (Malterud 2013:100-104).

De meningsbærende enhetene skulle også systematiseres, eller kodes. Gjennom kodingen ble alle meningsbærende enheter i teksten identifisert og klassifisert, altså elementer fra teksten som hadde sammenheng med de foreløpige temaene fra første trinn. Kodene ble utviklet og justert med utgangspunkt i temaene fra trinn 1. Det ble overveid om kodene representerte fenomener av samme klasse, og et reflektert forhold til kategoriene ble utviklet. En måtte ta stilling til fellesskap og forskjeller i temaene og kodene, og kunne i dette trinnet ha forforståelsen og teoretisk referanseramme i bakhodet, for å sortere ut temaer som skilte seg fra de andre. I dette trinnet representerte ikke kodene det endelige resultatet, men var et middel og organiseringsprinsipp på veien i analysen (Malterud 2013:100-104).

All tekst som ble regnet som irrelevant for studien og problemstillingen ble tatt bort. Materialet ble lest nøye for å finne tekstfragmenter som kunne svare på problemstillingen. Gjennom en slik utvelgelse av tekstfragmenter ble materialet forkortet. De tekstfragmentene som hørte sammen ble plassert i samme avsnitt i meningsfortettingen.

Med bakgrunn i de foreløpige temaene fra trinn 1, ble ni kodegrupper med to til seks subgrupper utarbeidet. Det meningsfortettede materialet ble kodet og skrevet inn i de ni kodegruppene. Det var ønskelig at kodegruppene og subgruppene skulle inneholde forskjellige fenomener, men ved noen tilfeller var det vanskelig å unngå at noen av kodegruppene overlappet i innholdet. Underveis i arbeidet med analysen ble inndelingen av kodegruppene og subgruppene forandret flere ganger, navnene på de ulike kodene ble også forandret.

3.5.3 Trinn 3: kondensering

I kondenseringen skulle kunnskapen en fant ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene fortettes. Mening ble systematisk hentet ut i de meningsbærende enhetene ved å kondensere innholdet. I dette trinnet ble det oppdaget at noen kodegrupper kanskje hørte hjemme under andre koder, eller kanskje ikke skulle vært med i det hele tatt, mens andre koder kanskje var så omfangsrike at de måtte deles opp. De empiriske data var da redusert til et dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter. I dette trinnet ble teksten

tolket ut i fra faglig perspektiv og ståsted, og materialet i kodegruppene ble sortert i subgrupper (Malterud 2013:104-107).

Deretter ble et kondensat (et kunstig sitat) laget som virkemiddel for å følge en systematisk prosedyre for å kondensere og fortette innholdet i hver subgruppe. Kondensatet skulle gjenfortelle og sammenfatte innholdet i den aktuelle subgruppen. Slik ble hele det empiriske materialet gjennomgått på en systematisk måte (Malterud 2013:104-107).

I dette trinnet ble kodegruppene og subgruppene endret mye på. Noen kodegrupper ble tatt helt bort da de viste seg å ikke være relevant for besvarelse av problemstillingen. Andre kodegrupper viste seg å være såpass omfangsrike at de måtte deles opp i flere subgrupper. Til slutt satt studenten igjen med seks kodegrupper med to til fire subgrupper. Utsagn fra informantene som virket relevant for å legge fram funnene ble markert slik at de skulle være enklere å finne igjen senere.

3.5.4 Trinn 4: sammenfatning

I dette trinnet ble bitene satt sammen igjen. Det en fant ble sammenfattet i form av gjenfortellinger. Gjenfortellingene la grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som kunne deles med andre. Kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe ble sammenfattet, og med basis i de kondenserte tekstene ble en analytisk tekst for hver kodegruppe laget. Den analytiske teksten skulle formidle til leseren hva materialet fortalte om en utvalgt side av problemstillingen (Malterud 2013:107-110).

Den analytiske teksten representerte resultatene, og hver enkelt subgruppe fikk sitt eget avsnitt, gjerne med uttrykk hentet fra de meningsbærende enhetene. Den analytiske teksten fra hver kodegruppe fikk så en overskrift som reflekterte det teksten handler om. I dette trinnet nærmet en seg slutten, men analysen var ikke ferdig. Igjen skulle funnene valideres i forhold til sammenhengen de ble hentet ut i fra; resultatene ble rekontekstualisert opp mot materialet. For å utfordre resultatene måtte en systematisk lete etter data som motsa konklusjonene en kom fram til. Det en fant skulle vurderes opp mot foreliggende empiri og teori (Malterud 2013:107-110).

Analytiske tekster basert på kondensater fra alle subgruppene ble utformet. Det ble skrevet en analytisk tekst til hver av subgruppene. Disse analytiske tekstene utgjorde en sammenhengende helhet som gjenspeilet meningsinnholdet som kom fram under intervjuene. Relevante utsagn fra informantene ble flettet inn i de analytiske tekstene for å framheve temaer, samt vise sammenheng til studiens tema og problemstilling. Kodegruppene og subgruppene ble delt opp i avsnitt og gitt andre navn, som også blir brukt som avsnittsoverskrifter.

3.6 Etiske vurderinger

Prosjektet ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Det ble vurdert som ikke nødvendig å søke tillatelse fra Regional komite for medisinsk helsefaglig forskningsteknikk.

Under intervjusituasjonen er de etiske dilemmaer ofte knyttet til hvilke spørsmål forsker stiller informantene; hvor personlig og nærgående kan forsker være i spørsmålene. Under intervju er det viktig at forsker viser respekt for informantene og informantenes grenser. Informantene skal føle seg trygge i intervjusituasjonen, men skal aldri føle seg presset til å dele noe de i ettertid kan angre på. Det er viktig at det ikke får negative konsekvenser for informantene at de har latt seg intervjuet til et forskningsprosjekt. En annen utfordring i intervjusituasjoner kan være tolkningen av tonefall og kroppsspråk, som kanskje gir uttrykk for noe annet enn det informanten sier med ord (Thagaard 2013:119-120).

Da informantene i denne studien ikke er en sårbar gruppe i etisk sammenheng, og intervju spørsmålene ikke inneholdt noen spørsmål angående spesifikke pasienter som de møter i hverdagen, var det viktigste å tenke på at alle informantene ble fullstendig anonymisert i studien, slik at informantene ikke er gjenkjennbare for lesere av studien. Alle informantene fikk klar informasjon om at alle navn, stedsnavn eller andre ”avslørende” utsagn de fortalte om, ville bli fullstendig anonymisert.

Båndopptaker og nedskrevne notater fra og om intervjuene ble oppbevart i låst skuff som kun studenten hadde tilgang til. Det transkriberte materialet ble oppbevart på datamaskin med passord, kun tilgjengelig for studenten.

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil funnene fra intervjuene presenteres. Dette vil gjøres gjennom informantenes utsagn, som studenten gjennom analysen har delt opp i kategorier som er relevante for å belyse problemstillingen. Kapittelet vil deles opp i underkapitler basert på kategoriene og sub-kategoriene. I dette kapittelet vil ergoterapeutenes erfaringer og tanker omkring arbeidshverdagen belyses. Kategoriene ble utformet ut i fra det transkriberte materialet av intervjuene, og er funn som vil bli drøftet og diskutere i neste kapittel.

Subkategori 1	Subkategori 2	Subkategori 3	Subkategori 4	Hovedkategori
Å tilrettelegge for aktivitet i gruppe	Å tilrettelegge for aktivitet alene	Å trene med beboerne		Å aktivisere beboerne
Å identifisere funksjonssvikt og ressurser	Å bidra med hjelpemidler	Å bli kjent med beboernes interesser og livshistorie		Å vurdere og identifisere
Å ha frihet og ansvar	Å være til disposisjon for stort og smått	Å kjenne seg alene	Å lære bort og å veilede	Å være i ergoterapeut roller
Å jobbe mer med aktivitet	Å jobbe mer systematisk med rehabilitering	Å ha mer tid og mer ressurser		Å ønske noe mer
Å ha forskjellige syn	Å utveksle informasjon på møter	Å ha godt faglig fellesskap og gode samarbeidspartnere	Å administrere og dokumentere	Samarbeidsrelatert fokus
Å være synlig	Å være usynlig			Tydeliggjøring av eget fag

4.1 Å aktivisere beboerne

I følgende kategori vil informantenes erfaringer med hvordan de arbeider med aktivitet for beboerne på sykehjem bli lagt fram.

4.1.1 Å tilrettelegge for aktivitet i gruppe

De fleste aktivitetene som blir tilbudt på sykehjemmene skjer i form av gruppeaktiviteter. En informant sier ”Det er vel ofte sånn at én til én aktiviteter blir nedprioritert fordi at vi treffer flere med gruppe.” Og disse gruppeaktivitetene er ofte aktiviteter som man kan kalle kulturaktiviteter, ”vi tilbyr gruppetilbud, i form av masse kulturaktiviteter, så vi har jo sånn

ukeplan for kulturaktiviteter [...]” sier en annen informant. På alle sykehjemmene er dette aktiviteter som aktivitørene og kulturlederne utfører.

Alle informantene forteller også at det stort sett blir de samme beboerne som deltar på disse kulturaktivitetene hver gang, at det er en utfordring å nå ut til alle beboerne og informere om tilbudene sykehjemmene har. En ergoterapeut sier at hun ikke vet om dette er fordi mange ikke blir tilbudt om å delta, eller om det er fordi de ikke vil. Videre sier hun at det ofte blir en fast gjeng som deltar på aktivitetene, og at det helt sikkert er mange av beboerne en ikke treffer fordi det ikke interesserer dem å delta i aktivitetene som blir tilbudt.

Alle informantene forteller om kulturaktivitetene de har, at alle beboerne skal få tilbud gjennom kulturkalender, og at tilbudet skal være bredt. Informantene nevner for eksempel konserter og trim som aktiviteter som går igjen. *”Det henger nok mye sammen med erfaring [...]”* sier en av informantene, og fortsetter *”[...]jeg planlegger ofte aktivitetstilbudet sammen med aktivitørene, og vi har ganske lang fartstid alle tre. Så vi har på en måte sett hva som fungerer og hva som ikke fungerer.”*

Det flere av informantene utdyper at er positivt med slike gruppeaktiviteter, selv om de kan være veldig passiviserende, er at det er fine arenaer for å skape vennskap, få i gang samtaler, føle tilhørighet og bli involvert. *”Ofte tenker jeg at det ikke nødvendigvis er aktiviteten i seg selv, men samværet som er viktig”* sier en informant, en annen sier *”[...]å sette i gang samtaler eller spille et spill. Det er som at du kan få litt mer inn i aktiviteten.”* Hun legger også vekt på at det er mange beboere ved sykehjem som har mistet mye av sin fysiske funksjon, men at de kan være mentalt eller kognitivt med, og føle en tilhørighet i det sosiale selv om de ikke fysisk kan gjøre så mye.

4.1.2 Å tilrettelegge for aktivitet alene

I mindre grad blir det tilbudt individuelle aktiviteter på alle sykehjemmene, disse aktivitetene blir nedprioritert, fordi en treffer flere beboere ved å ha gruppeaktiviteter. *”Jeg synes det er for lite individuelle tiltak her”*, sier en av informantene.

Det som er en stor utfordring, er å finne ut hva beboerne faktisk ønsker å gjøre, som vil komme mer fram i et senere kapittel, men også dette med ressurser. Alle informantene legger

vekt på at det er vanskelig å drive med individuelle aktiviteter på sykehjemmene, fordi det ikke er tid til det i hverdagen, *”men det er et sånn evig tilbakevendende problem dette med at man ikke har ressurser nok til å tilby mer spesielle ting da [...]”* Det hadde vært fint om en kunne hatt fokus på hva hver enkelt har interesse for, og hva som er meningsfullt for beboerne å drive med nevner alle informantene, men at det er lite fokus på hvilke aktiviteter som er meningsfulle for hver enkelt beboer. En informant ytrer ønske om mer aktive og meningsfulle aktiviteter, *”det er jo litt det der med at det ikke skal være bare underholdning, det skal være noe som det ligger en mening bak.”* Men en annen informant legger til at mange beboere faktisk ønsker å bli underholdt, at de ikke har behov for selv å delta så mye, at de ønsker å trekke seg litt tilbake og nyte.

De individuelle aktivitetene som foregår på sykehjemmene, blir ofte utført av frivillige. En av informantene, som også er leder for de frivillige sier *”de er på en måte mine engler som jeg kan sende ut til å gjøre meningsfulle oppdrag for beboerne her [...] [...] jeg prøver å legge opp til at de som har behov for litt ekstra oppmerksomhet eller setter pris på besøk får muligheten til det.”* Men ofte med de frivillige opplever flere av informantene at de velger å utføre aktiviteter med de samme beboerne hver gang, at det ofte blir de beboerne som er mest oppegående og som krever minst av de frivillige. Mange beboere blir ”glemt” og de samme får delta i individuelle aktiviteter gang på gang.

Av ergoterapeutene blir det ofte til at de individuelle aktivitetene de utfører, blir utført med de beboerne som har mest behov for det. For eksempel tar en kanskje urolige beboere med seg ut på en gåtur, slik at de blir stimulert og får brukt energien sin. Dette vil komme mer fram senere i oppgaven.

4.1.3 Å trene med beboerne

Aktivitet er et viktig begrep i ergoterapi, og selv om ingen av informantene er med i utførelsen av de store fellesaktivitetene som foregår på sykehjemmene, arbeider de fortsatt med aktiviteter på et annet nivå. Activities of daily living (ADL) og personal activities of daily living (PADL) er aktivitetsområder som alle informantene i noen grad arbeider med.

For alle informantene går deres arbeidsoppgaver rundt ADL og PADL ut på å observere, *”på en måte er jeg der for å se om hjelperne hjelper til for mye, eller for lite, eller om det går an å justere aktiviteten på noen måte.”* I stor grad handler det om observasjoner, for så å veilede

pleierne i hvordan de mest mulig hensiktsmessig kan gå fram i slike situasjoner som stell og måltider. Det handler også om at det er viktig for ergoterapeutene at beboerne er mest mulig selvstendig, *”det blir for å se om jeg kan tilrettelegge for at beboeren klarer mest mulig selv da.”* Når informantene har vært inne i ADL og PADL situasjoner oppdaterer de tiltaksplanene i forhold til hva beboerne kan gjøre selv og hvordan pleierne skal legge opp situasjonen slik at beboerne får det til. Men der ender også ergoterapeutenes involvering i situasjonene, med mindre pleierne tar kontakt igjen med nye utfordringer.

Det er ingen rutine i at informantene skal inn i slike situasjoner hos beboerne, *”jeg er inne i morgenstell for eksempel, hvis pleierne tar kontakt og sier at her ser vi noen utfordringer[...]”* Det blir mer tilfeldig at ergoterapeutene blir kontaktet om ADL og PADL, dersom pleierne ser at det er behov. Dette er noe som vil komme mer fram senere i oppgaven.

Det kom også fram at informantene driver med trening for beboerne, men også det er i ganske liten grad. På de sykehjemmene der det også er fysioterapeut ansatt, er det ofte de som tar seg av den fysiske treningen. En av informantene sier *”jeg tar litt ekstra turer med folk bare for å holde de som allerede har et greit funksjonsnivå (vedlike), eller demente som er veldig urolige, at de får utløp for det da.”* Treningen som blir utført av ergoterapeutene blir litt tilfeldig etter behov eller prioriteringer, en informant sier at det blir slik at hun må prioritere de beboerne med størst behov, også blir de andre litt ”oversett”.

For flere av informantene blir det også slik at de ikke driver med treningen over en lengre periode, men at de kartlegger, setter i gang, lager treningsprogram og lærer opp personalet, *”personalet tar gradvis over den treningen da, men vi er alltid involvert, i hvert fall i starten, og at vi evaluerer etter hvert og kanskje avslutter eller endrer.”* Ergoterapeutene er ikke med i hele prosessen med treningen, da det er forventet at pleierne skal ta over, men de kommer inn igjen etter en stund for å evaluere.

Noen av informantene driver også trimgrupper, men en av informantene sier *”det er veldig hyggelig å ha trimgrupper, men det kan jo egentlig hvem som helst gjøre, du trenger ikke min fagkompetanse for å gjøre det.”* Dette handler om at trimgruppene ofte blir utført for å kun aktivisere beboerne, ikke fordi det ligger et mål om funksjonsbedring eller endring bak trimmen.

For informantene sier alle at det er viktig at det ligger en tanke bak aktivitetene, *”det er ikke en aktivitet bare fordi det er aktivitet.”* Det er viktig for ergoterapeutene at aktivitetene de

utfører har en mening eller et mål bak seg, da de føler at det er nettopp dette ergoterapi handler om, *”jeg velger ut aktiviteter fordi jeg har et bakforeliggende mål med den aktiviteten som jeg velger ut.”* Å drive med aktiviteter for og med beboerne, enten det er ADL/PADL, trening eller andre aktiviteter, er for informantene viktig, for eksempel for å stimulere sanser, forebygging av fall, bedre selvstendighet og livskvalitet. *”Jeg føler at vi kan se nytteverdien av det, at siden vi kan bruke aktiviteter metodisk, så kan kanskje måten vi bruker aktiviteter på bli litt mer effektiv noen ganger, enn bare å velge ut en tilfeldig aktivitet.”*

4.2 Å vurdere og identifisere

Det kommer fram av data at en stor del av ergoterapeuters rolle, uansett arbeidssted, handler om kartlegging og vurdering. Denne kategorien vil derfor omhandle ergoterapeutenes erfaringer med nettopp dette, gjennom underkapitler om kognitiv kartlegging, hjelpemiddelformidling, og å bli kjent med beboerne gjennom samtaler og kartlegging.

4.2.1 Å identifisere funksjonssvikt og ressurser

Nesten alle informantene nevner kognitiv kartlegging som en av sine hovedoppgaver ved sykehjemmene, *”jeg bruker mye tid på kognitiv kartlegging”* sier en av informantene. De nevnte kognitiv kartlegging som en av de oppgavene som det er veldig klart at ergoterapeuten skal gjøre, og som er en oppgave som de andre yrkesgruppene er veldig klare over at de skal henvise til ergoterapeutene om. MMS og klokkestest er de kartleggingsverktøyene som blir nevnt av informantene som de vanligste verktøyene, *”kognitiv vurdering blir vi jo brukt mye til. Eller MMS og klokkestest som er de vanligste.”*

Noen av informantene nevner også andre kartlegginger og vurderinger de gjør. En av informantene sier *”(jeg) bruker også noen andre kartleggingsverktøy. Depresjonsvurdering, og så sette opp forslag da til tiltak som kan gjøres for å bedre eller forebygge depresjoner.”* En informant sier *”der har vi jo også en kompetanse tenker jeg, i forhold til å tolke og observere kognitiv svikt og funksjon, som er viktig.”*

4.2.2 Å bidra med hjelpemidler

Alle informantene nevner også hjelpemiddelformidling som en av deres absolutte hovedoppgaver, *”ja, hovedoppgavene, det går mye på hjelpemidler og kompensierende tiltak i form av hjelpemidler”* sier en av informantene, og en annen sier *”jeg har mye å gjøre med hjelpemiddelformidling, rullestoler og den slags.”* Hjelpemiddelformidling er en prosess som er forventet av alle ergoterapeutene som en oppgave på sykehjemmene. Alle informantene nevner at dette er det området som er mest synlig at de utfører for de andre på sykehjemmene.

Hjelpemiddelformidling er en stor oppgave som tar mye tid på et sted som sykehjem, der de fleste beboerne har ett eller flere hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen, *”i hovedsak dreier det seg om hjelpemiddelformidling, altså kartlegge behov etter henvisning fra personalet, også søke og ha opplæring i ettertid, og følge opp dette med hjelpemidler.”* I tillegg er det mye som skal gjøres med hjelpemidlene etter at søknadsprosessen er over, da ergoterapeutene også har ansvaret for oppfølgingen av hjelpemidlene, som går ut på å teste at de fungerer, at de blir brukt som de skal og å reparere ødelagte hjelpemidler.

Informantene sier at hjelpemiddelformidling er noe de kan veldig godt, som virkelig er deres område, *”ja det er jo i forhold til hjelpemidler og vi er eksperter på det.”* Men noen av informantene legger også vekt på at det er viktig å vurdere hjelpemidlene godt før man søker på de, *”pleierne sier ofte at det hadde vært ålreit med et hjelpemiddel som de tenker hadde vært lett for dem kanskje, eller som de har lyst på”* men da legger informantene vekt på at hjelpemidlene de skaffer skal ikke nødvendigvis være for at personalet skal bli fornøyd, men hjelpemidlene skal være med på å fremme aktivitetsutførelse for beboerne. Hele prosessen med hjelpemiddelformidling er noe alle informantene forteller at tar svært mye tid, og at det er den oppgaven som *”brenner mest”*.

4.2.3 Å bli kjent med beboernes interesser og livshistorie

Nesten alle informantene har inkomstsamtaler med nye beboere, *”vi har inkomstsamtale med samtlige beboere som kommer hit”*, men en av informantene sier *”det er jo en inkomstsamtale med avdelingen, men den er jeg aldri med på.”* Det er ingen som har tverrfaglige inkomstsamtaler, de blir delt opp mellom profesjonene, *”vi tar vår inkomst og dokumenterer, vi har jo våre stikkord som vi bruker.”* Informantene mener at det som skiller deres inkomstsamtaler fra for eksempel inkomstsamtalene fysioterapeut har med beboerne, er det fokuset ergoterapeuter har på hele livet, *”vi har både hva er familie, hva som har skjedd*

tidligere, hvilke interesser en har hatt før, nå, hva en vil fortsette med. Men fysioterapeut har det fysiske ikke sant, trening.”

Gjennom inkomstsamtalene forsøker ergoterapeutene å få tak i hva som har vært og hva som er meningsfullt for beboerne, og hvilke interesser de har, *”jeg tenker du har det litt i bakhodet når du har en inkomstsamtale, så prøver du å ha det perspektivet og få beboerne med på aktiviteter som er meningsfulle eller ting de har lyst til.”* Gjennom inkomstsamtalen blir beboernes interesser kartlagt gjennom en interessesjekkliste som enten beboer fyller ut, eller beboers nærmeste pårørende. En av informantene sier at det også er en kartlegging som foregår hele tiden når de møter beboerne på rommene deres, at det er viktig å bli kjent med dem ikke bare gjennom inkomstsamtalene. En annen informant sier *”hvis jeg skal inn til en pasient å gjøre en vurdering eller den trenger en rullestol, så passer jeg på en måte på å ha tid til å i hvert fall gi kontakt når jeg likevel er der inne.”* To av informantene forteller også om at de har innført aktivitetsdosetten på sykehjemmene, og at det gjennom den blir kartlagt hvilke interesser og hvilke aktiviteter beboerne ønsker å drive med.

Flere av informantene sier at det er en utfordring å faktisk få tak i hva det er beboerne ønsker å bedrive tiden sin med, *”det er sjelden jeg hører noen si ”det har jeg lyst til.”* Informantene sier at det kanskje kan være fordi det er et stort spørsmål for noen som står i en slik overgangsfase mellom hjem og sykehjem, samt at det er mange beboeren ved sykehjem som har en demens-diagnose, som kan gjøre det svært vanskelig å uttrykke hva man ønsker å drive med. Noen av informantene nevner at de har forsøkt med ergoterapeutiske kartleggingsverktøy som COPM (Canadian Occupational Performance Measure), men at det er vanskelig fordi beboerne er såpass dårlige, *“gjennom et slikt kartleggingsinstrument kan vi jo få fram noens ønsker, men det må bli utvalgte ikke sant, som er klare nok til å ytre egne behov og ønsker.”*

4.3 Å være i ergoterapeut rollen

Denne kategorien vil handle om ergoterapeutenes erfaringer fra rollen som ergoterapeut ved sykehjemmene, hvordan det er å være ergoterapeut, hvordan de får brukt sin kompetanse, hvordan det er å være alene som ergoterapeut, samt hvordan det er å ha rollen som veileder for andre.

4.3.1 Å ha frihet og ansvar

Flere av informantene sier at de har mye frihet og selvstendighet til å forme arbeidshverdagen slik de selv ønsker, for eksempel på sykehjemmet der to ergoterapeuter arbeider sammen sier den ene informanten, *”vi er heldige på det sykehjemmet her, vi får på en måte brukt ergo, vi kan egentlig opprette de gruppene vi vil.”* En annen informant sier at en av grunnene til at hun har arbeidet på sykehjemmet i så mange år er at hun hele tiden får nye utfordringer, *”(jeg) får hele tiden lov til å være med på ting som er litt på sida av rullestoler, og det er noe jeg setter veldig pris på.”*

Det kommer også fram fra flere av informantene at de føler at de har et stort ansvar på sykehjemmet, fordi de som ergoterapeuter blir brukt til så mye forskjellig, og at de er veldig selvstendige i sine arbeidsoppgaver da de fleste er alene som ergoterapeut. En informant sier *”det kommer nok litt an på hvilken ressurs en har i utgangspunktet i forhold til hvilke oppgaver du har som ergoterapeut”*, for flere av informantene legger vekt på at de blir brukt til mange oppgaver som ikke er direkte ergoterapeutiske. Noen av informantene forteller at de liker å delta i oppgaver som er utenom det faglige, mens andre hadde foretrukket å bli brukt mer ut i fra sin kompetanse, *”for min del er det tilfredsstillende når jeg føler at jeg bidrar faglig, at man føler at man gjør en viktig jobb.”*

For selv om en som ergoterapeut ved sykehjem ofte blir dratt inn i oppgaver som ikke er direkte ergoterapeutiske, er det viktig å *”verne om det terapeutiske.”* Som en informant sier *”det blir et dilemma da, fordi vi ønsker jo at personalet på avdelingene skal bidra i arbeidet, men vi ønsker jo ikke at de skal overta for mye slik at vi blir overflødige.”* Dette med å delta i oppgaver utenfor profesjonen kommer mer fram senere.

Flere av informantene sier også at de arbeidsoppgavene de har blir påvirket av at beboerne som flytter på sykehjem nå ofte er veldig dårlige, *”vi må ta mer tak i ressursene rundt beboerne, og det med selvstendighet og egenmestring blir mer i forhold til kompensierende arbeid i form av hjelpemidler.”* At beboerne er dårlige vil ha mye å si for hva de kan utføre av aktiviteter, og hva som vil fungere i forhold til funksjonsnivå, *”de klarer mindre de som kommer hit, og da blir det en større oppgave for oss å faktisk se hva de kan klare.”*

Informantene sier at det er en utfordring å finne gode aktiviteter som beboerne kan meste og som kan gi de noe, samt at det er svært tidkrevende.

På grunn av dette har det for informantene blitt viktigere de siste årene å ha god og kontinuerlig kontakt med pårørende og de rundt beboerne, *”det er viktig å bruke pårørende og det nettverket beboer har, jeg tror vi må dra nytte ikke bare av det beboer ytrer, men også de rundt.”* Informantene legger også vekt på at det er viktig med godt samarbeid med de andre yrkesgruppene siden beboerne ofte er veldig dårlige, *”hvis pleierne kanskje har huket tak i noe, eller noen av de andre profesjonene, at vi bruker hverandre litt mer.”*

4.3.2 Å være til disposisjon for stort og smått

Som nevnt føler flere av informantene at de ofte blir brukt til oppgaver som ikke er direkte ergoterapeutiske, *”man blir jo potet som jeg husker at vi snakket om på studiet, ergoterapeuter er poteter, de kan brukes til alt.”* For eksempel forteller en av informantene at hun blir brukt til mange småoppgaver som ikke har noe med ergoterapi å gjøre. Hun har for eksempel ansvaret for ungdommer i sommerjobb og 17-mai feiring på sykehjemmet, *”så hender det rett som det er at jeg er med på bingo eller en konsert.”* Dette forklarer flere av informantene er fordi det er behov for hjelp i disse aktivitetene, da det blir mye for aktivitør eller kulturleder å gjøre alene, *”[...]vi blir mange flere, altså bare det med flere hender og flere hoder, gjør jo at man har bedre muligheter.”*

Da er det viktig å ha i bakhodet at en også kan bruke disse aktivitetene mer metodisk, for å for eksempel observere enkelte beboere i utførelsen av for eksempel bingo. Informantene sier alle at faget ergoterapi er så bredt, *”fordi aktivitetsperspektivet er så bredt, aktivitet er jo alt du gjør i løpet av en dag.”* Så selv om informantene ofte er med på arbeidsoppgaver som er veldig utenom det ergoterapeutiske faget, tenker de at det ikke nødvendigvis gjør noe, siden det kan ligge en tanke bak alle aktivitetene beboerne utfører.

Det er viktig for informantene å få brukt sin kompetanse, men alle informantene sier at dette ikke er noe de gjør bevisst, *”det ligger bak i hodet, men jeg bruker det nok ikke veldig bevisst.”* For eksempel sier alle informantene at aktivitetsperspektivet ligger veldig i bakhodet, *”det tror jeg nesten har blitt litt sånn automatisert”,* og at de ergoterapeutiske teoriene *”sitter i ryggmargen.”* Det er ikke noe de tenker på mens en jobber, men som sitter der automatisk.

For eksempel nevner flere av informantene dette med aktivitetsanalyse, *”aktivitetsanalyse er vi jo eksperter på egentlig.”* Aktivitetsanalyse handler om å analysere aktiviteter gjennom å dele de opp i trinn, *”det å dele opp aktiviteten og se aktivitetens kompleksitet, det er jo vi gode*

på. Å kunne dele opp aktiviteten i små operasjoner, og så tilrettelegge slik at beboeren kan gjøre litt av en aktivitet eller være delaktig på den måten, det ligger jo der.”

4.3.3 Å kjenne seg alene

De informantene som er eneste ergoterapeut, uttrykker at det kan være en utfordring å være alene. De savner noen av samme faglige bakgrunn å kunne snakke med, *”det er aldri noen som spør hvorfor jeg gjør ting, ikke sant.”* En av informantene forteller for eksempel at en rullestol bare blir en rullestol for mange av pleierne, og at hun savner noen som kan se den *”videre biten”*, at en rullestol ikke bare er en rullestol. En informant sier *”ulempen med å jobbe alene som ergoterapeut er jo at det er ingen som spør hvorfor jeg gjør ting. Jeg trenger jo aldri å forsvare det jeg gjør”* men legger til at *”jeg får på en måte henta det litt fram fordi jeg har så mye studenter.”*

En annen informant forklarer at hun føler seg litt alene av og til, *”når man er den eneste som sitter inne med kunnskapen og ikke får hatt en dialog med noen om det på en måte, så føler man seg litt alene av og til.”* Hun uttrykker videre at det hadde vært fint å dele arbeidet på sykehjemmet med flere ergoterapeuter. Selv om alle informantene nevner for eksempel fysioterapeut som en viktig samarbeidspartner, som vil komme mer fram senere i oppgaven, sier en informant *”jeg tror at hadde vi vært en gruppe ergoterapeuter her, så kunne vi ha samarbeidet mer og hatt idemyldring, oppfrisket hverandre litt faglig på det ergoterapeutiske da.”*

To av informantene arbeider ved samme sykehjem, *”det er godt vi er to”* sier den ene av dem, mens den andre legger til *”ja, det er en stor fordel. Det er veldig stor forskjell på å være to og en har jeg merka. Det å ha noen du kan diskutere med, ellers så er du veldig alene faglig.”* Alle de andre informantene arbeider alene som ergoterapeut ved sykehjemmene.

4.3.4 Å lære bort og å veilede

Alle informantene nevner at å være veileder for personalet er ev de største rollene de har på sykehjemmene. Spesielt gjelder dette veiledning og undervisning om forflytningsteknikker og forflytningshjelpemidler. En av informantene sier *”veldig mye undervisning til personalet jeg driver med, i bruken av forflytningshjelpemidler. Så det har gått veldig mye ressurser av mine på det”*. En annen informant forteller også at hun er litt rådgiver i forhold til *”ernæring,*

inkontinens, sittestilling, liggstilling, sånne ting”, også hun nevner forflytning som en av de vanligste tingene å være rådgiver for personalet i.

En informant sier at det blir naturlig for ergoterapeuter å veilede personalet i forflytningssituasjoner, fordi det kan være svært mange, ulike og krevende forflytningssituasjoner på et sted som sykehjem, *”vi har kurs for personalet i bruk av hjelpemidler vi har på huset, forflytningshjelpemidler og teknikk, og hvordan en kan forflytte best mulig.”* Men flere av informantene forteller også at det ikke er noen prosedyre om at ergoterapeutene skal drive med slik veiledning og opplæring av personalet, at det blir veldig tilfeldig ut i fra hvilke behov personalet har og om de tar kontakt med ergoterapeutene, *”de sier i fra hvis det er noe spesielt, hvis det er noe de lurer på i forhold til forflytning.”*

4.4 Å ønske noe mer

Gjennom intervjuene kom det tydelig fram at det er noen ting informantene savner i sin arbeidshverdag. For eksempel nevner alle informantene at de savner å drive mer med aktiviteter, samt en mer rehabiliterende arbeidsmåte. I tillegg ytrer de et ønske om mer tid og flere ressurser på sykehjemmene generelt.

4.4.1 Å jobbe mer med aktivitet

Å arbeide mer med aktiviteter er noe alle informantene sier at de ønsker det var mer av på sykehjemmene, *”det er vel akkurat dette med aktiviteter. Skulle gjerne hatt mye mer tid til å ha gruppeaktiviteter for eksempel”*, sier en av informantene. Dette med tid er også noe alle informantene nevner, at det er vanskelig å få til oppgaver de ønsker å gjøre, fordi andre ting tar så mye tid. En informant sier for eksempel, *”jeg er veldig glad i å drive med aktiviteter, jeg er typisk sånn praktiker som liker å være ute i feltet og ikke så glad i å mure meg inne på et kontor.”* En annen informant uttrykker også et sterkt ønske om at de aktivitetene som bedrives kunne vært mer aktive, at sykehjemmet kunne hatt mer fokus på aktive aktiviteter, ikke bare passive.

De uttrykket også et ønske om mer individuell aktivitet og oppmerksomhet for beboerne ved sykehjemmene, *”jeg tror det er en umettelig behov for individuell oppmerksomhet”* sier en av informantene, og en annen sier *”(jeg savner) mer en til en kontakt. Det sitter utrolig mange ensomme sjeler rundt omkring på huset her.”* En av informantene sier at hun tror det kunne

vært mer tid til individuell aktivitet dersom ting hadde vært bedre strukturert og organisert fra morgenen av på avdelingene. Da kunne de kanskje lagt det opp slik at det ble satt av tid til individuell aktivitet for beboerne.

Selv om alle informantene arbeider med ADL og PADL aktiviteter i noen grad, uttrykker de at det er noe de ønsker at de kunne blitt brukt mer til, *”jeg synes vi burde blitt trukket litt oftere inn i for eksempel å observere morgenstell, men vi blir lite brukt til det. Alt for lite.”* Flere av informantene sier at dette er kunnskap som kunne vært brukt mer hos ergoterapeutene, men at andre oppgaver, spesielt dette med hjelpemidler tar mye tid, slik at det er der ressursene blir lagt, *”men det er jo det som er litt hverdagen og realiteten.”* En informant forteller at hun hadde et ønske om at når det kom nye beboere, så skulle det være prosedyre at ergoterapeuten kom inn i løpet av den første tiden for å observere i for eksempel ADL, *”men jeg har jo ikke tid til det.”*

For at det skal bli arbeidet mer med aktivitet på sykehjemmene nevner flere informanter at det da handler om å endre holdninger på sykehjemmet generelt, *”jeg tenker at skal man få noe slikt til (mer aktivitet), så må man starte på toppen, også må det sildre godt nedover i alle ledd.”* Med dette mener hun at spesielt hele ledergruppa må ha et fokus på at det skal bli mer aktivitet, og at det er viktig. En av de andre informantene sier at det også er viktig at personalet på avdelingene får et mer eieforhold til aktivitetene, at de føler at det er noe de er med på å drive, at det er noe alle yrkesgruppene gjør sammen. En informant mener at det man er avhengig av for å implementere mer aktivitet på sykehjemmet, er mye av det som ergoterapeuter har, *”som er en evne til å kartlegge hvilke aktiviteter som passer, hvordan man skal bruke aktivitetene for at beboerne skal oppleve mestring.”*

4.4.2 Å jobbe mer systematisk med rehabilitering

En annen ting det blir ytret et ønske om mer av fra flere av informantene er å arbeide mer på en rehabiliterende måte, *”jeg skulle ønske jeg kunne fått brukt mer av min kompetanse i forhold til mer rehabiliterende arbeidsmåte”* sier en informant, og en annen sier *”jeg savner litt rehabilitering og mestring, å ha fokus på å mestre ulike aktiviteter, og ha fokus på litt mer meningsfulle aktiviteter for den enkelte, at de skal klare å mestre den.”* Også i forhold til dette kommer det tydelig fram at det ikke blir tid til det, fordi dette med hjelpemidler tar så mye tid, at en ikke har tid eller ressurser nok til å fokusere på andre ting.

En informant sier også at det er vanskelig å arbeide på en rehabiliterende måte, fordi beboerne på et sykehjem ofte kanskje har nådd et nivå der det ikke er mer å hente, *”en har på en måte kommet så langt i et sykdomsforløp at de trenger ofte bare mer vedlikehold.”* Videre sier hun at hun savner å kunne jobbe aktivt for å nå et mål som ikke allerede er der, *”å forbedre gangfunksjon, å bli bedre på noe, eller øke selvstendigheten.”* En annen informant sier at det er vanskelig med spesifikk trening og rehabilitering, og at det blir mer passivt på et sykehjem, at det *”blir mer bare for å bevege seg litt, og det blir lite (spesifikk) trening.”*

De to informantene som arbeider ved samme sykehjem sier også at de ønsker å kunne ha mer fokus på hverdagsmestring, *”ideelt sett, hvis vi skulle fått bestemme, så skulle vi jobba mye mer i forhold til det. Å la beboerne få bruke sine egne ressurser.”* De nevner også at slike ting som hverdagsmestring er noe de gjerne skulle veiledet og undervist personalet mer i, men at det ikke er tid i hverdagen til det.

4.4.3 Å ha mer tid og mer ressurser

I forhold til alle ønskene ergoterapeutene har for sin arbeidshverdag er det tid og ressurser som er hindringen. Som alle informantene nevner er det andre ting som tar mer tid og som prioriteres, spesielt hjelpemiddelformidling, *”[...]hverdagen har mange, mange oppgaver, sånn at jeg gjør så mye jeg kan i løpet av en dag, og må bare akseptere at jeg ikke får gjort mer.”* Flere tar også opp at det å dokumentere og bruke tid på kontoret er noe som tar mye tid i deres arbeidshverdag, dette er også noe som vil komme mer fram senere i oppgaven.

Det kommer også fram at det ikke er ressurser nok til at ergoterapeutene kan gjøre de oppgavene de ønsker, *”det er et sånn evig spørsmål, hvor du skal sette inn ressursene, ikke sant. Vi skulle gjerne hatt dobbelt så mange av alt.”* Det handler om, som man så ofte hører, økonomien som ligger i eldreomsorgen. En informant sier at hun synes det er knapt bemannet på avdelingene som det er, og da blir det vanskelig å få flere ressurser til at ergoterapeut kan gjøre oppgaver utenom det som *”brenner mest”* som hjelpemidler.

Informantene ytrer ønske om flere ressurser, *”flere folk”*, slik at en for eksempel kunne hatt muligheten til å gi alle beboerne flere tilbud og individuell aktivitet, *”ressurser til å gjøre det (individuell aktivitet), det er jo ikke der.”* Informantene føler at verken de som ergoterapeuter eller de andre ansatte har tid eller ressurser nok til å gjøre det lille ekstra.

4.5 Samarbeidsrelatert fokus

Denne kategorien handler om ergoterapeutenes erfaringer med samarbeidet med andre yrkesgrupper på sykehjemmet; hvordan det er å samarbeide med de forskjellige yrkesgruppene, og hvem de regner som sine nærmeste samarbeidspartnere. I tillegg vil utfordringer rundt dokumentering komme fram.

4.5.1 Å ha forskjellige syn

Samarbeid med alle yrkesgrupper på sykehjemmene er noe informantene legger vekt på at er viktig, *"det er viktig for å få gjort jobben godt, at man har et godt samarbeid med alle sammen som jobber her."* Spesielt blir samarbeidet med pleierne på avdelingene betegnet som kanskje det viktigste, men også som det mest utfordrende. Dette begrunner flere av informantene er fordi pleierne og de som ergoterapeuter har forskjellige teoretiske syn på ting, *"jeg tror jeg har mye mer fokus på individet, og hva akkurat den pasienten har interesse av. For meg ligger det nok litt mer mening i at det skal være for den enkelte[...] [...]men jeg skjønner jo at de skal ha fokuset et annet sted, og sånn sett tenker jeg at vi utfyller hverandre."*

En av informantene sier at hun av og til føler at hun og pleierne *"butter litt i hverandre"*, fordi de kommer fra ulike teoretiske bakgrunner. Hun legger til at hun skjønner jo det, fordi pleierne skal ha fokuset et annet sted enn en ergoterapeut, *"pleierne jobber litt mer ut i fra det å dekke basisbehovene med personlig pleie, stell, mat og medisiner. Mens jeg jobber mer ut i fra at en opplever litt mer mening og mestring, det her psykososiale da."* En informant sier også at det virker litt som om pleierne har en holdning om at når beboerne kommer på sykehjem, så er det siste fase, *"det er litt den holdningen da, også fanger en ikke helt opp (det beboer kan), jeg tror det handler mye om at en ikke lar beboer faktisk prøve på egenhånd."* En annen informant sier at de pleierne som utfører aktiviteter *"blir uglesett på en måte"*, fordi det er ikke det de skal gjøre. Det er mer forventet at de skal gjøre de tunge, fysiske oppgavene som stell.

En annen ting som kan skape utfordringer i samarbeidet med pleierne, er at det er vanskelig å nå ut til alle med informasjon. *"[...]i forhold til hjelpemidler og opplæring og bruk av de tingene som vi bestiller, så er vi jo avhengige av pleierne, at de bruker ting riktig og videreformidler den kunnskapen"* sier en av informantene, og fortsetter *"det er en kjempe utfordring i forhold til at det er så mange på forskjellige tider av døgnet som jobber her, og*

mange du skal nå ut til. Og da er du avhengig av at de som du lærer opp videreformidler den informasjonene, og det er jo ikke alltid det skjer."

Noe annet som kan være en utfordring er pleieassistenter og frivillige som ikke er faglærte. Det kan være en utfordring av flere grunner, men en av informantene legger vekt på at spesielt de som er frivillige kanskje ikke forstår seg godt nok på hvilken hensikt det kan ha for beboerne at de utfører aktiviteter sammen med dem. Han sier at mange av de frivillige ikke opplever det de gjør som meningsfullt, fordi beboerne ofte glemmer at de har gjort aktiviteter sammen med de frivillige, *"det handler om å skape gode øyeblikk, og selv om hjernen har glemt det, så har ikke kroppen glemt det, og selv om de kanskje glemmer det fem minutter etter at de går ut døra, så sitter på den måte den positive endringen i atferden, den kan sitte i i flere dager etterpå, fordi man har gjort noe meningsfullt."* Flere av informantene nevner at det absolutt derfor er en fordel å ha litt kunnskap om aktivitet, om de menneskene som skal utføre aktiviteten, og om sykdomsbilde.

Selv om det er svært viktig med godt samarbeid mellom yrkesgruppene, er det flere av informantene som forteller at de føler at arbeidsoppgavene er veldig fordelt, at det er klare skiller. Alle jobber veldig individuelt på sykehjemmene, men å forsøke å hjelpe hverandre så godt som mulig er likevel viktig for informantene.

En informant forteller også om en hendelse med ledelsen, der hun som ergoterapeut følte seg tilsidesatt og oversett, *"jeg satt i et møte med ledelsen[...] hvor de sier, eller snakker om ergo og fysio som annerledes-tjenester, og da reagerte jeg[...] Det sier jo litt om hvordan de ser på oss, og om at vi har en jobb å gjøre med å gjøre oss synlige og gjeldende på den måten at de skal regne oss med som en del av det tverrfaglige teamet."*

4.5.2 Å utveksle informasjon på møter

En annen faktor som informantene synes er en utfordring i samarbeidet med de andre ansatte, er de tverrfaglige møtene. Nesten alle informantene forteller at de har jevnlig tverrfaglige møter, men at møtene ofte mangler kvalitet, *"vi har tverrfaglige møter en gang per annen uke på alle avdelingene, men det kan bli mer kvalitet over de tverrfaglige møtene synes jeg."*

En av utfordringene er at møtene ofte blir glemt av, spesielt av pleierne på avdelingene som ofte har en hektisk hverdag. En av informantene sier også at det er sjelden at det blir noen grundig gjennomgang av beboerne, men at en haster gjennom det medisinske hos alle

beboerne. En annen faktor for at flere av informantene synes at de tverrfaglige møtene ikke fungerer ideelt, er at det ofte blir stort fokus på det medisinske, og at det er vanskelig for ergoterapeutene å få inn sine temaer ved møtene.

Alle informantene som arbeider ved sykehjem der de har tverrfaglige møter, sier at de føler at møtene i stor grad handler om *"sykepleie og legeting."* En informant sier *"når vi har tverrfaglige møter så er det jo mye snakk om hvilke medisiner de skal starte og slutte med, hvor mye de har vært på do og sånn. Jeg prøver å få inn litt andre perspektiver da."* En annen forteller at hun synes det er en utfordring å få snakket om det ergoterapeuten kan bidra med, det de har kompetanse til å bidra med, *"de går ikke inn på vår profesjon, men det tror jeg har med at de ikke har nok kunnskap om det vi gjør."* En tredje informant sier at hun føler det blir mer flerfaglighet over møtene enn tverrfaglighet, *"alle sitter på hver sin tue, prater om den samme beboeren, men ikke på tvers da, ikke sånn hvordan og hva vi kan gjøre sammen for å få ting til."*

4.5.3 Å ha godt faglig fellesskap og gode samarbeidspartnere

Selv om de fleste informantene arbeider alene som ergoterapeut, og selv om samarbeidet med andre, som pleierne, kan være en utfordring, samarbeider de tett med noen yrkesgrupper. Alle informantene nevner fysioterapeut som den nærmeste samarbeidspartnern, *"det er egentlig fysioterapeut som jeg jobber veldig tett med, og vi utfyller hverandre litt også."* En av informantene sier at hun samarbeider tett med nesten alle, og at det avhenger av hvilke arbeidsoppgaver hun utfører hvem hun samarbeider med, men samarbeidet med fysioterapeut er noe alle nevner som viktig. En informant forteller for eksempel at de kan hjelpe hverandre med mange oppgaver, at fysioterapeuten kan ta noen av ergoterapeutens oppgaver og omvendt dersom en av de kommer i en liten tidsknipe.

Nesten alle informantene nevner også kulturleder og/eller aktivitør som en nær samarbeidspartner. Flere av informantene planlegger aktiviteter på sykehjemmene i samarbeid med kulturleder eller aktivitør, og flere føler at det er fint å ha kulturleder/aktivitør som kan utføre aktiviteter når de selv ikke har tid i hverdagen til det. Ergoterapeutene stiller også ofte opp for å hjelpe kulturleder eller aktivitør i aktivitetene, *"man blir litt sånn støtterolle da, for aktivitørene eller kulturlederne. Sørge for at det går litt smurt for seg."* En informant sier at det er et fint samarbeid fordi kulturleder legger opp til aktivitetene, så kan hun som ergoterapeut være med på å motivere beboerne til å delta. En annen informant nevner for

eksempel at det er veldig fint med aktivitetene, fordi de er veldig flinke til å fange opp nye beboere og ta de med på aktiviteter, da ergoterapeuten ikke har mulighet til å kartlegge alle nye beboeres interesser.

4.5.4 Å administrere og dokumentere

En av informantene er også leder for aktivitetsavdelingen, og bruker derfor svært mye tid på administrative oppgaver, *”det er det som tar mest tid.”* Hun sier at det er veldig synd at det administrative skal ta såpass lang tid, fordi *”da kommer jo liksom det ergoterapi spesifikt faglige på en måte litt i bakleksa.”* Hun sier at hun derfor bevisst må ta seg tid til beboerne og gjøre mer ergoterapeutiske oppgaver, slik at det ikke blir glemt.

Flere andre informanter nevner også at spesielt det med dokumentering tar lang tid, men at det er jo sånn det er, alt skal dokumenteres, *”jeg skjønner at det som ikke er skrevet inn i Gerica, det er ikke gjort, og at det er på en måte noe man må forholde seg til selv om det er litt vanskelig av og til.”*

Det som er en stor utfordring med dokumenteringen, og som er noe flere av informantene nevner, er at selv om det er noe de bruker mye tid på, føler de at det er informasjon som ikke blir lest av andre, *”det blir ikke alltid lest det som står der, og det er jo en informasjonskanal.”* Flere føler at det er en utfordring, fordi ting blir skrevet eller lagt i journal, men at det aldri blir lest. Det kan være viktig informasjon som ergoterapeutene dokumenterer, men som aldri blir gjort noe med fordi det ikke blir lest.

4.6 Tydeliggjøring av eget fag

Denne kategorien vil handle om de oppgavene ergoterapeuten utfører på sykehjemmet som de føler er mest synlig for de andre ansatte, og de oppgavene ergoterapeutene gjør som ikke er så synlig for de andre.

4.6.1 Å være synlig

Den mest synlige oppgaven alle informantene gjør, handler om hjelpemidler. Ved spørsmål om hvordan de tror andre på sykehjemmet ser på ergoterapeuten, svarte for eksempel en av informantene, *”jeg tror jeg er hjelpemiddeldama, jeg tror faktisk det, dessverre. Det er på en måten den biten de ser av meg”* og fortsetter *”men så er det jo sånn at det er dette med*

hjelpemidler som brenner mest.” Hun fortalte også at da hun ble utdannet var ikke dette med hjelpemidler en del av utdanningen som ergoterapeut, men at hun har måtte lære det selv opp gjennom årene.

Flere av de andre informantene sier også at de tror det er hjelpemidler andre ansatte forbinder ergoterapeuter med, *”jeg vil nok dessverre si at mange tenker nok på ergoterapeuten som en som har ansvar for hjelpemidler, det er vel litt sånn hovedrollen til ergo da.”* Grunnen til dette er nok at det er det som ergoterapeutene bruker mest tid på, at det er det som er mest synlig for de andre. En informant sier at de kanskje glemmer av eller ikke har nok forståelse eller kunnskap om hvor mye mer en ergoterapeut faktisk kan, *”så jeg prøver jo liksom å være litt på tilbudssiden da, for at de skal se at jeg kan andre ting også.”* En annen sier at det er viktig å presse litt på og vise at man kan mye mer enn bare hjelpemidler. Hun nevner også at hun tror andre ansatte ser på henne som en som kan gi råd og veiledning om for eksempel forflytningsteknikker, fordi det også er noe hun bruker veldig mye tid på. Det at ergoterapeuten er ”potet” blir også nevnt, *”de tenker nok litt sånn at vi er en potet som kan veldig mye, for det er jo veldig varierte oppgaver som vi blir spurt om.”*

Så for de fleste andre ansatte, og for mange av beboerne, er ergoterapeutenes rolle å skaffe hjelpemidler og alt som har med hjelpemidler å gjøre. Få vet eller har kunnskap om hva mer en ergoterapeut faktisk kan gjøre, *”men det er jo på en måte kanskje litt av greia med ergoterapi, altså det skjer så mye som ikke synes”,* sa en av informantene.

4.6.2 Å være usynlig

Som nevnt over føler informantene at andre ansatte ved sykehjemmene i stor grad forbinder ergoterapeuter med hjelpemidler, *”(mange vet ikke) hvilke kunnskaper vi sitter på som ergoterapeut, for det er mange som tenker bare hjelpemidler på et sykehjem fortsatt, men det er jo bare en bitte liten del av det vi kan.”* En informant sier også at det er mye av den kunnskapen hun har som ergoterapeut som hun ikke får brukt på sykehjemmet, fordi hjelpemidler og andre akutte ting tar så mye tid. Og selv om noen kanskje vet hvilke kunnskaper ergoterapeuten har, er det ingen prosedyre i at informantene blir brukt til det. En informant sier at det blir mer tilfeldig etter behov dersom hun blir brukt til andre ting enn hjelpemidler, *”utfordringen er vel å få pleierne til å huske på muligheten, at jeg kan være med.”*

De to informantene som arbeider ved samme sykehjem synes at de blir dratt for lite med inn i aktiviteter, *”der man kunne brukt vår kompetanse i forhold til å finne aktiviteter og tenke liksom hva kan aktivitet være for å få litt mer bredde i det”* sier en av dem, og den andre legger til, *”jeg tror ikke de vet at vi har kompetanse om aktivitet på den måten som vi har.”*

En annen informant sier at det har en tendens til å bli slik at pleierne tar kontakt med henne når de trenger et hjelpemiddel eller når det skal utføres en MMS-test, og at det begrenser seg veldig til det, *”jeg skulle ønske at de kunne se litt mer hvordan vi kan komme inn og gjøre mer.”* Hun sier at hun skulle ønske at hun som ergoterapeut ble mer dratt inn fra begynnelsen av. At hun kunne få være mer med på kartlegging av nye beboere fra den dagen de kommer til sykehjemmet, men at det ikke blir gjort, *”men det har noe med at tiden som ikke strekker til også.”*

En informant sier at hun også tror at det inntrykket pleierne har av ergoterapeuten, også smitter litt over på beboerne, at også de ser på ergoterapeuten som *”hjelpemiddeldama.”* En informant legger til at det på en måte er positivt at det i hvert fall har kommet såpass langt at folk vet at ergoterapeuter jobber med hjelpemidler, og at de ikke lengre blander fysioterapeut og ergoterapeut like mye som tidligere.

Som ergoterapeut har de jo som nevnt mye undervisning og opplæring, så en av informantene sa at ideelt sett så kunne de jo også hatt undervisning om sine kunnskaper omkring aktivitet og deltakelse, og hverdagsmestring. Men hun legger til at også det blir vanskelig å gjennomføre med tanke på tiden. Alle informantene nevner det at en som ergoterapeut alltid må reklamere og markedsføre for faget sitt, *”det er jo en jobb vi har som ergoterapeuter, uansett hvor vi jobber så er det å formidle hva vi gjør og hva vår kompetanse er. Jeg tenker det er så mange muligheter for oss, vi må bare får det fram.”*

En informant sier at om det ikke hadde vært for at han har mer enn nok å gjøre, så kunne han kanskje ha markedsført hva han faktisk kan som ergoterapeut på hver enkelt avdeling på sykehjemmet. Alle informantene sier at et er viktig å reklamere for faget sitt, men at det er vanskelig, at det er en stor jobb. Men selv om en kanskje ikke har mulighet til å undervise om faget sitt, sier en informant at det er viktig *”å være litt på tilbudssiden, og synliggjøre i avdelingene at en kan gjøre andre ting som ikke nødvendigvis bare dreier seg om hjelpemidler.”* En informant sier at hun synes det er vanskelig å gjøre seg synlig for andre ansatte når hun er den eneste ergoterapeuten, spesielt når andre ting, som hjelpemidler, tar så

mye av tiden hennes.

4.7 Oppsummering av funn

Funnene viser at ergoterapeutene i stor grad arbeider med formidling av hjelpemidler, og at de savner å kunne bruke mer av sin brede kompetanse. I følgende kapittel vil funnene diskuteres opp mot teori og forskning.

5.0 Drøfting av funn

Hensikten med studien var å belyse ergoterapeuter som arbeider på sykehjem sine erfaringer med utøvelse av faget. I dette kapitlet vil funnene drøftes i lys av teori og relevant forskning.

5.1 Å aktivisere sykehjemsbeboere

Ergoterapeutene erfarte at sykehjemmene de arbeider ved hadde brede aktivitetstilbud til beboerne, men at tilbudet likevel var noe begrenset og for det meste bestod av kulturaktiviteter i form av gruppeaktiviteter. De erfarte også at deres kunnskap og kompetanse om aktiviteter som ADL og meningsfull aktivitet ble lite brukt.

5.1.1 Gruppeaktiviteter

Ergoterapeutene i studien erfarte at sykehjemmene de arbeider på hadde en kulturkalender med faste gruppeaktiviteter, der relativt mange beboere deltok hver uke. Videre erfarte de at kulturaktivitetene som ble tilbudt både hadde positive og negative sider, der det mest positive var det sosiale aspektet ved kulturaktivitetene. Tak m.fl. (2014) legger fram i sin artikkel at det å delta i aktiviteter, også aktiviteter som ikke regnes som ADL eller PADL aktiviteter, er viktig for livskvalitet og velvære for beboere ved sykehjem (Tak m.fl. 2014:2).

Det ble lagt vekt på at det ofte var de samme beboerne som deltok hver gang, uten at ergoterapeutene var helt sikre på grunnen til dette. Et begrenset utvalg aktiviteter kan være en årsak til at beboerne ved sykehjemmene ikke deltok i aktiviteter. En annen erfaring ergoterapeutene gjorde seg, var at mange pasienter på sykehjem er dårligere nå enn for noen år tilbake, og at det har noe å si for pasientenes deltakelse i aktiviteter. utfordringene ergoterapeutene erfarte i forhold til svekket funksjon hos beboerne understøttes av Tak m.fl. (2014) og Thomas m.fl. (2013). Tak m.fl. rapporterer at svekkelse av fysisk funksjon, mangel på plass, ressurser og transport til aktivitetene kan være en årsak til at flere beboere ikke deltar i aktivitetene som blir tilbudt (Tak m.fl. 2014:6). Thomas m.fl. rapporterer også at nedsatt funksjon og sykdom kan være en årsak til at beboere ikke deltar, fordi det kan påvirke deres evne til å delta (Thomas, O'Connell og Gaskin 2013:250). Tak m.fl. legger også fram at nedsatt kognitiv funksjon kan være til hindring for deltakelse i aktiviteter (Tak m.fl. 2014:2). Dette er noe som også ergoterapeutene i denne studien erfarte som utfordrende; at det var en utfordring i flere situasjoner at beboerne for eksempel har en demensdiagnose. Tak m.fl.

rapporterer videre i sin studie at for personer med demens kan utførelsen av aktiviteter føles frustrerende og uinteressant, spesielt aktiviteter som krever høy hukommelse eller kognitive evner (Tak m.fl. 2014:2).

Ergoterapeutene erfarte at de fleste aktivitetene som ble tilbudt ved sykehjemmene var kulturaktiviteter i form av store gruppeaktiviteter. De erfarte også at de kulturaktivitetene som ble valgt ut ofte hang sammen med hva de som planla aktivitetene hadde sett fungerte. De aktivitetene der mange deltok, ble de aktivitetene som gikk igjen. Kulturaktivitetene ble valgt fordi de som planla aktivitetstilbudet hadde en formening om at det var de aktivitetene som var ønskelige, uten at beboerne ble spurt om hvilke aktiviteter de egentlig ønsket å delta på. Dette er i samsvar med Haugland (2012:46-47), som gjennom sin studie viser at de ansatte ved sykehjem blant annet vurderte beboernes interesse for deltakelse i kulturaktiviteter høyere enn hva beboerne selv gjorde. Dette kan tyde på at aktivitetene som blir planlagte på sykehjemmene er basert på det personalet har inntrykk av at beboerne ønsker å delta på, og ikke etter hva beboerne faktisk ønsker.

Videre erfarte ergoterapeutene at det også var fordeler med å tilby aktiviteter i form av gruppeaktiviteter, selv om det også var negative aspekter ved kulturaktivitetene. Blant annet erfarte de at noen av aktivitetene som ble tilbudt kunne være passiviserende for beboerne. Likevel erfarte de at det sosiale samværet som gruppeaktivitetene kunne føre med seg, kunne være svært positivt. Disse fenomenene understøttes av Thomas m.fl. som rapporterer at beboere ved sykehjem ofte deltar i aktiviteter for å være sosial, og at forskning konsekvent har vist en sammenheng mellom sosial interaksjon og deltakelse i aktiviteter, og hvordan dette har positiv effekt på helse og trivsel. Videre rapporterer Thomas m.fl. at sosial interaksjon og deltakelse i sosiale aktiviteter kan ha en effekt på eldres helse gjennom lavere dødelighet, økt fysisk helse og bedre kognitiv funksjon (Thomas, O'Connell og Gaskin 2013:244-245). Også Jakobsen og Granbo legger vekt på dette, og rapporterer i sin studie at å legge til rette for gode sosiale situasjoner ved sykehjem kan gi bedre mental helse (Jakobsen og Granbo 2011:157) Samt at Tak m.fl. rapporterer at å delta i sosiale aktiviteter kan være en indikator for livskvalitet og velvære (Tak m.fl. 2014:2).

5.1.2 Individuelle aktiviteter

Ergoterapeutenes erfaringer var at i forhold til aktiviteter, ble det i mye mindre grad tilrettelagt for individuelle aktiviteter for beboerne, først og fremst fordi det ikke var tid eller ressurser nok til det. Dette er i samsvar med det Jakobsen og Granbo rapporterer i sin studie, at det primært blir ivaretagelse av de fysiske pleiebehovene som får plass i hverdagen på sykehjem. At måloppnåelse og budsjettkontroll er viktig i dagens sykehjem, slik at gjøremål som å drive med aktiviteter sammen med beboerne ikke blir gjort, fordi det er oppgaver som ikke lar seg «telle» på samme måte som de fysiske pleiebehovene (Jakobsen og Granbo 2011:157). I en NOVA rapport rapporterte hele 46 prosent av bemanningen at de ikke har tid nok i sin arbeidshverdag til å se hver enkeltes beboers behov og å legge til rette for tiltak ut i fra behovene (Gautun og Bratt 2014:62) noe ergoterapeutene i denne studien også erfarte er tilfelle; at det ikke var tid nok for de ansatte å ”gjøre det lille ekstra”. Dette understøttes av Ingstad (2010:14-17) som rapporterer at de prekære behovene ved sykehjem, som stell og måltider blir prioritert av sykepleierne, da tiden ikke strekker til for å kunne prioritere de psykososiale behovene.

Ergoterapeutene rapporterte et ønske om mer meningsfulle, individuelle aktiviteter for beboerne, aktiviteter mer tilrettelagt etter beboernes interesser. Meningsfull aktivitet er et grunnleggende begrep innenfor ergoterapifaget (Creek 2010:64-71), og Dorrestein og Hocking (2010) legger i sin studie fram at mange sykehjemsbeboere vil ha god effekt av å få individuell ergoterapi, fordi det kan føre til mer deltakelse i aktivitet, velvære, meningsfullhet og økt selvfølelse (Dorrestein og Hocking 2010:52-53). Likevel erfarte ergoterapeutene at de ble lite brukt i arbeid med individuelle aktiviteter for beboerne.

Ergoterapeutene erfarte at de individuelle aktivitetene som foregikk på sykehjemmene ofte ble utført av frivillige, men at det kunne være en del utfordringer med frivillige i sykehjem, blant annet at de ofte utførte aktiviteter med de samme beboerne hver gang. Dette understøttes av Haugland (2012) som i sin studie blant annet legger fram at kun 38 prosent av beboere ved sykehjem oppga en interesse for individuell besøksvenn. En av årsakene kan være at beboerne er skeptiske til å få besøk av fremmede, og at de ansatte vurderer situasjonen ut fra egne preferanser og kanskje ikke ser de eldres synsvinkel. Det er derfor viktig at de frivillige kan ses på som en ressurs til å utføre de aktivitetene beboerne faktisk ønsker, men det kan være en utfordring å gjøre frivillige, eller besøksvenn, attraktivt for beboerne (Haugland 2012:47). Ergoterapeutenes erfaringer om at de frivillige ofte utfører aktiviteter kun med utvalgte beboere, kan derfor kanskje forklares med at det er nettopp de beboerne som er åpne for besøk

av de frivillige.

5.1.3 ADL og fysisk aktivitet

I forhold til ADL erfarte ergoterapeutene at det de gjorde i forhold til det, var å observere, for så å veilede personalet i hvordan en mest mulig hensiktsmessig kunne utføre ADL med beboerne. Deres erfaringer var at de ikke drev med ADL trening gjennom å sette opp mål og kontinuerlig trene for å nå målene. Likevel skriver Brandt m.fl. at aktivitetsproblemer i for eksempel PADL er svært vanlig blant eldre (Brandt, Madsen og Peoples 2015:362).

Ergoterapeutene erfarte at den ADL treningen de utførte ikke blir gjort for å nå et bedringsmål. Det de erfarte at de gjorde i forhold til ADL, er det Ness (1999) beskriver som vedlikeholdende arbeid, som har som mål å bevare aktiviteter og ferdigheter hos beboerne (Ness 1999:28).

I forhold til fysisk aktivitet erfarte ergoterapeutene at trening for beboerne som regel ble utført av fysioterapeuten ved sykehjemmene, men at ergoterapeuten også drev med slik trening ut i fra hvilke behov visse beboere hadde. Fysisk aktivitet for eldre har fått mye fokus de siste årene (Lexell, Frändin og Helbostad 2009:63), likevel erfarte ergoterapeutene at treningen de drev med ofte bare ble tilrettelagt av ergoterapeutene, men ikke kontinuerlig eller systematisk fulgt opp. Fysisk aktivitet kan forebygge videre helseplager for den eldre, forbedre funksjon, og gi økt livskvalitet (Lexell, Frändin og Helbostad 2009:63), samt at fysisk aktivitet kan ha positiv virkning på kognitive funksjoner (Kramer m.fl. gjengitt etter Daatland og Solem 2011:82). Likevel erfarte ikke ergoterapeutene at treningen de satte i gang ble fulgt opp av terapeutene, slik at det kunne jobbes med intervensjon og evaluering av treningen.

Som ergoterapeut er det å vurdere og kartlegge beboer i aktivitet en grunnleggende del av faget, samt å sette i gang intervensjon for å arbeide mot et mål, og til slutt evaluere om hvilken effekt intervensjonen har hatt (Creek 2010:223-224). Til tross for at dette er en arbeidsprosess som er svært grunnleggende og sentral i ergoterapifaget, erfarte ergoterapeutene at de ikke fikk brukt denne typen arbeidsprosess. Ergoterapeutene erfarte å få brukt sin kompetanse under observasjon i ADL eller gjennom å lage et treningsprogram til en beboer, men at deres involvering i stor grad stoppet opp der.

5.2 Å vurdere

Ergoterapeutene erfarte at de blir brukt mye til å kartlegge, blant annet av kognitiv svikt, samt interesser og meningsfulle aktiviteter. I tillegg erfarte de at den oppgaven de blir brukt mest til på sykehjemmene er hjelpemiddelformidling.

5.2.1 Kartleggingsverktøy

Ergoterapeutene erfarte at kognitiv kartlegging var en stor del av deres arbeid ved sykehjemmene. Dolva m.fl. (2015) rapporterer at ergoterapeuter bruker kartlegging eller vurderingsredskaper for å se sammenhengen mellom beboers kroppsstruktur, funksjon, aktivitet, deltakelse, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer, og at å bruke kartleggingsverktøy er en sentral del av ergoterapifaget (Dolva m.fl. 2015:45), likevel var det i veldig stor grad kognitiv kartlegging ergoterapeutene i denne studien hadde erfaring med. I motsetning viser medlemsundersøkelsen gjort av Norske Ergoterapiforbund at norske ergoterapeuter bruker mange og varierte kartleggingsverktøy (Dolva m.fl. 2015:48).

De mest brukte kartleggingsverktøyene brukt av ergoterapeutene i denne studien var Mini Mental Status-Evaluering (MMS-E) og klokketest. Dette er i samsvar med medlemsundersøkelsen til Norsk Ergoterapeutforbund som viser at verktøy knyttet til eldres helse er mye brukt av ergoterapeuter, og da blant annet MMS-E, som kan tyde på at mange norske ergoterapeuter er involvert i utredning av kognitiv svikt og demens (Dolva m.fl. 2015:48). Videre erfarte ergoterapeutene at kognitiv kartlegging er noe de har god kompetanse på.

5.2.2 Kartlegging av interesser og meningsfulle aktiviteter

Ergoterapeutene rapporterte at de har inntakssamtaler der de ønsker å kartlegge hvilke interesser beboerne har, samt at de erfarte at det å kartlegge interesser også er en prosess som foregår kontinuerlig. Interessesjekkliste er et ergoterapeutisk verktøy som informantene bruker i inntakssamtalene, og er et verktøy som består av 70 aktiviteter i ulike kategorier, der beboerne skal vurdere interessene for (Ness 2009). Ergoterapeutene ønsket i sine inntakssamtaler å kartlegge interessene beboerne har hatt tidligere, har nå og ønsket å drive med framover som beboer ved sykehjemmene. Det kommer også fram at kartleggingsverktøyet COPM er utprøvd, som er en av verktøyene som norske ergoterapeuter rapportere å bruke mest og regnes som et verktøy som kan brukes for alle diagnoser (Dolva

m.fl. 2015:46), men som ergoterapeutene i denne studien erfarte som en utfordring, da verktøyet krever at beboer kan uttrykke seg og ytre behov og ønsker.

Ergoterapeutene erfarte også at det å kartlegge beboernes interesser ofte kunne være en stor utfordring på grunn av beboers fysiske- og kognitive funksjonsnivå. Dette understøttes av Tak m.fl., som rapporterer at helsepersonell ofte går ut i fra at for eksempel personer med demens ikke har kognitive evner til selv å kunne fortelle hva de ønsker å delta på. Videre rapporterer Tak m.fl. at en likevel bør involvere beboerne i planlegging av aktiviteter, slik at de har mulighet til å delta i aktiviteter som de faktisk ønsker å delta i, og gjennom at aktivitetene er i samsvar med beboernes interesser kan det føre til økt deltakelse og positive erfaringer (Tak m.fl. 2014:1-2). Haugland rapporterer også om viktigheten av å kartlegge beboernes interesser for at de skal kunne oppleve at aktivitetene som tilbys er meningsfulle (Haugland 2012:49), samt at Jakobsen og Grandbo rapporterer i sin studie at det er viktig at aktivitetstilbud ved sykehjem tar utgangspunkt i hver enkeltes ønsker og interesser (Jakobsen, K. og Granbo, R. 2011:157).

5.2.3 Hjelpemiddelformidling

Ergoterapeutene erfarte at hjelpemiddelformidling var en av hovedoppgavene på sykehjemmene. Ergoterapeutenes rolle innenfor området tekniske hjelpemidler har vært registrert helt siden 1940-årene (Whitcombe-Shingler 2006:28). Ergoterapeutene erfarte hjelpemiddelformidling som et område der de har mye kompetanse og som de er eksperter på, som er i samsvar med det Norsk Ergoterapiforbund skriver i ”Retningslinjer for kunnskapsbasert hjelpemiddelformidling”, at ergoterapeuter har kunnskap om menneskers behov for utvikling gjennom aktivitet og deltakelse, og har en evne til å se relasjon mellom funksjon og omgivelser, og hvilke hjelpemidler som kan være hensiktsmessig for hver enkelt (Ergoterapeutene 2011:16).

Det ble lagt vekt på at hjelpemidlene som ergoterapeutene skaffet skulle være for å fremme aktivitet hos beboerne. Dette understøttes av Norsk Ergoterapeutforbunds retningslinjer for hjelpemiddelformidling, der det skrives at målet med hjelpemiddelformidling er økt aktivitet og deltakelse (Ergoterapeutene 2011:3). Brandt m.fl. skriver at hjelpemidler skal gi mulighet til å ta kontroll over eget hverdagsliv (Brandt, Å., Madsen, A.J. og Peoples, H. 2015:375-376). Ergoterapeutene mener også at det er viktig at hjelpemidlene blir skaffet for beboerne, og ikke fordi pleierne på avdelingene hadde lyst på. Henriksen skriver i sitt temahefte at det er

det viktig at ergoterapeuten blir tilkalt for å registrere og fange opp pasientens praktiske problemer, slik at de hjelpemidlene som er mest hensiktsmessig for beboerne blir valgt ut (Henriksen 2000:6-7).

5.3 Å være i rollen og å ønske noe mer

Ergoterapeutene erfarte at de hadde mulighet til å være selvstendige i sin arbeidshverdag, men at de samtidig syntes det er en utfordring å være alene som ergoterapeut. De erfarte også at det var mange områder de har kompetanse innenfor som de savnet å kunne arbeide mer med.

5.3.1 Rollen som ergoterapeut ved sykehjem

Ergoterapeutene i denne studien erfarte at de har mye selvstendighet i sin arbeidshverdag, og at de har mye ansvar, men at det også er en utfordring å være ergoterapeut fordi rollen har endret seg mye de siste årene. De erfarte at rollen som ergoterapeut har endret seg på grunn av at beboerne ved sykehjem ofte er dårligere nå enn før. Det er mer fokus på vedlikeholdende arbeid og kompensere tiltak. Dette understøttes av Hasselkus m.fl. som rapporterer at siden beboere ved sykehjem ofte er eldre mennesker som nærmer seg livet slutt, vil det påvirke ergoterapeutens rolle (Hasselkus, Dickie og Gregory, 1997:132), og Dorrestein og Hocking som rapporterer at det i løpet av de siste tiårene har blitt viktigere for ergoterapeuter ved sykehjem å ha fokus på å arbeide med beboernes gjenværende evner og funksjon, siden beboere ved sykehjem ofte er dårligere nå enn for noen tiår tilbake (Dorrestein og Hocking 2010:54).

Samtidig kommer det også fram at ergoterapeutene ønsker å verne om sitt eget fag, slik at det som ligger innenfor deres arbeidsområder som ergoterapeuter, blir tilegnet de som har den rette kompetansen. Dette kan også være en utfordring, da det på grunn av den nedsatte funksjonen til sykehjemsbeboere i dag, i stor grad handler om at de som arbeider ved sykehjemmene må kunne tilby ”sine hender” til å hjelpe til i hverdagen, i stede for at ergoterapeutene får gjøre det som er mer spesifikt ergoterapifaglig.

Den kompetansen ergoterapeutene besitter er ikke noe de tenker så mye på i sin arbeidshverdag, men er noe de bruker automatisk. For eksempel så ergoterapeutene på seg selv som eksperter på blant annet aktivitetsanalyse, og at dette var en del av deres kompetanse som ”ligger i bakhodet” og som utføres automatisk når de arbeider. Aktivitetsanalyse blir, og har alltid blitt sett på som en grunnleggende ferdighet for ergoterapeutisk praksis (Brandt,

Madsen og Peoples 2015:197-198). Ergoterapeutene erfarte at de har aktivitetsperspektivet liggende langt framme, at det automatisk blir en måte de tenker på, og at de med denne kunnskapen kunne bruke aktiviteter metodisk.

Ergoterapeutene erfarte det som en utfordring å være den eneste ergoterapeuten som arbeider ved sykehjemmene. Dette understøttes av det Hasselkus m.fl. som rapporterer at å være den eneste innenfor sitt fag kan være en utfordring, og at å være alene som ergoterapeut kan skape begrensninger for arbeidet en gjør, samt skape begrensede ressurser og en følelse av isolasjon (Hasselkus, Dickie og Gregory, 1997:136).

Videre erfarte ergoterapeutene at de i stor grad også hadde rollen som veileder for andre ansatte ved sykehjemmene. Dorrestein rapporterer i sin studie at noen institusjoner har ansatt ergoterapeuter i rene rådgivende stillinger, snarere enn utøvende, slik at ergoterapeutene være rådgivere og veiledere i for eksempel planlegging av aktiviteter (Dorrestein 2006:21).

5.3.2 Ønsker for arbeidshverdagen

Ergoterapeutene ønsket å bli mer involvert i kartlegging, observasjon, tiltak og tilrettelegging i forhold til ADL, og de ønsket å kunne bli involvert i dette fra starten av. Flere av ergoterapeutene arbeidet med ADL, men ikke i så stor grad som de skulle ønske. Jakobsen og Granbo legger fram at ergoterapeuter som arbeider ved sykehjem legger vekt på praktiske og daglige aktiviteter som stimulerer beboernes fysiske og mentale funksjoner (Jakobsen og Granbo 2011:155-156), likevel rapporterte ergoterapeutene i denne studien at dette er noe de i relativt liten grad arbeidet med.

Ergoterapeutene savnet også å arbeide på en mer rehabiliterende måte, men at det var en utfordring å få til på grunn av beboernes funksjoner. Beboerne ved sykehjemmene er ofte dårlige og befinner seg i en fase i livet der opptrening ikke har så stor relevans. Å arbeide mer med rehabilitering er likevel noe ergoterapeutene savner. Rehabiliterende ergoterapi handler om å øke motivasjon, deltakelse og mestring gjennom re-læring av tidligere aktiviteter (Ness 1999:27), men i stor grad handler det informantene driver med mer om kompensierende tiltak og vedlikeholdende arbeid. Solvang og Slettebø (2012) skriver at rehabilitering av eldre ikke er et satsningsområde i dagens samfunn, dette til tross for at eldre har økt risiko for å en rekke sykdommer og skader (Rockwood m.fl. gjengitt etter Solvang og Slettebø 2012:232), som

betyr at eldre mennesker i stor grad har behov for helsetjenester, blant annet rehabilitering (Cameron og Kurrle gjengitt etter Solvang og slettebø 2012:232).

I samsvar med det ergoterapeutene erfarte om at det er en utfordring å arbeide med rehabilitering ved sykehjem, legger Hasselkus m.fl. (1997) fram at for ergoterapeuter som arbeider innenfor eldreomsorgen, må en godta at framtiden for beboerne er kort, og at håpet for framtiden derfor ser annerledes ut enn for mange andre innen rehabilitering. Dette fordi rehabilitering ikke alltid er passende innenfor sykehjem da det kan oppstå utfordringer og begrensninger for rehabilitering, da beboerne ved sykehjem ofte er eldre og har nedsatt funksjon (Hasselkus, Dickie og Gregory, 1997:137-138). Ergoterapeutene i denne studien erfarte dermed at de må arbeide mer med vedlikehold enn med rehabilitering, som også er i samsvar med det Hasselkus m.fl. rapporterer om at det kan være vanskelig å se og dokumentere effekt av rehabilitering hos eldre, fordi det kan være vanskelig med bedring, og derfor blir vedlikehold av funksjoner i fokus (Hasselkus, Dickie og Gregory, 1997:134).

Å drive med aktiviteter eller rehabiliterende arbeid, og å kunne se at dette fører mot et mål, er noe alle ergoterapeutene savner i sin arbeidshverdag. Å skape endring gjennom å nå et mål er et veldig vesentlig punkt i terapi, og om terapeuten føler at han eller hun har gjort en forskjell (Hasselkus, Dickie og Gregory, 1997:133-135). Ergoterapeutene i denne studien var opptatte av at beboerne skulle få drive med aktiviteter som kunne øke selvstendighet, men at det var noe de ikke alltid har tid til, og som de gjerne skulle gjort mer av. Dette understøttes av Hasselkus, Dickie og Gregory, som legger fram i sin studie at ergoterapeuter ved langtidspleie rapporterte at å hjelpe de eldre til å få tilbake tidligere interesser og aktiviteter var viktig for dem. Videre rapporterer de at å hjelpe eldre tilbake til interesser og aktiviteter ikke bare er for å komme tilbake, men også for at de eldre skal kunne oppleve interessen og aktivitetens betydning igjen. Videre viser funnene i Hasselkus m.fl. sin studie at å hjelpe eldre mennesker tilbake til tidligere funksjoner er en del av det ergoterapeutene regner som et godt liv for de eldre (Hasselkus, Dickie og Gregory, 1997:133-135).

Ergoterapeutene erfarte at det generelt er liten tid i deres arbeidshverdag til å utføre for eksempel rehabilitering. Dette legger også Hasselkus, Dickie og Gregory vekt på, da de gjennom sine funn legger fram at ergoterapeuter innenfor eldreomsorgen må forsone seg med at det er et avvik mellom realiteten for praksis og de ideologiske forutsetningene for rehabilitering- ergoterapeutene må prioritere og sette grenser for sine tjenester (Hasselkus, Dickie og Gregory, 1997:137).

Ergoterapeutene i denne studien ønsket mer tid og mer ressurser på sykehjemmene generelt. Det kommer fram at ergoterapeutene mente at de ansatte ved sykehjemmene ikke har tid og at det ikke er nok ansatte til å gjøre det lille ekstra. Dette understøttes av Paulsen m.fl., som legger fram at det er en sammenheng mellom kvalitet og ansattes egen opplevelse av bemanningssituasjon ved sykehjem. Ved avdelinger der de ansatte rapporterte om dårlig bemanning, ble også skåren for kvalitet lav (Paulsen m.fl. 2004:2954).

5.4 Samarbeid

Ergoterapeutene erfarte det tverrfaglige samarbeidet ved sykehjemmene som en utfordring. Tverrfaglige møter finnes ved sykehjemmene, men fungerer ikke ideelt. Samarbeidet ble erfart som mer flerfaglig enn tverrfaglig. Samtidig har ergoterapeutene noen nære og viktige samarbeidspartnere.

5.4.1 Mer flerfaglig enn tverrfaglig

Ergoterapeutene så på det tverrfaglige samarbeidet ved sykehjemmene som en utfordring, spesielt samarbeidet med pleierne på avdelingene. Dette understøttes av Atwal (2002), som rapporterer at de yrkesmessige relasjonene mellom sykepleiere, ergoterapeuter og omsorgsledere ofte kan være problematiske. Atwals studie tar for seg akutte helsetjenester, men det som er skrevet i studien kan også være overførbart til tverrfaglig samarbeid ved sykehjem. Videre rapporterer Atwal at de yrkesmessige relasjonene kan være problematiske fordi det oppstår forvirring i rollene og hva som ligger i rollene (Atwal 2002:448-449). Dette understøttes også av Gramstad og Nilsen, som legger fram i sin studie at ergoterapeuter som arbeider i kommunehelsetjenesten opplever at samarbeidet med annet helsepersonell var preget av at de manglet et felles begrepsgrunnlag, samt utfordringer med å kommunisere egen kompetanse til andre faggrupper (Gramstad og Nilsen 2016:34).

Ergoterapeutene la også vekt på at beboerne på avdelingene ofte ikke fikk ”gjøre selv”, at pleierne for eksempel pusset tennene til beboere som kanskje egentlig kunne klart det selv. Ergoterapeutene la vekt på at de skjønner at pleierne skal ha fokus et annet sted enn de som ergoterapeuter har, og at pleierne har en travel hverdag. Hadde det vært opp til ergoterapeutene skulle beboerne ha fått prøve å gjøre mer selv, og å være mer selvstendig i daglige aktiviteter. Dette kan understøttes av Hasselkus m.fl. som rapporterer at annet helsepersonell innenfor langtids-eldreomsorg ikke er så investert i rehabilitering som

ergoterapeuten (Hasselkus, Dickie og Gregory, 1997:137-138).

Ergoterapeutene var med på tverrfaglige møter ved sykehjemmene, men de erfarte at det er utfordringer ved slike møter. Blant annet at det var vanskelig å finne tid til å utføre møtene, det var lite struktur over dem, samt at det var en utfordring for ergoterapeuten å få inn sin kompetanse i møtene. Det var et ønske fra ergoterapeutene at de tverrfaglige møtene kunne fungert bedre, slik at samarbeidet rundt beboerne også ville fungere bedre. Dette understøttes av Crepeau (1994) som skriver at tverrfaglige møter er en viktig arene for kommunikasjon mellom helsepersonell, der forskjellige yrkesgrupper kan dele sin kunnskap om pasienten og behandling. Videre skriver Crepeau at det er viktig at tverrfaglige møter er effektive for å vurdere pasientens framgang, å skape en forutsetning og et bilde av at tilbudet er rasjonelt og effektivt for pasienter, samt at det er viktig å skape struktur over møtene (Crepeau, E.B. 1994:717-718).

Ergoterapeutene erfarte at det under de tverrfaglige møtene ble lagt lite vekt på hva ergoterapeutene kunne bidra med, samt at de erfarte samarbeidet mellom yrkesgruppene som mer flerfaglig enn tverrfaglig. Dette understøttes av Jakobsen og Granbo gjengitt etter Lauvås og Lauvås (2011), som rapporterer at flerfaglighet er en vanlig utfordring ved tverrfaglig samarbeid (Lauvås og Lauvås gjengitt etter Jakobsen og Granbo 2011:154). Viktigheten av samarbeid understøttes også av Shiri (2006), som rapporterer at dersom en ikke tar vare på og arbeider med det tverrfaglige samarbeidet, kan det resultere i konflikter i teamet. Derfor er det viktig at det blir vist gjensidig respekt for hverandres kliniske praksis, samt likestilling mellom yrkesgruppene (Shiri, S. 2006:6). Dette kommer også fram i en rekke bøker, blant annet ”Det handler om verdighet og deltakelse” av Bredland, Linge og Vik (2014), der det står at et felles verdigrunnlag, likeverd mellom yrkesgruppene og gjensidig respekt er viktig for at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere ideelt (Bredland Linge og Vik 2014:200).

Ergoterapeutene erfarte at fysioterapeuten var en av deres nærmeste og viktigste samarbeidspartneren, som er i samsvar med det Brandt m.fl. skriver om at fysioterapeuten ved mange arbeidsplasser ofte er ergoterapeutens viktigste samarbeidspartner (Brandt, Madsen og Peoples 2015:20-21). En av fordelene med å samarbeide tett med fysioterapeuten kan være at ergoterapeuten og fysioterapeuten i mange sammenhenger kan arbeide med de samme arbeidsoppgavene eller hjelpe hverandre med de samme oppgavene, for eksempel legger Brandt m.fl. vekt på at også fysioterapeuten kan arbeide med hjelpemidler, og at ergoterapeuten også kan drive med fysisk trening (Brandt, Madsen og Peoples 2015:20-21).

Videre erfarte ergoterapeutene at aktivitør og kulturleder også var nære og viktige samarbeidspartnere av ergoterapeutene, fordi de også arbeider mye med aktiviteter. Dette kan understøttes av Dorrestein og Hocking, som rapporterer for eksempel at ergoterapeuten kan være veileder for aktivitører, slik at beboere mottar tilbud om passende aktiviteter (Dorrestein og Hocking 2010:54), samt at dersom aktivitører tilegner seg kunnskap om viktige begreper fra ergoterapifaget, kan det hjelpe aktiviteten til å forstå de ulike og unike betydningene av aktivitet (Dorrestein 2006:21).

Videre erfarte ergoterapeutene at administrative ting tok mye tid av deres arbeidsdag, som møter og dokumentering. Også Vik (2012) rapporterer at personalet fra hjemmetjenesten rapporterte om at organiseringen av tjenesten kunne være et dilemma, da de erfarte at administrerende oppgaver som møter og lignende tar tid fra de eldre og personalets muligheter til å arbeide mer med aktivitet og deltakelse (Vik 2012:26). Dette er også noe ergoterapeutene i denne studien la vekt på, at administrative oppgaver tok mye tid, og at den tiden som de brukte på for eksempel dokumentering, skulle de ønske de kunne få brukt på å aktivisere beboerne.

5.5 Å gjøre seg gjeldende

Ergoterapeutene erfarte at de arbeidsoppgavene de har ved sykehjemmene kan deles opp i synlige og usynlige oppgaver, fordi noen av deres oppgaver var veldig synlige for andre som arbeider ved sykehjemmene, som hjelpemiddelformidling. Samtidig har ergoterapeutene mange andre oppgaver som ikke var så synlige for andre, ofte fordi andre ikke har kunnskap nok om ergoterapifaget.

5.5.1 Det synlige

Den arbeidsoppgaven ergoterapeutene erfarte var mest synlig for andre ansatte og beboerne, er hjelpemiddelformidling. På et sykehjem der mange beboere har en form for funksjonsnedsettelse eller sykdom, blir det naturlig at hjelpemiddelformidling derfor blir en stor del av arbeidet til en ergoterapeut. Dette står i samsvar med at hjelpemidler skal gi mennesker med funksjonsnedsettelser eller sykdommer mulighet til å ta kontroll over eget hverdagsliv gjennom å muliggjøre for aktivitet, og for ergoterapeuter er det å kunne medvirke til dette en kjernekompetanse (Brandt, Madsen og Peoples 2015:375-376).

Ergoterapeutene erfarte det som en utfordring at det ofte kun var hjelpemidler de som ergoterapeuter ble forbundet med. Dette understøttes av Shiri, som i sin studie legger fram at ergoterapeutene erfarte at det var frustrerende at de ble regnet som en som skaffer utstyr (Shiri 2006:8), samt Atwall som rapporterer at de andre i de tverrfaglige teamene i stor grad så på ergoterapeuten som leverandører av tekniske hjelpemidler (Atwal 2002:449). Også Gramstad og Nilsen (2016:35) rapporterer i sin studie at ergoterapeutene erfarte at de ble forbundet med hjelpemidler.

5.5.2 Det usynlige

Tall allerede fra 1995 viser at så mange som 38 prosent av registrerte ergoterapeuter arbeidet med eldre, men at den rollen de hadde innenfor feltet likevel var vanskelig å definere (Hasselkus, Dickie og Gregory, 1997:132). Ergoterapeuter bruker ulike definisjoner for å forklare sin rolle (Atwal, A. 2002:448-449). Dette er i samsvar med det ergoterapeutene i denne studien erfarte ved at andre ansatte og beboerne så på dem som hjelpemiddelformidlere, og at andre deler av den kunnskapen og kompetansen de besitter ikke vises så godt.

Videre erfarte ergoterapeutene at de ofte måtte markedsføre og reklamere for eget fag, for at andre skulle se hvilken rolle de egentlig har eller kan ha. Dette understøttes av Dorrestein og Hocking, som rapporterer at selv om ergoterapeuter har arbeidet innenfor eldreomsorgen i mange år, rapporteres det likevel at deres rolle har en usikker ideologi, men at det er viktig at personalet og ledelsen har kunnskap om ergoterapi, og hvilke fordel ergoterapi kan ha for pasientene, for at deres ferdigheter, kunnskap og tid skal kunne brukes best mulig (Dorrestein og Hocking 2010:54). Dette gjelder også andre felt utenom eldreomsorgen. Shiri har for eksempel sett på ergoterapeutens rolle innenfor fysisk akutt pleie, og også i det fagfeltet rapporterer ergoterapeutene at andre yrkesgrupper ofte misforstår ergoterapeutens rolle (Shiri, S. 2006:8). Samt at Atwal rapporterer om dette fra akutt pleie, der ergoterapeutene føler at rollen blir misforstått, og at det kan være fordi forskjellige yrkesgrupper kan ha liten forståelse for hverandres rolle (Atwal, A. 2002:448).

Det finnes lite litteratur og teori som belyser ergoterapeutens erfaringer fra sykehjem, men både Shiri (2006) og Atwall (2002) tar for seg erfart rolle fra akutt pleie, som kan knyttes opp

mot funnene i denne studien. I Shiris studie kommer det blant annet fram at ergoterapeutene erfarte at leger for eksempel ikke tok i mot ergoterapeutenes anbefalinger for tiltak, og at ledelsen unnlot å komme til ergoterapeutene med relevante spørsmål (Shiri, S. 2006:8). Også i Atwals studie blir det lagt vekt på at ergoterapeutene erfarte at deres kunnskaper og kompetanse ikke ble anerkjent av flere i de tverrfaglige teamene (Atwal, A. 2002:449). Samt at Gramstad og Nilsen (2016) legger fram at ergoterapeutene erfarte at andre yrkesgrupper og brukere har for lite kunnskap om ergoterapeuters fagutøvelse, rolle og kunnskapsgrunnlag (Gramstad og Nilsen 2016:34-35). Dette står i samsvar med hva ergoterapeutene i denne studien erfarte om at andre yrkesgrupper ikke vet eller forstår hva ergoterapeutene egentlig kan bidra med.

Ergoterapeutene i denne studien forsøkte å markedsføre for faget sitt og hva de kan bidra med ved sykehjemmene, men erfarte at det kunne være en utfordring å få det til. Dette er i samsvar med Dorrestein og Hocking som legger fram i sine funn at det er viktig at ledelsen og annet personell er informert om hva ergoterapeuten kan bidra med og hvilke fordeler det kan ha for pasientene, for at ergoterapeutens kunnskap, ferdigheter og tid skal kunne brukes på best mulig måte (Dorrestein og Hocking 2010:54). Shiri legger fram at det også er viktig at ergoterapeuten bruker den kunnskapen og de behandlingsmetodene som er klart ergoterapifaglige for å få fram et mer konkret bilde av sin rolle (Shiri, S. 2006:9), som også er noe informantene i denne studien la vekt på er viktig.

I følge Sackley m.fl. har ergoterapi positiv effekt på sykehjemsbeboere, og dersom mer ressurser blir ilagt terapitjenester, kan behovet for pleie- og omsorgstjenester reduseres (Sackley m.fl. gjentatt etter Jakobsen og Granbo 2011:154), likevel erfarte ergoterapeutene i denne studien at det var veldig begrenset hvilke kunnskaper og kompetanse de fikk brukt ved arbeid i sykehjemmene. I stor grad handlet ergoterapeutenes oppgaver om hjelpemiddelformidling og å veilede andre ansatte, mens annen kompetanse som ergoterapeutene besitter, blir sjelden brukt, og dermed ”usynlig” for andre.

6.0 Konklusjon og avslutning

Hensikten med denne studien var å belyse hvilke erfaringer ergoterapeuter som arbeider ved sykehjem har med utførelse av egen profesjon. Studien utforsker og beskriver på hvilken måte ergoterapeutene får brukt sin kompetanse, samt hvilke kompetanse de savner å bruke i sin arbeidshverdag. Funnene i denne studien baserer seg på kvalitative forskningsintervju med seks ergoterapeuter.

6.1 Funnenes essens

Denne studien fant at ergoterapeutene erfarte at det bedrives mye aktivitet ved sykehjemmene, men at det i liten grad inneholdt meningsfull aktivitet for den enkelte, og at de som ergoterapeuter hadde en liten rolle når det kommer til planleggingen og utføringen av aktivitetene. Videre fant denne studien at ergoterapeutene arbeidet med å kartlegge, at de fikk brukt sin kompetanse innenfor å identifisere kognitiv svikt. Ergoterapeutene erfarte at en av det største oppgavene de hadde var hjelpemiddelformidling, at de også innenfor det fikk brukt sin kompetanse, men at det var et område som er stort og tar mye tid. Derfor erfarte ergoterapeutene at hjelpemiddelformidling kunne ta tiden i fra andre arbeidsområder.

Videre fant denne studien at ergoterapeutene erfarte å være selvstendig og ha frihet i sin arbeidshverdag, og at de kunne bli brukt til mye forskjellig ved sykehjemmene, samt at de erfarte å innta en rolle som veileder for andre ansatte. Samtidig erfarte de at de følte seg alene, og at det kunne være en stor utfordring å være ansatt som den eneste ergoterapeuten. Studien fant også at ergoterapeutene savnet å arbeide mer med aktivitet, mer systematisk med rehabilitering, samt at de ønsket mer tid og mer ressurser.

Studien fant også at ergoterapeutene erfarte at samarbeidet med andre yrkesgrupper ved sykehjemmene kunne være en utfordring, da de hadde forskjellige syn og bakgrunner. De erfarte at tverrfaglige møter var en stor utfordring å få til, og at de arbeidet mer flerfaglig enn tverrfaglig. Til tross for dette erfarte ergoterapeutene likevel at de hadde noen gode og viktige samarbeidspartnere ved sykehjemmene. Videre fant studien at administrative oppgaver som dokumentasjon var arbeidsoppgaver ergoterapeutene erfarte tok lang tid, og som tok tiden fra andre arbeidsoppgaver. Til slutt fant denne studien at ergoterapeutene erfarte at få av de andre ansatte hadde kunnskap om ergoterapeuters kompetanse, og at de derfor måtte reklamere og

markedsføre for eget fag. De erfarte også at de utførte mange ”usynlige” oppgaver som andre ansatte ikke var klar over at ergoterapeuten utførte.

Det som kjennetegner ergoterapeutenes erfaringer er i stor grad at de arbeider med hjelpemiddelformidling, som er den delen av deres arbeidsoppgaver som er mest synlig for andre, og som tar mest tid i ergoterapeutenes hverdag. Ergoterapeutene driver også med kartlegging, spesielt kognitiv kartlegging. På den andre siden erfarer de at det er mye av den kompetansen de besitter som de ikke får brukt, ofte fordi andre ikke har kunnskap om den kompetansen. Erfaringene fra ergoterapeutene tilsier at det er begrenset hvor mye de får brukt av sin brede kompetanse ved arbeid i sykehjem. Spesielt viktig og sentralt innenfor ergoterapifaget er meningsfull aktivitet og deltakelse, noe som ergoterapeutene i denne studien erfarte at de savnet å kunne arbeide mer med. Også å arbeide mot et klart, individuelt mål, slik som innenfor rehabilitering, var noe ergoterapeutene savnet.

Ergoterapeutene erfarte også at det var en utfordring å være den eneste ergoterapeuten som var ansatt ved sykehjemmene, at det kunne være store utfordringer i samarbeidet med andre yrkesgrupper, samt utfordringer med å få fram hva de som ergoterapeuter kunne ’bidra med i det tverrfaglige samarbeidet.

6.2 Implikasjoner for praksis

Studien antyder at personalet ved sykehjem bør gjøre seg kjent med rollene til alle yrkesgruppene. Kanskje spesielt viktig er det at ledere har nok kunnskap om de forskjellige yrkesgruppene og deres roller, slik at det kan viderefremmes til alle ansatte, samt at de riktige arbeidsoppgavene blir gitt til de yrkesgruppene som har den riktige kompetansen. En implikasjon for praksis kan være at også ergoterapeuter kan søke lederroller ved sykehjem.

Det kan også være viktig at beboere som kommer til sykehjem får informasjon om yrkesgruppene, og hva de forskjellige yrkesgruppene kan bistå beboeren med. Gjennom at personalet og beboere ved sykehjem har kunnskap om hverandres roller, kan det kanskje føre til at for eksempel ergoterapeuter slipper å konstant måtte ”reklamere” for eget fag til andre. I tillegg bør det tverrfaglige samarbeidet, inkludert tverrfaglige møter, bli mer strukturert innenfor sykehjem, slik at beboerne får best mulig oppfølging, samt at yrkesgruppene får

styrket sitt samarbeid og kunnskap om hverandres roller. Det bør arbeides mot et mer tverrprofesjonelt fagmiljø ved sykehjem.

Videre antyder studien at ergoterapeuter som arbeider ved sykehjem i større grad bør brukes til det de har kompetanse på- meningsfull aktivitet og deltakelse. For at dette skal bli mulig er det også viktig at ergoterapeut selv tar initiativ til å presentere eget fag, lære bort til andre, samt tar initiativ til tverrfaglighet og å få fram sin kompetanse i samarbeidet.

6.3 Videre forskning

Videre forskning bør fokusere på systematisk betydning av den ergoterapifaglige kompetansen innenfor eldreomsorg; hvilken betydning kan ergoterapi ha for beboernes trivsel, velvære og aktivitetsdeltakelse på sykehjem. Både kvalitativ og kvantitativ forskning på dette området vil være viktig. Videre forskning bør også fokusere på hvordan en ved sykehjem på best mulig og tverrfaglig måte kan kartlegge beboernes behov, samt på hvilken måte sykehjem kan bli mer tverrprofesjonelle.

7.0 Litteraturliste

Aldring og Helse, Sykehuset Innlandet HF og Helsedirektoratet (2014). *Demensutredning i sykehjem*. Oslo: VID Vitenskapelige Høgskole. Hentet 14. desember 2016 fra:

<http://www.aldringoghelse.no/?pageid=3678&itemid=2820&page=all>

Atwal, A. (2002). A World Apart: How Occupational Therapists, Nurses and Care Managers Perceive Each Other in Acute Health Care. *British Journal of Occupational Therapy*. 65 (10):446-452.

Bergland, Å. (2012). Hvilke faktorer kan bidra til trivsel i sykehjem? *Geriatrisk Sykepleie*. 1:22-28.

Bjerkaas, K-E.T. (2012). *Eldres helse; spesialkompetanser for ergoterapeuter*. Hentet 19. desember 2016 fra: <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse/Eldres-helse>

Bonsaksen, T. m.fl. (2015). I hvilke situasjoner bruker norske ergoterapeuter undersøkelses- og vurderingsredskaper? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: del 2. *Ergoterapeuten*. 58(2):38-42.

Brandt, Å., Madsen, A.J. og Peoples, H. (2015). *Basisbog i Ergoterapi- aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 3. utg. København: Munksgaard.

Bredland, E.L., Linge, O.A. og Vik, K. (2014). *Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Creek, J. (2010). *Occupational Therapy. A Dynamic Framework for Practice*. 1. utg. London: Jessica Kingsley Publishers.

Crepeau, E.B. (1994). Three Images of Interdisciplinary Team Meetings. *The American Journal of Occupational Therapy*. 48(8):717-722.

Daatland, S.O. og Solem, P.E. (2011). *Aldring og samfunn*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Dolva, A.S. m.fl. (2015). Hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: del 3. *Ergoterapeuten*. 58(2):44-49.

Dorrestein, M. (2006). Leisure activity assessment in residential care: Improving occupational outcomes for residents. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*. 53(2):20-26.

Dorrestein, M. og Hocking, C. (2010). Maximising Participation for older people. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*. 57 (2):49-55.

Ergoterapeutene (2011). *Retningslinjer for kunnskapsbasert hjelpemiddelformidling*. Oslo: Ergoterapeutene.

Forskrift for sykehjem m.v. *Forskrift av 14. november 1988 nr 932 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*.

Gautun, H. og Bratt, C. (2014). *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*. Oslo: VID Vitenskapelige Høgskole. Hentet 05. januar 2017 fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2014/Bemanning-og-kompetanse-i-hjemmesykepleien-og-sykehjem>.

Gramstad, A. og Nilsen, R. (2016). ”Vi blir ikke brukt godt nok” Kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper. *Ergoterapeuten*. 4:30-39.

Hasselkus, B.R., Dickie, V.A. og Gregory, C. (1997). Geriatric Occupational Therapy: The Uncertain Ideology Of Long-Term Care. *The American Journal of Occupational Therapy*, 51 (2):132-139.

Haugland, B.Ø. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien Forskning*. 1(7):42-49.

Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov av 24. juni 2011 nr 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

Henriksen, G. (2000). *Manuelle Rullestoler. Et temahefte om formidling av manuelle rullestoler*. Oslo: Rikstrykdeverket.

Horghagen, S. m.fl. (2015). På vei inn i en kunnskapsbasert praksis. Ergoterapeuters begrunnelser for bruk eller ikke bruk av vurderingsredskaper. *Ergoterapeuten*. 58(6):48-59.

- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem-idealene og realiteter. *Nordic Journal of Nursing Research*. 30(2):14-17.
- Jakobsen, K. og Granbo, R. (2011). Større faglig bredde bidrar til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere. *Sykepleien Forskning*. 2(6):152-158.
- Johannessen, A., Tufte, P.A. og Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Abstrakt forlag AS: Oslo.
- Kielhofner, G. (2009). *Ergoterapi i praksis- det begrepsmessige grunnlag*. 3. utg. København: Munksgaard.
- Lexell, J., Frändin, K. og Helbostad, K. (2009). Fysisk aktivitet for eldre. I: R. Bahr (red.). *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Ness, N. E. (1999). *Helse gjennom aktivitet : fagprofil og yrkesfunksjoner for ergoterapeuter*. Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund.
- Ness, N. E. (2002). Ergoterapifagets aktivitetsperspektiv: et historisk blikk på ideer som påvirker faget. *Ergoterapeuten*. 45(10):2-19 (Bilag).
- Ness, N.E. (2009). *Vurderingsredskap G-K*. Hentet 03. desember 2016 fra: <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Om-ergoterapi/Verktoey-og-redskap/Redskap/Vurderingsredskap-G-K>
- Ness, N.E. m.fl. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Oslo: VID Vitenskapelige Høgskole. Hentet 02. februar fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsforbedring/pasientforlop/eldre-og-kronisk-syke/litteratur-om-hverdagsrehabilitering-og-helsefremmende-arbeid>
- Ness, N.E. (2016) Hverdagsmestring. *Ergoterapeuten*. 1: 32-37.
- Paulsen, B. m.fl. (2004). Bemanning og kvalitet i sykehjem. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 22:2954-2955.
- Shiri, S. (2006). Job Satisfaction, Physical Acute Care and Occupational Therapists. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*. 53 (2): 5-11.

Skøien, R., Hovden, H. og Vågsmyr, U. (2014). ErgUS. Kartleggingsverktøy for vurdering av kognitiv funksjon. *Ergoterapeuten*. 57(4):92-97.

Solvang, P.K. og Slettebø, Å. (2012). *Rehabilitering*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

St.meld. nr 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Tak, S.H., Kedia, S., Tongumpun, T.M. og Hong, S.H. (2014). Activity Engagement: Perspectives from Nursing Home Residents with Dementia. *Educational Gerontology*. 0:1-11. DOI: 10.1080/03601277.2014.937217.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4 utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Thomas, J.E., O'Connell, B. og Gaskin, C.J. (2013). Residents' perceptions and experiences of social interaction and participation in leisure activities in residential aged care. *Contemporary Nurse*. 45(2):244-254.

Vik, K. (2012). Aktivitet og deltakelse for eldre- et middel for å nå helsepolitiske mål om aktiv aldring. *Ergoterapeuten*. 1:23-28.

Vik, K. (2015). *Mens vi venter på eldrebølgen. Fra eldreomsorg til aktivitet og deltakelse*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Whitcombe-Shingler, M. (2006). The History of the Wheelchair Assessment Service in New Zealand: From Client Centered to Client Directed. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*. 53(2):27-31.

Wong, S.R. og Fisher, G. (2015). Comparing and Using Occupation-Focused Models. *Occupational Therapy In Health Care*. 29(3):297-315.

Vedlegg 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Marianne Thorsen Gonzalez
VID Diakonhjemmet VID vitenskapelig høgskole
Boks 184 Vindern
0319 OSLO

Vår dato: 13.04.2016

Vår ref: 47761 / 3 / HJP

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.03.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

47761	<i>Ergoterapeuters erfaringer med bruk av ergoterapeutiske tilnærminger i sykehjem</i>
Behandlingsansvarlig	<i>VID vitenskapelig høgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Marianne Thorsen Gonzalez</i>
Student	<i>Anja Bertheussen Karoliuss</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Hanne Johansen-Pekovic

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

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

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Vedlegg 2

Forespørsel om rekruttering av intervjupersoner til masteroppgaven:

Helsepersonell ved sykehjem- erfaringer med fritids- og hobbyaktiviteter for beboerne

Bakgrunn og hensikt

Mitt navn er Anja Karolius og jeg er ergoterapeut og mastergradsstudent ved studiet Helse- og sosialfaglig arbeid for eldre ved VID Vitenskapelige Høgskole Diakonhjemmet. I min masteroppgave ønsker jeg å intervjuere ergoterapeuter, sykepleiere og aktivitører som arbeider i sykehjem for å få utvidet forståelse av deres erfaringer med fritids- og hobbyaktiviteter for beboerne ved sykehjemmet.

Med dette ønsker jeg å rekruttere ergoterapeut, sykepleier og/eller aktivitør som arbeider ved deres sykehjem som informanter.

Jeg håper du finner denne oppgaven interessant, og at du kan gi informasjonsskrivet ”Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt” til aktuelle ergoterapeuter, sykepleiere og aktivitører som arbeider hos dere, slik at de kan ta en avgjørelse omkring egen deltakelse.

Formålet med oppgaven er å få utvidet forståelse av hvordan ulike profesjoner arbeider med fritids- og hobbyaktiviteter for beboerne, og deres erfaringer med det. Formålet knyttes til viktigheten av aktivitet for eldre, spesielt med tanke på at det er forventet at antallet eldre og levealder vil øke kraftig de neste årene.

I den sammenheng håper jeg at du som leder synes dette høres ut som en spennende oppgave, og at det er greit at en ergoterapeut, sykepleier og/eller aktivitør som arbeider ved sykehjemmet deltar som informant. Dersom du ønsker mer informasjon om oppgaven kan du når som helst ta kontakt med meg.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Om intervjuet:

Intervjuet vil være semistrukturert og vil vare i omtrent 1-1,5 time. Intervjuet blir tatt opp på bånd og senere transkribert. Dersom informanten ønsker å trekke seg, kan hun/han når som helst gjøre det uten å oppgi grunn.

Det vurderes ikke at det er kjente ulemper knyttet til studien. Alle personopplysninger vil bli anonymisert, og det vil ikke være mulig å kjenne igjen informanten eller informantens arbeidsplass gjennom min oppgave.

Hva skjer med informasjonen?

Informasjonen som jeg får gjennom intervjuene skal kun brukes som data i denne studien. En kodenøkkel vil bli brukt i omgjøringen av lydopptak til tekstmaterialet og lagring av data.

De som vil delta skal forsikres om at det som de forteller meg vil bli anonymisert. Intervju på lydbånd, all transkribert materiale og notater vil bli lagret i låsbar skuff i låsbart rom. Når studien avsluttes, vil kodenøkkel og lydbånd, transkribert materiale og notater makuleres.

Etter planen skal prosjektet avsluttes innen desember 2016.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger

Den som sier ja til å delta i studien, har rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om seg. Dersom en intervjuperson trekker seg fra studien, kan vedkommende kreve å få slettet innsamlede opplysninger.

Informasjon om utfallet av studien

Sammendrag av studiens resultater sendes de deltakere som ønsker det etter studien er avsluttet.

Dersom du har spørsmål om studien, kan du kontakte Anja Karolius (student) på mail: anja_karolius@hotmail.com eller mobil: 950 66 042. Du kan også kontakte min veileder, Førsteamanuensis Marianne Thorsen Gonzalez på mail: marianne.gonzalez@vid.no eller mobil: 932 24 285.

Med vennlig hilsen

Anja Karolius
Tlf.: 950 66 042
E-post: anja_karolius@hotmail.com

Vedlegg 3

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

Helsepersonell ved sykehjem- erfaringer med fritids- og hobbyaktiviteter for beboerne

Bakgrunn og formål

Dette er en forespørsel til deg om å delta som informant i en forskningsstudie.

Jeg er utdannet ergoterapeut og tar nå en master ved VID Vitenskapelige Høgskole Diakonhjemmet gjennom studiet Helse- og sosialfaglig arbeid for eldre, og i den forbindelse ønsker jeg å gjennomføre individuelle intervjuer med ergoterapeuter, sykepleiere og aktivtører som arbeider ved sykehjem.

Formålet med oppgaven er å få utvidet forståelse av hvordan ulike profesjoner arbeider med fritids- og hobbyaktiviteter for beboerne, og deres erfaringer med det. Formålet knyttes til viktigheten av aktivitet for eldre, spesielt med tanke på at det er forventet at antallet eldre og levealder vil øke kraftig de neste årene.

Dette innebærer å innhente opplysninger omkring dine erfaringer som ergoterapeut, sykepleier eller aktivtør ansatt ved sykehjem. Fokuset vil være omkring dine erfaringer i arbeid med aktivitet og meningsfullhet for pasientene, samt erfaringer fra din arbeidshverdag på sykehjemmet.

Ut fra resultatene håper jeg å produsere kunnskap om hvilke erfaringer ulike yrkesgrupper på sykehjem har omkring arbeid med aktivitet, da spesielt meningsfulle fritids- og hobbyaktiviteter for beboerne.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Intervjuet vil vare i omtrent 1- 1,5 time. Dersom det passer seg at intervjuet blir foretatt på ditt arbeidssted er dette fint, hvis ikke kan et rom ved min arbeidsplass brukes som sted for intervjuet. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak, samt at jeg vil ta notater underveis.

Det vurderes ikke at det er kjente ulemper knyttet til studien. Alle personopplysninger vil bli anonymisert, og det vil ikke være mulig å kjenne igjen informanten eller informantens arbeidsplass gjennom min oppgave.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Informasjonen som registreres skal kun brukes for å få kunnskap om erfaringer du har fra arbeider ved sykehjem.

Alle opplysninger vil bli anonymisert i oppgaven. Du eller din arbeidsplass vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen etterpå. Det er kun meg som student og min veileder som vil ha tilgang til dataene fra intervjuet.

En kodenøkkel vil bli brukt i omgjøringen av lydopptak til tekstmaterialet og lagring av data. Lydbåndopptak og alle notater vil lagres i låsbar skuff i låsbart rom. Transkribert materiale lagres på datamaskin som til en hver tid er låst med brukernavn og passord, kun jeg som student har tilgang til datamaskinen. Også datamaskinen vil oppbevares i låsbart rom.

Når studien avsluttes, vil kodenøkkel og lydbånd, samt all transkribert materiale og notater makuleres. Etter planen skal prosjektet avsluttes innen desember 2016.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger

Den som sier ja til å delta i studien, har rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om seg. Dersom en intervjuperson trekker seg fra studien, kan vedkommende kreve å få slettet innsamlede opplysninger.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta som informant i studien. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Informasjon om utfallet av studien

Sammendrag av studiens resultater sendes de deltakere som ønsker det etter studien er avsluttet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Anja Karolius (student) på mail: anja_karolius@hotmail.com eller mobil: 950 66 042. Du kan også kontakte min veileder, Førsteamanuensis Marianne Thorsen Gonzalez på mail: marianne.gonzalez@vid.no eller mobil: 932 24 285.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du ønsker å delta som informant bes det om at du samtykker til deltakelse. Samtykket kan være skriftlig eller muntlig. Du kan ta direkte kontakt med meg for muntlig samtykke via mail eller telefon. Dersom du ønsker å samtykke skriftlig kan du signere på linjen under og sende det til Cathinka Guldbergsenteret, Lovisenberggata 7B, 0456 Oslo, V. ergoterapeut Anja Karolius.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signatur og dato)

Vedlegg 4

Intervjuguide

Fase 1: Rammesetting	1. Løst prat (5 min)
	Uformell prat
	2. Informasjon (5-10 min)
	<p>Min første tanke med masteroppgaven var å gjøre en systematisk litteraturstudie omkring fritids- og hobbyaktiviteter for beboere ved sykehjem. Det viste seg at det ikke finnes nok litteratur på området til dette, og jeg måtte derfor endre litt på oppgaven. Jeg ønsker i hovedsak og fortsatt å ha fokus på fritids- og hobbyaktiviteter, da ut i fra dine erfaringer som ergoterapeut/sykepleier/aktivitør. Fritids- og hobbyaktiviteter er de aktivitetene en gjør fordi en har lyst, som en selv ønsker å gjøre fordi en finner glede i det.</p> <p>Jeg ønsker også å få vite litt om hvordan din arbeidshverdag som ergoterapeut/sykepleier/aktivitør ved sykehjemmet er, for eksempel hvem dine nærmeste samarbeidspartnere er og hvordan du ser på din rolle som ergoterapeut/sykepleier/aktivitør på sykehjemmet. Det jeg er ute etter er altså dine erfaringer.</p> <p>Før intervjuet starter ønsker jeg å si at det ikke vil bli stilt noen spørsmål som omtaler pasienter. Dersom det i intervjuet blir tatt opp spesifikke hendelser med pasienter, ønsker jeg å minne om at du må utelate indirekte personidentifiserende opplysninger, som institusjon, tidspunkt, spesielle diagnoser/hendelser osv., i tillegg til navn.</p> <p>Slå på lydopptaker!</p>
Fase 2: Erfaringer	3. Overgangsspørsmål: (15 min)
	<p>Hva vil du beskrive at dine hoved arbeidsoppgaver som ergoterapeut/sykepleier/aktivitør ved sykehjemmet er?</p> <p>Hvilket ergoterapeutfaglig/sykepleierfaglig/aktivitør fokus har du i din arbeidshverdag?</p> <ul style="list-style-type: none">- På hvilken måte bruker du din faglige kompetanse i arbeid med aktiviteter for beboerne?- På hvilken måte tror du din kompetanse skiller seg fra f.eks. ergoterapeut/sykepleier/aktivitør når det kommer til arbeid med aktivitet for beboerne? <p>Er det noe av din kompetanse du skulle ønske du kunne få brukt mer i forhold til aktiviteter?</p>
Fase 3: Fokusering	4. Nøkkelspørsmål: (50-60 min)

Ved sykehjemmet du arbeider, på hvilken måte arbeides det med å gi beboerne tilbud om aktiviteter?

- Hvilke aktiviteter får de tilbud om?
- Får de tilbud om individuelle aktiviteter som de ønsker å drive med? Beskriv gjerne.

Dersom du arbeider med aktivitet i forhold til pasientene, hvilke aktiviteter?

- ADL?
- Fysisk aktivitet?
- Hobby- og fritidsaktiviteter?
- Andre aktiviteter?

Når du arbeider med/planlegger aktivitet sammen med/for pasientene, tar du i betraktning hva de finner meningsfullt?

- På hvilken måte?
- Hvordan finner du ut hva som er meningsfullt for pasientene?

Har du noen erfaring med å arbeide med fritids- og hobbyaktiviteter for beboerne?

- Eventuelt hvilke?
- Hvordan arbeider du med/planlegger du slike aktiviteter?

Hvilke aktiviteter tror du/har du fått tilbakemelding om er foretrukne av pasientene?

Hvilke aktiviteter foretrekker du å gjøre sammen med pasientene?

- Kan du beskrive/forklare hvorfor?

Kan du beskrive hvordan du tror at din rolle som ergoterapeut/sykepleier/aktivitør ved sykehjemmet kommer fram blant beboere og ansatte, eventuelt pårørende?

- Sykepleier- mer enn bare pleie?
- Ergoterapeut- mer enn bare hjelpemidler?
- Aktivitør- mer enn bare høytlesning?

I forhold til arbeid med aktivitet, hvordan samarbeider du med andre yrkesgrupper ved sykehjemmet?

Hvordan kunne det, med slik sykehjemmet der du arbeider er bygd opp, bli arbeidet mer med fritids- og hobbyaktiviteter, meningsfulle aktiviteter individuelt?

- Hvordan skulle du ønske at du eller dere kunne arbeidet med/mer med aktiviteter for beboerne, da spesielt fritids- og hobbyaktiviteter?

Tror du det finnes yrkesgrupper som ikke er ansatt ved sykehjemmet, men som kunne vært en stor ressurs for arbeid med aktiviteter?

- Hvilke yrkesgrupper?
- Hvorfor?

Fase 4: Tilbakeblikk

5. Oppsummering (ca. 15 min)

Har jeg forstått deg riktig? Er det noe du vil legge til?