

Norske ergoterapeuter som aktører på helsefremmende arbeid og helsefremmende arbeidsplasser – en kvalitativ studie

Vigdis Holmberg

Master of Public Health

MPH 2010:6



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Norske ergoterapeuter som aktører på helsefremmende arbeid og helsefremmende arbeidsplasser –
en kvalitativ studie.

© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

ISSN 1104-5701

ISBN 978-91-85721-92-4



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Norske ergoterapeuter som aktører på helsefremmende arbeid og helsefremmende arbeidsplasser; en kvalitativ studie.				
Författare Vigdis Holmberg				
Författarens befattning och adress Høyskolelærer, Ergoterapeututdanningen, Avd. for Helsefag, Høyskolen i Oslo, Pilestredet 48, Postboks 4 St. Olavs plass, 0130 Oslo, Norge				
Datum då examensarbetet godkändes 2010-03-19			Handledare NHV/Extern Karin Ringsberg, professor, NHV	
Antal sidor 56	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk/engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-85721-92-4

Sammanfattning

Bakgrunn Ergoterapeuter skulle, med bakgrunn i sin utdanning, kunne anvende sin kompetanse til både helsefremmende arbeid generelt og til helsefremmende arbeidsplasser. Til tross for dette er det foreløpig få som har spesialisert seg innen områdene arbeidshelse og folkehelse. Ved å utnytte kompetansen sin til helsefremmende arbeidsplasser kunne ergoterapeutene bidratt til å påvirke både den enkelte arbeidstakers helse, arbeidsmiljøet og på sikt også det arbeidsrelaterte sykefraværet.

Hensikt med studien var å tydeliggjøre hva ergoterapeuter selv mener de har av kompetanse omkring helsefremmende arbeid og hvordan de anvender denne kompetansen i sitt daglige arbeid, med spesifikt fokus på:

- hvilken kompetanse de mener at de har om helsefremmende arbeidsplasser;
- hva de mener de savner av kompetanse om helsefremmende arbeidsplasser;
- deres erfaringer med eget arbeidsmiljø som helsefremmende; og
- deres tanker og meninger om fremtidsutsikter for helsefremmende ergoterapi

Metode I denne oppgaven er det valgt en kvalitativ tilnærming og data er samlet inn via fokusgruppediskusjoner. Analyse av materialet er gjort med kvalitativ innholdsanalyse.

Resultatene viser at selv om ergoterapeutene i denne studien beskrev et salutogent fokus og et helsefremmende arbeidssett, arbeider de i dag hovedsakelig på individnivå. Individfokusets deres er sterkt forankret i deres praksis og ser ut til å påvirke yrkesutøvelsen slik at de ikke bruker sin helsefremmende kompetanse på system- og samfunnsnivå i vesentlig grad. Samtidig mente de at det er mye som tyder på at deres kompetanse er for lite kjent blant folk flest, samarbeidspartnere og hos myndighetene, hvilket kan forklare at den ikke blir benyttet.

Sammenfatning Mens ergoterapeutenes utsagn tyder på at de har mye kunnskap og erfaring med helsefremmende arbeidsplasser, viser funnene at de ikke ser betydningen av å bruke denne kompetansen til å utvikle helsefremmende arbeidsplasser. Funnene viser videre at ergoterapeutene i denne studien skulle kunne anvende sin kompetanse til både helsefremmende arbeid generelt og til helsefremmende arbeidsplasser. Selv om dette er en kvalitativ studie, er det sannsynlig at resultatene kan gjelde generelt for ergoterapeuter i Norge, noe som kunne vært interessant å undersøke videre.

Nyckelord

salutogenese, helsefremmende arbeidsplasser, ergoterapeuter, fokusgrupper, innholdsanalyse



Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis Norwegian occupational therapists as contributors to health promotion and healthy workplaces; a qualitative study.				
Author Vigdis Holmberg				
Author's position and address Lecturer, Occupational Therapy Programme, Faculty of Health Sciences, Oslo University College, Pilestredet 48, Postbox 4 St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway				
Date of approval March 19, 2010			Supervisor NHV/External Karin Ringsberg, professor, NHV	
No. of pages 56	Language – thesis Norwegian	Language – abstract Norwegian/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-85721-92-4

Abstract

Background. Occupational therapists are trained to use their general competence in health promotion to initiate healthy workplaces. However very few therapists specialize in areas that combine occupational health and public health. By using their competence regarding healthy workplaces, therapists could positively impact employee health and work environments and likely reduce sick leaves that result from working conditions.

The **purpose** of this study was to clarify the therapists' opinion of their own competence in health promotion, and also determine how they use that competence in their daily work, focusing especially on:

- self-evaluation of their own competence regarding healthy workplaces;
- their opinions on what competence they lack in this area;
- their personal experience with healthy promotive workplaces; and
- their thoughts and opinion on the potential for health promotion in occupational therapy

Method. We chose a qualitative approach using focus groups and processed collected data using thematic content analysis.

The **findings** suggest that although study participants maintain a salutogenetic focus and a health promotional way of working, they currently work mainly at an individual level. Focus on the individual is deeply rooted in their practice and seems to influence their work such that they hardly use their health promotion competence on a system or a societal level. They also described their competencies as unknown by citizens, collaborating partners and authorities, possibly explaining why their competence is not in demand.

Conclusions. While their statements indicate much knowledge and experience about healthy workplaces, our findings show that they don't appreciate the importance of using that competence to initiate healthy workplaces. We further determined that study participants should be able to use their general competence in health promotion to initiate healthy workplaces. Although this is a qualitative study, our results may be valid for all the occupational therapists in Norway, an area that requires further investigation.

Key words

salutogenesis, health promotion work place, occupational therapists, focusgroups, content analysis

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	5
2 Teoretisk bakgrunn	5
2.1 Arbeid i et folkehelsevitenskapelig perspektiv	5
2.2 Helse på arbeidsplassen	9
2.3 Teorier relatert til arbeidsliv	12
2.4 Helse, stress og sykefravær	15
2.5 Ergoterapeuters kompetanse	15
3 Problemformulering og hensikt	17
3.1 Problemformulering	17
3.2 Hensikt	17
4. Metode	18
4.1 Metodevalg	18
4.2 Utvalg av informanter	18
4.3 Datainnsamlingsmetode	20
4.3.1 Sammensetning av fokusgruppene	20
4.3.2 Gjennomføring av fokusgruppediskusjonene	20
4.4 Analyse	21
4.4.1 Reliabilitet og validitet	22
4.5 Etiske vurderinger	23
5. Resultater	24
5.1 Ergoterapeutenes kompetanse i helsefremmende arbeid	25
5.2 Ergoterapeutenes erfaringer med eget helsefremmende arbeidsmiljø	30
5.3 Ergoterapeutenes tanker om utvikling av helsefremmende ergoterapi	35
6. Diskusjon	38
6.1 Resultatdiskusjon	38
Helsefremmende ergoterapi	38
Ergoterapi og arbeidshelse	43
6.2 Metodediskusjon	45
7. Konklusjon	48
8. Anbefalinger	49
9. Takk	49
10. Referenser	51
Vedlegg	56

1. Innledning

Helse påvirkes og skapes der mennesker er aktive. Både mennesket selv med sine personlige forutsetninger og handlinger, omgivelser og sammenhengen mellom mennesket og omgivelser påvirker helsen. Helsefremmende arbeid må derfor omfatte både den enkelte og samfunnet. Helsefremmende arbeid utgår fra de salutogene faktorene for helse. Ulike arenaer som lokalsamfunn, skole og arbeidsplass kan være utgangspunkt for det helsefremmende arbeidet (Hanson 2004, Mæland 2005).

Interessen for helse på arbeidsplassen har i Norge de siste årene vært økende. En forklaring på dette kan være at myndighetene satte fokus på sykefravær i arbeidslivet. Regjeringen har igangsatt et stort arbeid for å få ned det arbeidsrelaterte sykefraværet som koster mye både for den enkelte og for samfunnet (Regjeringen 2006). Langtids-sykefraværet i en rekke virksomheter i Norge er høyt. Det totale sykefraværet i Norge var pr 3.kvartal 2008 på 6.9 %. Den norske stat betaler årlig ut nærmere 30 milliarder kroner i sykepenges. I tillegg kommer arbeidsgivers kostnader knyttet til de første 16 kalenderdagene (AID 2008). Et større fokus på helsefremmende perspektiv i arbeidsmiljøet kan blant annet føre til større arbeidstilfredshet blant ansatte og på sikt sannsynligvis også gi reduksjon i det arbeidsrelaterte sykefraværet (Hanson 2004).

I dag arbeider over halvparten av ergoterapeutene i Norge innen kommunal virksomhet, og sannsynligvis arbeider de fleste i kommunehelsetjenesten (NETF 2009a). Likevel er det få ergoterapeuter som engasjerer seg i det helsefremmende arbeidet. Og nesten ingen ergoterapeuter bruker sin kompetanse i forhold til helsefremmende arbeidsplasser, noe som kunne påvirket både den enkelte arbeidstakers helse, arbeidsmiljøet og på sikt også det arbeidsrelaterte sykefraværet.

Som ergoterapeut og lærer ved en ergoterapeututdanning har jeg god kjennskap til både yrkesgruppen, praksisfeltet og utdanning av ergoterapeuter. Jeg er også spesielt interessert i helsefremmende arbeid, har selv arbeidserfaring fra helsefremmende arbeid både i kommunehelsetjeneste og i bedriftshelsetjeneste og har mye kunnskap om temaet.

2. Teoretisk bakgrunn

2.1 Arbeid i et folkehelsevitenskapelig perspektiv

En vanlig definisjon av folkehelsevitenskap er den som Acheson report (1988) anvender: *"Public health is the science and art of promoting, protecting, and improving health and wellbeing through organised efforts of society"*. Denne definisjonen handler om helse hos befolkningen og retter seg mot grupper av befolkningen eller hele befolkningen.

Lønnet arbeid er viktig for menneskers materielle velferd og ikke minst for helsen. Arbeidet kan gi blant annet økonomisk trygghet, sosial kontakt, identitet og struktur i tilværelsen. Mange vil knytte mye av sin selvfølelse til jobben, og vil si at jobben gir en følelse av verdi og av å være til nytte (Mæland 2005). Arbeidshelsen spiller en viktig rolle på arbeidsplassen, men har også stor påvirkning på helsen i familien og i samfunnet (Barcelona-deklarasjonen 2002). I følge Barcelona-deklarasjonen er lønnet arbeid slik det er organisert i dag kanskje en av de sterkeste enkeltstående sosiale determinanter som har betydning for helse. Arbeidsplassen er derfor en viktig arena for påvirkning av helsen, og det å utvikle helsefremmende arbeidsplasser vil være et viktig bidrag til å styrke folkehelsen (Mæland 2005). Luxembourg-deklarasjonen (1997/2007) sier at helsefremmende arbeidsplasser er resultatet av en gjensidig innsats fra både ansatte, arbeidsgivere og samfunnet for å bedre ansattes helse og velvære. Dette kan oppnås ved en kombinasjon av å forbedre arbeidsmiljø og organisering, fremme aktiv deltakelse og medvirkning og oppmuntre til personlig utvikling.

Helsefremmende arbeid og health promotion, noen ganger også kalt new public health, er begrep som viser til den del av folkehelsevitenskapen som handler om å fremme helse. Begrepet health promotion blir i Norge gjerne oversatt til helsefremmende arbeid. I følge Hanson (2004) handler health promotion om helsefremmende arbeid i en sammenheng, som for eksempel på arbeidsplassen. I denne oppgaven vil begrepet helsefremmende arbeid bli brukt synonymt med health promotion.

Helsefremmende arbeid

I Ottawa Charter (1986) beskrives helsefremmende arbeid som *"the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health"*. Rootman et al (2001) har med utgangspunkt i Ottawa Charter videreutviklet og definert helsefremmende arbeid ut fra de syv grunnprinsippene helhetssyn på helse (holism), myndiggjøring (empowerment), deltakelse (participation), likhet og rettferdighet (equity), bærekraft/vedvarenhet (sustainability), intersektorielt arbeid (intersectoral work) og multistrategisk arbeid (multistrategical work).

Nedenfor redegjøres for de grunnprinsippene som har mest betydning for innholdet i denne oppgaven, nemlig helhetssyn på helse, myndiggjøring, deltakelse, likhet og rettferdighet og intersektorielt og multistrategisk arbeid.

Helhetssyn på helse

I 1946 slo WHO fast at helse er en tilstand av *"complete physical, mental and social well-being"*, ikke bare fravær av sykdom eller svakhet. På 1970-tallet lanserte WHO programmet *"Health for all by 2000"* og her har WHO en mer avdempet definisjon på helse; *"that will permit to lead to socially and economically productive life"*.

En slik måte å forstå helse på legger blant annet vekt på at man har et fysisk og mentalt overskudd, at man opplever velvære og harmoni, at man har gode relasjoner til andre mennesker, og at man får brukt seg selv på en positiv måte. Denne måten å forstå helse på, ligger nær det som gjerne omtales som livskvalitet (WHO 2009a).

I følge Ottawa Charter (1986) blir helse sett på som en ressurs i hverdagslivet, og arbeidet med å skape god helse er derfor ikke bare helsesektorens ansvar, men handler også om arbeid og fritid, altså folks hverdagsliv (WHO 1986).

Hjort (1994) mener at *”helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav”*. En slik oppfatning av helse ligner litt på WHO sin avdempede definisjon. Hjort beskriver dermed helse mer som en evne til å fungere eller mestre og helse blir sett i sammenheng med de varierende livsbetingelser som mennesket utsettes for. Og da blir helse å forstå som en ressurs, som gir mennesket styrke til å fungere og motstandskraft til å stå imot påkjenninger som man utsettes for i livet.

Å ha et holistisk eller helhetlig syn på helse betyr at man må ta hensyn til både fysisk, psykisk, sosial og åndelig helse. Et holistisk helseperspektiv ser på mennesket som et handlende vesen innenfor en sosial sammenheng. Helse og sykdom blir hovedsakelig fenomener som påvirker eller betyr noe for menneskets handlingsrom eller handlingsmuligheter i sosiale sammenhenger. Helse blir i dette perspektivet en faktor som påvirker oss i hverdagen (Nordenfelt 1991).

For å kunne forstå hvordan helsen påvirkes og hvordan den kan fremmes på arbeidsplassen, er det nødvendig å forstå betydningen av folks hverdagsliv og de krav som stilles. Et helhetlig syn på helse vil derfor legges til grunn i denne oppgaven.

Myndiggjøring

I følge Ottawa Charter (1986) skapes helse der hvor folk er. Et viktig begrep i denne sammenheng er empowerment, eller myndiggjøring som er den vanligste norske oversettelsen av begrepet. Myndiggjøring handler i følge Rootman et al (2001) om å legge til rette for at individer eller samfunn kan få egen makt over personlige, sosio-økonomiske og miljøfaktorer som påvirker helsen. Begrepet er viktig innen helsefremmende arbeid og er beskrevet og definert av ulike forfattere;

- som et mål for å oppnå helserelatert livskvalitet og en prosess på gruppe- eller samfunnsnivå (Tengland 2007),
- som en prosess for å øke personlig, mellommenneskelig eller politisk makt slik at menneskene aktivt kan gjøre grep for å bedre sin livssituasjon (Gutiérrez 1990)
- eller som et middel for å realisere andre mål som for eksempel helse (Labonte 1994).

Myndiggjøring kan således forstås som en måte å oppnå kontroll over eget liv i relasjon med andre, og uttrykker et ideal om hvordan forholdet mellom for eksempel ledelse og ansatte bør være, nemlig preget av respekt og likeverd.

Målet med myndiggjøring er å styrke den enkelte eller gruppens forutsetninger for å oppnå kontroll over eget liv og dermed ha mulighet til å ta kontroll over de faktorene som bestemmer vilkårene for en positiv utvikling (Ekeland og Heggen 2007). Med denne tankegangen vil lønnet arbeid kunne være viktig for den enkeltes myndiggjøring, blant annet fordi lønnet arbeid gjør at vi oppnår respekt, uavhengighet og selvrealisering, og den som har arbeid blir oppfattet som en fullverdig borger.

I følge Ekeland og Heggen (2007) kan man skille mellom to hovedperspektiv på myndiggjøring, nemlig individuell og systemorientert myndiggjøring. Individuell myndiggjøring dreier seg om at enkeltpersoner opplever økt makt eller kontroll uten at det skjer en reell endring av strukturen i omgivelsene (Ekeland og Heggen 2007). For å sette enkeltpersoner i stand til dette, må det i følge Ottawa Charter (1986) legges til rette for utvikling av personlige ferdigheter blant annet ved å sørge for informasjon, helseopplysning og ved å forbedre folks ferdigheter til å takle sitt hverdagsliv. Ved systemorientert myndiggjøring forstås individet som en del av et større system, som et lokalsamfunn, et arbeidsmiljø eller en organisasjon, og man kan ikke forstå eller hjelpe mennesker uten å ta hensyn til dette (Ekeland og Heggen 2007). Denne forståelsen av empowerment er i tråd med Rammeplan for Ergoterapeututdanning (2004) hvor en del av målsetningen er at ergoterapeuter skal jobbe klientsentrert, ta utgangspunkt i menneskers ønsker og rett til deltakelse, og kunne bruke blant annet myndiggjørende arbeidsmodeller overfor individer, grupper og befolkning.

Deltakelse

Deltakelse handler om at den eller de det angår skal involveres på alle nivå når det gjelder planlegging, gjennomføring og evaluering. (WHO 1986, Rootman et al 2001). Deltakelse er et sentralt begrep for ergoterapeuter. I Rammeplan for Ergoterapeututdanning (2004) blir nettopp deltakelse og menneskers ønsker og rett til deltakelse fremhevet som et mål for det ergoterapeutiske arbeidet. Sentralt for helsefremmende arbeid er at menneskene selv må få mulighet og forutsetninger for å delta aktivt i arbeidet for å fremme helse. Å skape aktiv deltakelse i arbeidslivet handler blant annet om myndiggjøring og kan være en måte å fremme ansattes kontroll over egen arbeidssituasjon. Det handler for eksempel om i hvilken grad ansatte har innflytelse over sitt arbeid og i sitt arbeid (Hanson 2004).

Likhet og rettferdighet

En viktig forutsetning og ressurs for helse er i følge Ottawa Charter (1986) og Rootman et al (2001) sosial likhet og rettferdighet. For å nå dette målet må ulikheter i dagens helse reduseres, og det må legges til rette for at folk får like ressurser og muligheter for å ta ut sitt helsepotensiale. I følge grunnsynet i ergoterapi har mennesket behov for og rett til aktivitet, blant annet fordi aktivitet er et middel og en mulighet for å fremme helse (NETF 2009b). Norske myndigheter er opptatt av likhet

og rettferdighet også på arbeidsplassen, og den norske Arbeidsmiljøloven (2005) skal blant annet sikre likebehandling i arbeidslivet og bidra til et inkluderende arbeidsliv.

Intersektorielt og multistrategisk arbeid

Intersektorielt og multistrategisk arbeid er også to sentrale grunnprinsipper innen helsefremmende arbeid. Intersektorielt arbeid handler om å initiere samarbeid med relevante virksomhetsområder og sektorer, både offentlige, private og frivillige (Rootman et al 2001). Dette kan gjenkjennes i ergoterapeutenes samfunnskontrakt, som sier at de skal arbeide for å fremme samarbeid mellom ulike yrkesgrupper, etater og nivåer (NETF 2008). Multistrategisk arbeid betyr å kombinere ulike tilnærminger som policyutvikling, lovendringer, organisatoriske endringer, samfunnsutvikling, utdanning og kommunikasjon (Rootman et al 2001). I samfunnskontrakten trekkes blant annet frem at ergoterapeutene skal bidra med kompetanse til utvikling av velferdstjenester, bidra til utvikling av et helsefremmende, inkluderende og universelt utformet samfunn og sørge for at informasjon om ergoterapi er tilgjengelig for befolkning, samarbeidspartnere og beslutningstakere (NETF 2008).

2.2 Helse på arbeidsplassen

Helsefremmende arbeidsplasser

WHO har utviklet en rekke retningslinjer for å utvikle og vedlikeholde helsefremmende arbeidsplasser. Retningslinjene legger blant annet vekt på begrep som helhetlig tenkning, deltakelse og myndiggjøring. I følge WHO er en helsefremmende arbeidsplass et sted der alle arbeider målrettet mot en felles visjon om å fremme ansattes helse og velbefinnende. En helsefremmende arbeidsplass fremmer utvikling av sunne ansatte, noe som er viktig både for den enkelte, for organisasjonen og for samfunnets økonomiske og sosiale vekst (WHO 2009b).

Det europeiske nettverk for helsefremmende arbeidsplasser ble etablert i 1996, og har i dag 28 medlemsland, og blant dem alle de nordiske landene. Nettverket definerer helsefremming på arbeidsplassen som: *”the combined efforts of employers, employees and society to improve the health and well-being of people at work”*. For å oppnå dette kreves det i følge nettverket en kombinasjon av at arbeidets organisering og omgivelser forbedres, at det tilrettelegges for ansattes aktive deltakelse i helseaktiviteter og at det oppmuntres til personlig utvikling (ENWHP 2008).

Shain og Kramer (2004) peker på to hovedområder som har betydning for arbeidshelsen, og som gjensidig påvirker hverandre. Det ene området handler om det ansatte tar med seg til arbeidsplassen, og som benevnes som personlig helsepraksis eller personlige ressurser. Dette dreier seg om den enkeltes motstandskraft, tro på egne evner til å kunne handle, holdninger, livssyn, verdier og arvelige/medfødte

egenskaper. Det andre området handler om organisering av arbeidet og omhandler både det fysiske og det psykososiale arbeidsmiljøet (kultur og klima). I følge Shain og Kramer (2004) er det skrevet mest om effektene de fysiske omgivelsene har på arbeidshelsen og om sikkerhet på arbeidsplassen, men lite om effekten av de psykososiale aspektene ved arbeidsmiljøet. De mener at både det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet i sterk grad er påvirket av ledelsens valg og avgjørelser om hvordan organiseringen av arbeidet vil bli.

Helsefremmende arbeidsplasser i Norge setter fokus på hvordan man kan skape et arbeidsmiljø og en samværskultur som gir god helse og utvikling for alle som arbeider i en organisasjon (STAMI 2008). Begrepet helsefremmende arbeidsplasser inneholder i dag både livsstil, arbeidsmiljø og virksomhetenes sosiale ansvar. Arbeidsvilkår har dermed innflytelse på den enkeltes mulighet til å velge et sunt liv (HefA 2008).

Helsefremmende arbeidsplasser skapes når virksomheten blir en vekstplass for den ansatte, med en bedriftskultur som inkluderer, er åpen for egenart og mangfold og med arbeidsplasser som møter den enkeltes behov, ressurser og potensial (STAMI 2008). Bauer og Odijk (2004) fant i sin studie at utvikling av helsefremmende kvaliteter på en arbeidsplass, som blant annet la vekt på å utvikle økt støtte fra kollegaer og ledelse, opplæring av ledelse og verneombud og arbeide systematisk med å forbedre betingelsene for at flest mulig av de ansatte skulle mestre arbeidets krav og utfordringer, bidro til en nærværskultur der det å være i arbeid ble ansett som helsefremmende.

Et viktig element i Helsefremmende Arbeidsplasser i Norge er internkontroll, eller det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, som har til hensikt å redusere risiko for sykdom og ulykker. Internkontroll har blant annet fokus på arbeidsmiljø og sikkerhet. Alle virksomheter som er underlagt Arbeidsmiljøloven har plikt å innføre internkontroll (STAMI 2008).

Arbeidsmiljølovens formål er å sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i det norske arbeidslivet og sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon. Loven gjelder alle virksomheter som sysselsetter ansatte og inneholder bestemmelser om hvilke plikter arbeidsgiver og arbeidstaker har når det gjelder å sørge for et forsvarlig arbeidsmiljø. I følge loven skal både offentlige og private virksomheter ha verneombud og arbeidsmiljøutvalg. En del virksomheter der det er nødvendig skal også ha bedriftshelsetjeneste. Det statlige Arbeidstilsynet, som er underlagt Arbeids- og Inkluderingsdepartementet, har ansvar for å føre tilsyn med at virksomhetene følger lovens krav (Arbeidsmiljøloven 2005).

Salutogenese

Antonovsky (2000) har beskrevet begrepet salutogenese som et allment sett å forholde seg på som styrker eller fremmer vår helse. Salutogen orientering har fokus

på mestring, opplevelse av sammenheng og menneskesyn. Teorien om opplevelse av sammenheng (OAS) eller Sense of Coherence (SOC) bygger på livserfaringer, også kalt generelle motstandsressurser, som hovedsakelig opparbeides i første del av livet. Den enkeltes motstandskraft er avhengig av den enkeltes OAS. En person med høy OAS har mye av motstandsressursene og har evne til å bruke disse på en helsefremmende måte. En rekke tidligere studier har vist sammenheng mellom OAS og forskjellige helserelaterte faktorer og sykdommer (Eriksson 2007). OAS handler i følge Antonovsky (2000) om meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet.

Meningsfullhet som det motiverende element kalles, er sentralt. Det handler om å ha noe som engasjerer, ha noe som gir mening, å være involvert, være deltaker i de prosesser som former ens skjebne så vel som ens daglige erfaringer. Aktiviteter som er forbundet med dette, blir oppfattet som utfordringer som det er verdt å engasjere seg følelsesmessig i. Når man opplever utfordringer som engasjerer følelsesmessig og ikke bare kognitivt, er aktiviteten meningsfull.

Begripelighet handler om i hvilken utstrekning mennesker opplever all informasjon og alle inntrykk i livet som noenlunde fornuftige, forståelige, strukturerte og forutsigbare. Dette handler om i hvilken grad man oppfatter de stimuli man konfronteres med enten i det indre eller ytre miljø. Man kan oppfatte stimuli som kognitivt forståelig, som ordnet, sammenhengende, strukturert og tydelig informasjon, eller som støy, kaotisk, uordnet, tilfeldig, og uforklarlig. Personer med sterk opplevelse av begripelighet forventer at stimuli som de utsettes for enten er forutsigbare eller at de kan tilpasses inn i en sammenheng og forklares.

Håndterbarhet dreier seg om at man oppfatter at det står ressurser til ens rådighet, og at disse ressursene er tilstrekkelig til å ta hånd om de krav som man blir stilt overfor. Dette kan være både egne ressurser og ressurser man kan finne andre steder, som for eksempel hos ektefelle, venn, presten, Gud, historien, legen osv. Har man en sterk opplevelse av håndterbarhet, så føler man ikke at man er offer for omstendighetene, eller at livet har behandlet en urettferdig, men at man selv kan gjøre noe med det.

Hver person setter sine egne grenser, avhengig av hvilke livsområder som oppleves som viktige for den enkelte. Noen kan ha høy OAS med vide grenser mens andre kan ha høy OAS med snevre grenser. Det som skjer utenfor disse grensene betyr ikke mye for personen. Det er sammenheng mellom de tre komponentene. Alle tre er nødvendige og mestring avhenger av OAS som helhet (Antonovsky 2000).

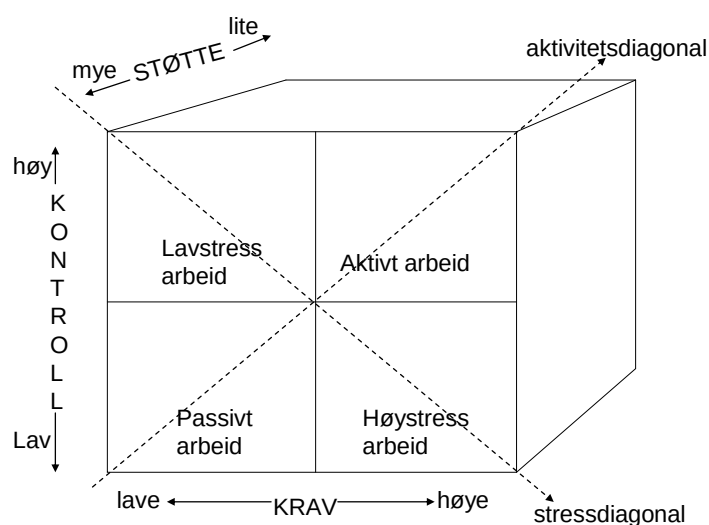
Antonovskys salutogenene perspektiv er mye av grunnlaget for det som etter hvert har etablert seg som begrepet helsefremmende arbeidsplasser (HefA 2008). Det helt sentrale innholdet i denne tenkningen er nettopp den holdning at ansattes helse ivaretas og skapes ved å fokusere på prosesser som er helsefremmende. På samfunnsnivå har denne tenkningen fått stor tilslutning. Dette avspeiler seg blant annet i Luxemburg-deklarasjonen (1997) og i dokumentet HefA 2008, Helsefremmende arbeidsplasser. I norsk sammenheng bidro dette, i bredt samarbeid mellom partene i arbeidslivet, til Lillestrøm-erklæringen om helsefremmende arbeidsplasser (2002).

2.3 Teorier relatert til arbeidsliv

Krav, kontroll og sosial støtte

Karasek og Theorell (1990) identifiserte tre aspekter ved arbeidsmiljøet som kan føre til stress og uhelse; krav til den enkelte i arbeidet, graden av innflytelse eller kontroll for å håndtere disse kravene og sosial støtte. De fant flere faktorer ved det psykososiale arbeidsmiljø som er viktig for å skape trivsel; medbestemmelse, tilpassede arbeidsoppgaver ut fra forutsetninger og muligheter og at ansatte opplever sosial støtte fra leder og fra kollegaer. Dette synliggjøres i deres Krav-Kontroll-Støtte-Modell (Demand-Control-Support-model; DCS-model). Se figur 1.

Modellen kan si noe om de psykososiale faktorene som er med på å skape trivsel; altså hva som bidrar til helsefremmende arbeidsplasser i forhold til type arbeid og organiseringen av arbeidet. Karasek og Theorell fant ut at det var sammenheng mellom organisering av arbeidet, hvor belastende arbeidet var og graden av sosial støtte. Modellen baserer seg på samspillet mellom de tre faktorene krav, kontroll og sosial støtte. Den viser at ulike kombinasjoner av de tre faktorene kan føre til både høyere produktivitet og jobbtilfredshet – eller det motsatte; negativt stress, helseplager og økt sykefravær. Sammenfattet er dette en modell som beskriver forskjellen mellom skadelig og ikke-skadelig stress i arbeidslivet.



Figur 1 Karaseks Demand-Control-Support-model

Kilde: Karasek og Theorell 1990

Langs den ene akse er grad av egenkontroll, langs den andre er jobbkrav. For de ansatte som har stor grad av egen kontroll og store krav i arbeidet og har såkalt aktivt arbeid, blir det en sunn utfordring som fører til vekst og læring og en utvidelse av den ansattes mestringsrepertoar. I følge Karasek og Theorell får ansatte her mulighet til å

anvende alle sine kunnskaper, og stimuleres til læring og utvikling. I følge forfatterne ser aktive arbeidsplasser også ut til å gi aktiv fritid.

På den andre siden vil ansatte som har såkalte høystress arbeid med liten grad av egenkontroll og store jobbkraav, kunne oppleve at det blir lite handlingsrom til å takle det krevende arbeidet, og resultatet kan bli psykisk stress. Her har de ansatte høye krav, men liten mulighet til å påvirke eget arbeid. En slik arbeidssituasjon kan føre til utmattelse, uro, depresjon, fysisk uhelse. Noen undersøkelser viser at for disse ansatte finner vi mest hjerte/karlidelser, nervøsitet, stress, pillemisbruk og søvnproblemer.

For ansatte med liten grad av egenkontroll og små jobbkraav, såkalt passivt arbeid, blir det en passiv situasjon med redusert evne til å mestre utfordringer, noe som kan bli kjedelig og lite motiverende. Denne arbeidssituasjonen ser ut til å motvirke ny læring, og kan gi nedsatt aktivitetsnivå i fritiden.

For ansatte med stor grad av egenkontroll og små jobbkraav, såkalt lavstress arbeidsplasser, blir det derimot lite utfordringer samtidig som man har stor frihet til å ta beslutninger. Stressnivået blir kanskje lavt på grunn av lave krav, men forutsetningene for læring og utvikling er begrenset, og dermed også ugunstig for produksjonen.

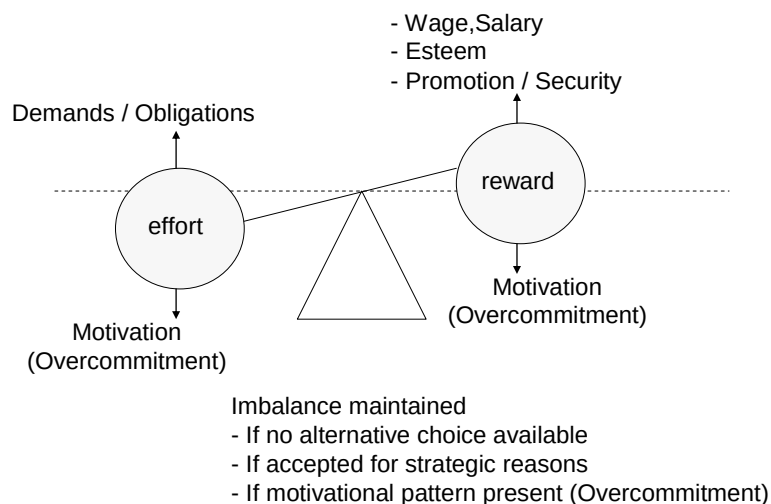
Oppsummert er hovedtanken i modellen at man finner det høyeste stressnivået og den høyeste sykkeligheten blant de ansatte som er i såkalte høystress arbeidsplasser. Jo større ubalanse det er mellom de høye kravene og den lave grad av egen kontroll, jo større grad av uhelse. Produktiviteten minsker fordi energien går med til å håndtere stresset som oppstår. Dette viser stressdiagonalen i figuren. Ansatte med såkalt aktivt arbeid vil oppleve en balanse mellom de høye kravene og den høye graden av egen kontroll, noe som vil kunne gi en sunn utfordring, personlig utvikling og vekst. Dette viser aktivitetsdiagonalen i figuren. Generelt kan man si at ansatte med såkalte aktive arbeidsplasser ser ut til å ha lavt sykefravær, ansatte med såkalte belastende arbeidsplasser ser ut til å ha høyere sykefravær (Theorell 2003, Magnusson et al 2008, Eller et al 2009).

Sosial støtte eller medmenneskelig støtte handler om mellommenneskelige relasjoner, og har flere dimensjoner. Sosial støtte i et arbeidsmiljø dreier seg ofte om informativ støtte og praktisk konkret støtte og handler om sosial støtte fra kollegaer og overordnede, noe som også er viktig for å kunne mestre kravene i arbeidet. Flere undersøkelser viser at nettopp sosial støtte er en av de viktigste faktorene som bidrar til at folk holder seg på arbeidet og ikke tar ut sykemelding (Theorell 2003).

Anstrengelse og belønning

Siegrist bygger sin Anstrengelses-Belønningsmodell (Effort-Reward Model; ERI-model) på at ansattes anstrengelse må stå i forhold til belønningen som mottas. Grunntanken er at jo mer man anstrenger seg, jo mer belønning bør man få. Et arbeid

som er preget av ubalanse ved høy anstrengelse og liten belønning, kan føre til stress og uhelse, spesielt hos personer som har stort behov for å prestere og bli anerkjent, de såkalte overengasjerte. Ubalansen kommer fordi ansatte opplever å ikke bli belønnet på en passende måte og dermed føler seg urettferdig behandlet (Theorell 2003). Anstrengelse styres både fra omgivelsene, som for eksempel arbeidsgiver, og fra ansattes motivasjon. Belønning måles i form av lønn, anseelse og karrieremuligheter. I anstrengelse inngår både indre og ytre krav, og hvor de ytre krav er mye de samme som i Karasek sin modell (Theorell 2003).



Figur 2 Siegrists Effort-Reward Imbalance Model
Kilde: Institut für Medizinische Soziologie 2009

En av hypotesene som utledes fra modellen er at ansatte som både opplever at arbeidet krever store anstrengelser og samtidig mottar liten belønning for innsatsen de gjør, løper en større risiko for stressrelaterte lidelser (Theorell 2003).

I en reviewartikkel oppsummerte Siegrist (2005) elleve prospektive epidemiologiske studier som hadde benyttet ERI-modellen til å forklare utviklingen av en rekke sykdommer hos ansatte i England, Finland, Tyskland og Frankrike. Disse studiene undersøkte utviklingen av sykdommer som hjerte/karsykdommer, milde og moderate psykiske lidelser, utvikling av dårlig funksjonsevne og alkoholisme. Ansatte som over lang tid opplevde en ubalanse mellom anstrengelsene de la ned i arbeidet sitt og belønningen de mottok, hadde i gjennomsnitt dobbelt så høy risiko for å utvikle slike lidelser sammenlignet med ansatte som ikke opplevde en ubalanse. Resultatene var kontrollert for andre faktorer som også kunne ha ført til lidelsene som ble studert, og sammenhengen man fant var sterkest blant middelaldrende menn.

2.4 Helse, stress og sykefravær

I Norge snakkes det mye om de helsemessige sidene ved psykiske belastninger i arbeidsmiljøet, blant annet nevnes stress over lang tid. For mange er det nyttig å oppleve litt press over kort tid. Det får de fleste til å arbeide effektivt og til å prøve nye utfordringer. Manglende utfordringer i arbeidet kan også oppleves negativt, noe som beskrives i kap. 1.1.3 under Krav, kontroll og sosial støtte. Resultatet av dette kan for noen bli negativt stress. Tålegrensen varierer med personer og med en mengde faktorer rundt selve arbeidet og utenfor arbeidet (Arbeidstilsynet 2007).

Hva er så stress? Allerede på 1970-tallet anså Lazarus og Launier (1978) stress som en vekselvirkning eller gjensidig påvirkning mellom individet og omgivelsene. De fant at graden av opplevd stress avhenger av både individets vurdering av situasjonen og vurdering av egne personlige ressurser for å takle situasjonen. Antonovsky (2000) mener at stress kan være enten sykdomsfremkallende, nøytral eller helsefremmende, avhengig av blant annet individets mestringsressurser. Kronisk eller langvarig arbeidsstress kan forårsake fysiologiske forandringer og endringer i adferd (Theorell 2003, Härma et al 2006).

Johnsson lanserte i Sverige på 1990-tallet begrepet langtidsfrisk. Med langtidsfriske mener han medarbeidere eller ansatte som har vært ansatt i minst tre år og ikke hatt et eneste sykefravær de siste to år. Han viser til studier av de langtidsfriske ansatte, hvor det kommer frem fire fremtredende helsefaktorer; bevisst organisasjon og tydelige mål, kreativt miljø, rådgivende lederskap og åpent arbeidsklima (Johnsson et al 2003). Han mener at hvis disse fire faktorene er på plass i organisasjonen, har man en høy andel langtidsfriske. Ved å forsterke de fire faktorene kan man øke andelen ytterligere.

Imidlertid viser sykefraværstatistikker i både Norge og i de andre nordiske landene at mange ansatte ikke kommer inn under benevnelsen langtidsfriske. Det er gjort undersøkelser som viser at ansatte som trives dårlig på arbeidet, har over dobbelt så stort fravær enn de som trives middels eller godt (Mæland 2005). I Norge i dag ser man en klar tendens til at utstøtning fra arbeidslivet og antall som blir uføretrygdet øker (Forskningsrådet 2007, NAV 2009). I følge Arbeids- og Inkluderingsdepartementet er ca 120 000 ansatte i Norge sykemeldt hver dag, mens bortimot 65 000 er på attføring og over 45 000 på rehabilitering.

2.5 Ergoterapeuters kompetanse

Ergoterapeuter er en profesjon med aktivitetsperspektiv og som i samarbeid med befolkningen arbeider for å muliggjøre aktiv helse og sosial deltagelse i hverdagslivet (NETF 2008). Helse har alltid vært et aktuelt fokus for ergoterapeuter. Meyer (1922) beskriver at allerede i fagets tidlige fase handlet de ressurser som er av betydning for folks helse først og fremst om folks daglige aktiviteter og egne erfaringer. Spesielt i

de store psykiatriske institusjonene ble aktivitet sett på som et menneskelig behov, og det var viktig at pasientene hadde et regelmessig liv med balanse mellom arbeid og hvile (Ness 2002). Ergoterapeutenes hovedoppgave i samfunnet er å fremme helse og mestring ved å muliggjøre og tilrettelegge for menneskers funksjon, aktivitet og deltagelse i skole, arbeid, hjem og fritid. De er opptatt av menneskers hverdagsliv og baserer sin virksomhet på at det er en klar sammenheng mellom aktivitet, helse og livskvalitet, og at alle mennesker har rett til helsefremmende og meningsfull aktivitet (NETF 2008). Dette er i tråd med Rammeplan for Ergoterapeututdanning, som sier at: *”Formålet med ergoterapeututdanningen er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte til å arbeide med å fremme befolkningens helse- og livskvalitet.”* (Rammeplan 2004). Ergoterapeuter kan spesialisere seg innen syv forskjellige fagområder, og Arbeidshelse og Folkehelse er blant disse. I følge Norsk Ergoterapeut Forbund (2009a) er det totalt ca. 4100 ergoterapeuter i Norge i dag. Kun fem av disse er godkjente spesialister i arbeidshelse og tre i folkehelse, men det er rimelig å anta at flere uten spesialistgodkjenning arbeider innen områdene.

Aktivitetstenkning i ergoterapi

Aktivitetsvitenskap eller Occupational Science (OS), som er det internasjonale begrepet, handler om sammenhengen mellom menneskets helse og aktiviteter. Vitenskapen tar utgangspunkt i den enkeltes hverdagsliv og er blant annet opptatt av hvordan den enkeltes muligheter, ressurser og evner til å kunne delta i aktiviteter i samfunnet kan påvirke blant annet identitet, sosiale roller og opplevelse av helse. Ulike aktiviteter kan bidra til at den enkelte prøver ut nye muligheter, og kan også bidra til å endre, tilpasse eller opprettholde en balanse i hverdagslivets aktiviteter. Aktivitetene foregår i forskjellige kontekster som i hjemmet, på arbeid eller utdanning og i lek og fritid. I aktivitetsvitenskap skilles det mellom virksomheter (occupations), aktiviteter (activities) og oppgaver (tasks). Disse begrepene er rangert i et hierarki hvor oppgaver tilhører det enkleste og laveste nivå og virksomheter det mest omfattende og høyeste nivå. I løpet av dagen gjør mennesket mange oppgaver som til sammen blir en aktivitet. Flere aktiviteter kan igjen være nødvendig for å skape en virksomhet (Christiansen og Thownsend 2004). Ut fra dette perspektivet vil lønnet arbeid kunne defineres som en virksomhet. I løpet av arbeidsdagen vil en ansatt gjøre mange aktiviteter som til sammen utgjør virksomheten arbeid.

I følge Virksomhetsteori (Borg et al 2003) er det kun de meningsfulle aktiviteter som kan kalles for virksomheter. Det er gjennom disse virksomhetene at mennesket blir kjent med omverden, utvikler sin personlighet, sine ferdigheter og sin handlingskompetanse. Når det er samsvar mellom målet for handlingen, som kan være produktet eller resultatet, og menneskets motiv for å utføre handlingen, kan aktiviteten kalles en virksomhet (Borg et al 2003). Ordene mening og meningsfullhet er i virksomhetsteorien sterkt knyttet til begrepene motiv og virksomhet. Motivet handler om hvilken mening aktiviteten har for den som gjør aktiviteten, og aktiviteten blir meningsfull når motiv og mål for aktiviteten stemmer overens. Motivene til den enkelte kan henge sammen med både behov, personlighet og aktivitetshistorie, fordi

både personlighet, behov og motiv utvikles gjennom aktiviteter i løpet av livet (Fortmeyer 2005). I dette perspektivet vil aktiviteten arbeid kunne bli en virksomhet dersom målet med arbeidet stemmer overens med ansattes motiv for å utføre arbeidet.

3. Problemformulering og hensikt

3.1 Problemformulering

Ergoterapeutstudiet har i følge Rammeplan for Ergoterapeututdanning (2004) stort fokus på helsefremmende arbeid. I følge Norsk Ergoterapeut Forbund (2009c) er det få ergoterapeuter som har spesialisert seg innen områdene arbeidshelse og folkehelse. Ergoterapeuter skulle kunne anvende sin kompetanse til både helsefremmende arbeid generelt og til helsefremmende arbeidsplasser. Til tross for dette er det foreløpig få som videreutdanner seg innen disse områdene.

Et meningsfullt arbeid i et helsefremmende arbeidsmiljø kan være en kilde til økt velbefinnende og god helse. Det er derfor et viktig folkehelseanliggende å jobbe for å skape helsefremmende arbeidsplasser som kunne påvirket både den enkelte arbeidstakers helse, arbeidsmiljøet og på sikt også det arbeidsrelaterte sykefraværet. Det er først i de senere år det er publisert forskning i de nordiske land vedrørende helsefremming på arbeidsplassen. De fleste studiene har mer fokus på sykdomsforebyggende arbeid enn på helsefremmende arbeid (Eklund et al 2008).

3.2 Hensikt

Hensikt med studien er å tydeliggjøre hva ergoterapeuter selv mener de har av kompetanse omkring helsefremmende arbeid og hvordan de anvender denne kompetansen i sitt daglige arbeid med spesifikt fokus på:

- hvilken kompetanse de mener at de har om helsefremmende arbeidsplasser
 - hva de mener de savner av kompetanse om helsefremmende arbeidsplasser
 - deres erfaringer med eget arbeidsmiljø som helsefremmende
 - deres tanker og meninger om fremtidsutsikter for helsefremmende ergoterapi
- Resultatene fra denne studien kommer forhåpentligvis til å kunne bidra til videreutvikling av fagplan og undervisning for ergoterapeutstudenter.

Forskningsspørsmål

- Hvilken kompetanse mener ergoterapeuter selv at de har på helsefremmende arbeid, og hvordan anvender de denne kompetansen i sitt daglige arbeid?

- Hvilken kompetanse har de på helsefremmende arbeidsplasser?
- Hva savner de av kompetanse innen helsefremmende arbeid og helsefremmende arbeidsplasser?
- Hvilke egne erfaringer har de selv med helsefremmende arbeidsplasser?
- Hvilke tanker og meninger har de om fremtidsutsikter for helsefremmende ergoterapi?

4. Metode

4.1 Metodevalg

En kvalitativ tilnærming ble valgt da det er ergoterapeuters meninger som er i fokus. Data er samlet inn via fokusgruppediskusjoner. Ved en studie med kvalitativ tilnærming samler man inn data fra informanter som har kunnskap om og noe interessant å bidra med i forhold til det som skal undersøkes og med et såkalt strategisk utvalg (Johannessen et al 2006).

Ved analysen er innholdsanalyse anvendt. Kvalitativ innholdsanalyse har som hensikt å identifisere, kode og kategorisere data som handler om sosiale fenomen, med fokus på subjekt og kontekst (Graneheim og Lundman 2004).

4.2 Utvalg av informanter

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålene var det ønskelig å snakke med ergoterapeuter innen forskjellige fagområder og ved ulike tjenestesteder. I denne studien er derfor et strategisk utvalg gjort med utgangspunkt i ulike tjenestesteder og fagområder, lengde på yrkeserfaring, kvinner og menn. I Norge er de fleste ergoterapeutstillingene tilknyttet offentlig sektor, i kommunehelsetjeneste (1.linjetjeneste) og spesialisthelsetjeneste (2. og 3.linjetjeneste). Det var derfor ønskelig å hente de fleste deltakerne herfra. I tillegg er noen av deltakerne hentet fra lærerstaben ved en Ergoterapeututdanning i Norge.

Innen spesialisthelsetjenesten ble det valgt ut to institusjoner, en stor institusjon hvor ergoterapeutene arbeidet innen somatisk ergoterapi, og en mindre institusjon hvor ergoterapeutene arbeidet innen psykisk helse. I kommunehelsetjenesten ble det valgt ut en stor kommune og flere små kommuner, og ergoterapeutene arbeidet med både somatisk og psykisk helse.

Ergoterapeuter innen private foretak ble av praktiske grunner utelatt fra utvalget. Få ergoterapeuter jobber innen privat sektor i Norge. De fleste jobber enkeltvis på

forskjellige steder og det ville antagelig bli både dyrt og vanskelig å få samlet dem. Likedan ble ergoterapeuter som arbeider med arbeidshelse og helsefremmende arbeid også utelatt fra utvalget. Ut fra forskningsspørsmålene var det ikke ønskelig å snakke med de som allerede arbeider innen disse feltene og som kan regnes som spesialister på området, men med et bredt spekter av ergoterapeuter i tradisjonelle stillinger. Tjenestestedene ble derfor valgt ut etter blant annet kjennskap til praksisstedene. I tillegg til egen kunnskap om praksisstedene har praksiskoordinator ved Ergoterapeututdanningen bidratt med mye informasjon. Siden forfatter av denne MPH-oppgaven selv er ansatt ved en av Ergoterapeututdanningene i Norge ble en av de andre utdanningene i Norge forespurt om deltakelse. Hvis forskeren har for tette bånd til informantene, kan det påvirke prosessen ved at informantene blir mer opptatt av å gi forskeren den informasjonen som de tror forskeren vil ha, enn å komme med sine tanker og meninger (Johannessen et al 2006).

Kontaktpersonen på hvert tjenestested ble bedt om å invitere ergoterapeutene på sitt tjenestested til å delta. Forfatter av denne MPH-oppgaven har således ikke hatt kontroll på sammensetningen i de forskjellige gruppene og hvilke ergoterapeuter som skulle delta. Hvert tjenestested ble invitert til å delta med seks ergoterapeuter, med unntak av småkommunene som ble invitert til å delta med en til tre ergoterapeuter hver. Dette var nødvendig for å få nok ergoterapeuter til en gruppe.

Tabell 1. Oversikt over informantene.

<i>Gruppe</i>	<i>Kvinner/menn</i>	<i>Gjennomsnittlig total yrkeserfaring i år</i>	<i>Gjennomsnittlig erfaring i år i nåværende jobb</i>
I	4/0	31 (37 - 23)	17 (18.5-13.5)
II	3/1	6 (17.5-0.5)	6 (17.5-0.5)
III	5/1	9 (17.5-0.5)	7 (16.5-0.1)
IV	4/1	8 (13.5-2.5)	7 (13.5-0.5)
V	5/0	12 (19.5-4.5)	11 (16.5-4.5)
Total	21/3	13 (37-0.5)	10 (18.5-0.1)

Til sammen ble ca. 30 informanter invitert til å delta. I alt 29 informanter takket ja til å delta i studien. Ved gjennomføring ble det frafall på fem deltakere; to ble syke, en hadde ferie, en kunne ikke gå fra arbeidet og en kom ikke. Til sammen deltok 24 informanter; 21 kvinner og tre menn. Se tabell 1. I følge NETF (2009a) utgjør mannlige ergoterapeuter ca 8.5 % av alle ergoterapeuter i Norge. I denne studien utgjør mannlige ergoterapeuter 12.5 % av utvalget.

4.3 Datainnsamlingsmetode

Gruppediskusjoner er best egnet når intervjueren har mange åpne spørsmål og ønsker å oppmuntre deltagerne til å utforske hva som er viktig for dem, med deres eget språk (Kitzinger 1995). En av styrkene ved fokusgruppediskusjon er at samtalen og interaksjonen i gruppen kan få frem mer informasjon enn ved å intervju et og ett gruppemedlem. Det betyr at istedenfor å be hver enkelt person svare på spørsmål, blir deltagerne oppmuntret å snakke med hverandre; stille spørsmål, utveksle historier og kommentere på hver enkelt sine erfaringer og utsagn. Metoden er spesielt bra for å utforske folks erfaringer og kunnskap, og kan benyttes for å finne ut hvordan folk tenker og hvorfor de tenker slik, og ikke bare finne ut hva de tenker. Deltakerne vil kunne reflektere og assosiere på en helt annen måte enn om de ble intervjuet individuelt (Kitzinger 1995). Ved individuelle intervjuer av ergoterapeutene ville derfor resultatet ut fra dette bli annerledes. En fordel med denne metoden er også at den sammenlignet med individuelle intervjuer er kostnadsbesparende ved at man får samlet inn forholdsvis mye data på relativt kort tid.

4.3.1 Sammensetning av fokusgruppene

Alle gruppene var homogene med tanke på utdanning. Derimot var gruppene ulike ved at deltakerne hadde forskjellig kjønn, alder, erfaring og var utdannet ved ulike høyskoler.

Tre av gruppene besto av eksisterende grupper ved at kollegaer på samme arbeidsplass deltok. De to andre gruppene ble satt sammen av deltakere fra flere tjenestesteder. I den ene gruppen var alle ergoterapeutene ansatt ved samme institusjon, men holdt til på forskjellige avdelinger og fysisk langt unna hverandre. I den andre gruppen var ergoterapeuter fra tre forskjellige kommuner samlet. De kjente ikke hverandre og hadde ikke hatt verken fellesmøter eller samarbeid i hverdagen. To av gruppene hadde fire deltakere, to hadde fem deltakere og en gruppe hadde seks deltakere. I følge Kitzinger (1995) er ideell gruppestørrelse fire til åtte deltakere. I tre av gruppene ble det ved gjennomføringen frafall på til sammen fem informanter. Informantene hadde yrkeserfaring fra ½ år til 37 år.

4.3.2 Gjennomføring av fokusgruppediskusjonene

Det ble utarbeidet en temaguide med oppfølgingsspørsmål i forkant av diskusjonene. Temaene var bestemt på forhånd, men ordlyden og til dels rekkefølgen på spørsmålene varierte i de forskjellige gruppediskusjonene. Deltakerne kunne også ta opp andre problemstillinger som var relevante for temaet, men det var det ingen som gjorde.

Forfatter av denne MPH-oppgaven var moderator og ledet diskusjonene.

Hovedtemaene i intervjuguiden (Vedlegg 1) var

- Ergoterapeutenes meninger om egen kompetanse i forhold til helsefremmende arbeid og hvordan kompetansen anvendes i det daglige arbeid
- Ergoterapeutenes meninger om betydningen av helsefremmende arbeidsplasser, og hvilken kompetanse de har for å skape helsefremmende arbeidsplasser
- Tanker om fremtidsutsikter for helsefremmende ergoterapi

Det er viktig med egne erfaringer som kan være gode eksempler på salutogen tenkning. Disse erfaringene har overføringsverdi og kan brukes i arbeid med helsefremmende arbeidsplasser (Higgs et al 2005, Jamtvedt og Nortvedt 2008). På bakgrunn av dette ble ergoterapeutene i fokusgruppediskusjonene også spurt om erfaringer ved eget arbeidsmiljø som helsefremmende.

Fokusgruppediskusjonene ble gjennomført i lokalene på det enkelte tjenestested. Varighet på diskusjonene var fra 46 til 57 minutter. Etter hver diskusjon ble inntrykk, tanker og refleksjoner fra diskusjonene skrevet ned av moderator. Alle diskusjonene ble tatt opp på lydopptaker og transkribert ordrett. Informantenes identitet ble tatt bort for å sikre konfidensialitet.

4.4 Analyse

Analysen ble gjort med kvalitativ innholdsanalyse slik Graneheim og Lundman beskriver (2004). Analyseprosessen ble som følger: 1) Det transkriberte materialet fra alle gruppene ble lest og opptakene ble hørt på flere ganger for å få en helhetsforståelse av hele materialet. 2) Tre innholdsområder, meningsbærende enheter, ble identifisert, og teksten ble deretter sortert i de tre innholdsområdene, de samme innholdsområdene for alle fem diskusjonene, ved at ord og setninger som uttrykte en sentral mening i forhold til innholdsområdene, ble identifisert. Hvert innholdsområde inneholdt tekst fra alle intervjuene, og utgjorde en analyseenhet. De tre analyseenhetene handlet om kunnskaper om helsefremmende arbeid, erfaringer med og tanker om det helsefremmende arbeidsmiljø og tanker om ergoterapeutens rolle i det helsefremmende arbeid. 3) Deretter ble meningsenhetene forkortet uten å forandre den opprinnelige meningen. 4) Hver meningsenhet ble så abstrahert ved å bli beskrevet og tolket og kodet. 5) Alle kodene ble sammenlignet med tanke på ulikheter og likheter, og ble deretter sortert i underkategorier. 6) Underkategoriene ble til slutt sortert i kategorier, som utgjør det manifeste innholdet. 7) Til slutt ble den underliggende mening fra kategoriene i hvert innholdsområde formulert til et tema.

Tabell 2. Eksempel på hvordan analysen ble gjort.

<i>Meningsbærende enhet</i>	<i>Forkortet meningsbær.enhet</i>	<i>Kode</i>	<i>Under-kategori</i>	<i>Kategori</i>	<i>Tema</i>
.. så kommer de seg på det eldresenteret som betyr så mye for dem ikke sant, og (studentene) tenker meningsfulle aktiviteter og gjøremål	Studentene tenker meningsfulle aktiviteter og gjøremål	Meningsfulle aktiviteter og gjøremål	Meningsfull aktivitet	Aktivitetsspektiv	Ergoterapeutenes kompetanse i helsefremmende arbeid
Det med å styre hverdagen .. ja kontroll på dagene..	Styre hverdagen og ha kontroll på dagen	Styre og ha kontroll på hverdagen	Jobbkrav, organisering og ledelse	Psykososiale forhold	Ergoterapeutenes erfaringer med eget helsefremmende arbeidsmiljø
Hva er det vi viser oss ut gjennom, hva er det vi snakker om, hva er det andre oppfatter at vi gjør, ikke sant, hva slags ord bruker vi på det vi gjør (helsefr. arbeid)..	Hva snakker vi om, hva oppfatter andre at vi gjør, hva slags ord bruker vi på det vi gjør..	Hvordan kommunisere helsefremmende ergoterapi	Fag og kompetanse	Synliggjøring og utvikling	Ergoterapeutenes tanker om utvikling av helsefremmende ergoterapi

Under hele prosessen med analysen ble det gått frem og tilbake mellom helhet og deler av teksten. Underveis var det også kontinuerlig diskusjon med veileder, som er professor i Folkehelsevitenskap og innehar mye kunnskap og erfaring om både analysemetode og tema for studien. Dette har bidratt til tydeliggjøring av både tema og analyseprosess. Tabell 2 viser eksempel på hvordan analysen ble gjort.

4.4.1 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet viser til nøyaktighet eller pålitelighet. Innsamlede data er blitt behandlet nøyte, blant annet ved å kontrollere at transkripsjon stemmer med lydopptak og ved å

holde orden på hvem som har sagt hva. I følge Larsen (2007) er en måte å sikre høy reliabilitet nettopp å holde orden på intervjudata.

Validitet handler om relevans eller gyldighet i forhold til innsamlet data, i hvilke grad resultatene virkelig handler om det som skal undersøkes. I forkant av fokusgruppediskusjonene ble en temaguide utarbeidet for å sikre at viktige problemstillinger ble diskutert i alle gruppene. Temaguiden ble tilpasset i gruppene ved at ordlyd og rekkefølge på spørsmålene varierte. I følge Larsen (2007) vil en fleksibel prosess hvor man kan endre spørsmål underveis kunne bidra til en mer valid informasjon.

Ved analysen ble det tilstrebt at temaene og kategoriene som fremkom hadde internal homogeneity (på norsk: intern heterogenitet) ved at det var klare likheter innen tema og kategorier, og external heterogeneity (på norsk: ekstern heterogenitet) ved at det var tydelige forskjeller mellom temaer og kategorier (Graneheim og Lundman 2004).

Resultatene er belyst ved sitater fra fokusgruppediskusjonene, noe som styrker validiteten. Det er tatt med sitater fra alle gruppene for å gi leseren mulighet til å validere resultatet og kvaliteten på analysen. Hvert sitat etterfølges av henvisning til gruppen.

Kvale sine syv stadier i forskningsprosessen er fulgt gjennom hele prosessen; tematisering ved å formulere formål og velge metode, planlegging av hele prosessen og innhenting av kunnskap, gjennomføring av fokusgruppediskusjonene, transkribering av materialet, analysering ved innholdsanalyse, verifisering ved å undersøke reliabilitet og validitet, og rapportering (Kvale 2001).

4.5 Etiske vurderinger

Helsinki-deklarasjonens grunnleggende prinsipper for all medisinsk forskning er lagt til grunn for studien. I denne studien handler det først og fremst om å ivareta informantene i forhold til anonymitet, konfidensialitet og taushetsplikt. Etisk komité i Helse Øst ble forespurt angående søknad og registrering av prosjektet, noe som ikke var nødvendig fordi prosjektet falt utenfor komiteens virkeområde. Prosjektet ble meldt og registrert hos Datatilsynet 3.juli 2008 vedrørende innsamling og oppbevaring av dataene fra studien.

Alle informantene fikk på forhånd skriftlig og muntlig informasjon om metoden og tema for diskusjonen samt hvordan resultatene skulle publiseres. Personvern er ivaretatt ved at informantene på forhånd ble opplyst om at det var frivillig å delta og at alle skrev under samtykkeerklæring før diskusjonene startet. Materialet er behandlet konfidensielt ved at informanter og arbeidssted er anonymisert.

Etiske vurderinger er gjort gjennom hele forskningsprosessen. Ved bruk av kvalitativ metode kan en god relasjon til moderator gjøre at informanter kanskje sier noe de

egentlig ikke ønsket å si. Under gruppediskusjonene snakket informantene blant annet om sitt eget arbeidsmiljø, og det var derfor en mulighet for at det i gruppene kunne komme frem uheldige sider ved arbeidsmiljøet som ikke egnet seg til å snakke om i fokusgruppene. Forfatter av denne MPH-oppgaven hadde på forhånd reflektert og tenkt over dette. Hvis det skulle oppstå en slik situasjon i en av gruppene, ville det være moderators ansvar å avrunde diskusjonen om arbeidsmiljøet og bringe inn andre spørsmål og problemstillinger til videre diskusjon. Det ble også satt av tid etter fokusgruppediskusjonene dersom informanter skulle ha behov for det. Det kom imidlertid ikke frem vanskelige temaer i noen av gruppediskusjonene.

Under hele prosessen har forfatter av denne MPH-oppgaven reflektert rundt og prøvd å være bevisst på at opplysninger som kom frem i gruppene og som kunne skade eller kunne spores tilbake til den enkelte deltaker, ikke skulle inngå som en del av datamaterialet. Slike opplysninger kom ikke frem.

5. Resultater

Relatert til hensikt med studien kom det frem tre tema; Ergoterapeutenes kompetanse i helsefremmende arbeid, Ergoterapeutenes erfaringer med helsefremmende arbeidsplasser og Ergoterapeutenes tanker om utvikling av helsefremmende ergoterapi. Disse tema er blitt delt inn i kategorier og underkategorier. Se tabell 3.

Tabell 3. Oversikt over de tre analyseområdene med underkategorier, kategorier og tema.

<i>Tema</i>	<i>Kategorier</i>	<i>Underkategorier</i>
Ergoterapeutenes kompetanse i helsefremmende arbeid	Brukerperspektiv	Klientfokus
		Studentfokus
	Aktivitetsperspektiv	Meningsfull aktivitet
		Ergoterapiprosessen
	Helsefremmende perspektiv	Helsefremmende perspektiv
Ergoterapeutenes erfaringer med eget helsefremmende arbeidsmiljø	Psykososiale forhold	Kultur og trivsel
		Jobbkrav, organisering og ledelse
	Fysiske forhold	Fysiske forhold
Ergoterapeutenes tanker om utvikling av helsefr. ergoterapi	Synliggjøring og utvikling	Fag og kompetanse
		Roller og stillinger

5.1 Ergoterapeutenes kompetanse i helsefremmende arbeid

Temaet er delt inn i kategoriene brukerperspektiv, aktivitetsperspektiv og helsefremmende perspektiv, og disse har igjen til sammen fem underkategorier.

5.1.1 Brukerperspektiv

Kategorien Brukerperspektiv er delt inn i underkategoriene klientfokus og studentfokus. Klientfokus handler om det informantene på fagspråk kaller klientsentrert tilnærming og hvor utgangspunktet er et gjensidig samarbeid mellom terapeut og bruker (eller klient, pasient) eller grupper av brukere. Brukers medbestemmelse og egne behov, ønsker og mål skal i følge informantene ligge til grunn for samarbeidet. Studentfokus dreier seg hovedsakelig om informantenes meninger om hvordan studentene gjennom utdanningens pedagogiske metoder lærer av egne erfaringer ved å delta aktivt i undervisningen ved at de selv deltar i og leder gruppearbeid, ferdighetstrening og annet samarbeid.

Klientfokus

Informantene var opptatt av hvordan det kan legges til rette for klientsentrert arbeid slik at den enkelte bruker får mulighet til å komme frem med egne ønsker og behov. I følge informantene er det viktig å bli kjent med brukeren, og ergoterapeuten må aktivt legge til rette for å få til et så likeverdig samarbeid så mulig. ”Bygge lagfølelse” og ”teambuilding” sammen med brukeren var begrep som ble brukt. De mente at dette er viktig slik at de får et så helhetlig bilde som mulig av bruker før tiltak foreslås. Informantene mente at samtalen med bruker er grunnleggende for samarbeidet. En informant uttrykte det slik:

For når du først får i gang en god samtale så får du veldig mange ulike aspekter ved livet til den brukeren som du prater med. (G4)

Videre trakk de frem hvor viktig det er å sette av nok tid til samtale og kartlegging hos bruker, nettopp for å få til et godt samarbeid og bli bedre kjent med brukerens ønsker og mål. De fortalte at de ofte fikk tilbakemelding fra brukere som satte pris på at ergoterapeuten hadde tid til å sette seg ned og høre på dem. I følge informantene ga flere brukere uttrykk for at andre hjelpetjenester som hjemmesykepleien ofte ikke hadde tid til dette. En informant sa:

Det behøver jo ikke være så vanskelig, men det er det å ta seg tid til faktisk å snakke med folk og høre .. hva som er viktig for den enkelte. (G3)

De snakket også om betydningen og nødvendigheten av å trekke bruker aktivt inn i egen behandlingsprosess. De trakk frem at ergoterapeutene er avhengig av å få tak i brukers motiv og mål for å kunne tilby tiltak som er i tråd med brukers ønsker. Det kom frem at forslag fra terapeut uten å ta hensyn til brukers ønsker og mål ofte ikke fungerer, ofte på grunn av manglende motivasjon fra bruker. Informantene påpekte

derfor hvor viktig det er at bruker faktisk har reell brukermedvirkning. Dette handler blant annet om å ha respekt for bruker og hans/hennes kompetanse og ønsker, noe en informant uttrykte slik:

..og da jobber vi sammen (med pasienten) da og da bruker vi også pasientens ekspertvurderinger .. pasienten syns det er veldig positivt .. å være veldig deltakende i prosessen. (G2)

Studentfokus

I alle fokusgruppene var informantene opptatt av brukerperspektivet. Både lærerne og ergoterapeutene i klinisk praksis fortalte at de allerede som student erfarte og lærte om betydningen av å ha fokus på brukers egne ønsker og mål. Gjennom arbeid i grupper lærer studentene blant annet å samarbeide og ta hensyn til andre, å lede grupper, og å se den enkelte gruppedeltaker. En informant uttrykte det slik

..det der å trene seg på å lytte og gi, ikke sant, å lede og se at alle er med (i gruppen). (G1)

Lærerrollen har, i følge lærerne ved ergoterapeututdanningen, endret seg fra å være en ekspertrolle med stor vekt på forelesninger, til å være en mer dialogbasert og samhandlingsbasert veilederrolle. Lærerne fortalte at de er opptatt av studentenes læringsprosess og utfordrer, støtter og oppmuntrer til egen læring og mestring. De trakk frem at utdanningen blant annet anvender studentaktive metoder, noe som innebærer høy grad av studentaktivitet, både individuelt og i grupper. Studentene deltar i følge lærerne aktivt i undervisningen, blant annet ved at de har ansvar for forelesninger, seminarer og kreative verksteder, og deler sin kunnskap med lærerne. Ved at utdanningen har et studentfokusert perspektiv blir lærerne ved ergoterapeututdanningen på en måte rollemodeller for såkalt klientsentrert tilnærming.

Både lærerne og ergoterapeutene i klinisk praksis trakk frem at utdanningen legger vekt på å få frem betydningen av samarbeid med og fokus på andre mennesker. Flere klinikere snakket om at de i løpet av utdanningen hadde lært mye om hvordan de skal forholde seg til andre mennesker og hvordan de kan skape en positiv relasjon som fremmer den andre.

..det man hadde fått innprenta der (på utdanningen)..vi gikk inn sammen med pasienten og (spurte) hva setter du deg for mål den tiden du skal være her (i behandling). (G3)

5.1.2 Aktivitetsperspektiv

Kategorien Aktivitetsperspektiv inneholder to underkategorier; meningsfull aktivitet og ergoterapiprosessen. I underkategorien meningsfull aktivitet beskriver informantene hva de mener karakteriserer meningsfull aktivitet samt hvilken betydning de tror meningsfull aktivitet har for mennesker. Ved beskrivelsene brukte de ord som helhet, sammenheng, mestring, muligheter, ressurser, motivasjon, balanse

og variasjon, i tillegg til ergoterapeuters forståelse av menneskers aktivitet og deltakelse. Ergoterapiprosessen handler om informantenes meninger om hvordan ergoterapeutene i samarbeid med brukere systematisk kartlegger, vurderer, tilrettelegger og setter i gang tiltak. Ergoterapiprosessen utøves på grunnlag av forståelse om blant annet aktivitetsperspektivet og brukerperspektivet. Aktivitetsanalyse, funksjonsvurdering, ulike redskaper og metoder, tilrettelegging og løsninger er noen stikkord.

Meningsfull aktivitet

Både lærerne og klinikerne trakk frem at studentene lærer mye på utdanningen om hva meningsfull aktivitet dreier seg om, og gjennom gruppearbeid og oppgaver viser studentene at de er opptatt av dette. En informant sier det slik:

..istedenfor å gi det derre hjelpemidlet, så tenker de (studentene).. så kommer de (brukerne) seg på det eldresenteret som betyr så mye .. og (studentene) tenker meningsfulle aktiviteter og gjøremål. (G1)

Meningsfull aktivitet må i følge informantene ses i sammenheng med den helhetsforståelse ergoterapeuter legger til grunn for sitt aktivitetssyn, og som blant annet handler om at det er en gjensidig påvirkning mellom den enkelte og omgivelsene, og at individet ikke kan forstås uten å ta hensyn til omgivelsene. En informant uttrykte det slik:

..i forhold til omgivelser og miljø så vil jo det si at man tilpasser for det enkelte individet i forhold til miljøet dem lever i. (G2)

Informantene trakk også frem at det er naturlig for mennesket å være aktivt og at meningsfulle aktiviteter gir hverdagen innhold. Meningsfull aktivitet handler i følge informantene først og fremst om brukernes egen forståelse og opplevelse av hva som er viktig i hverdagen. For å få frem hva som er meningsfullt i brukernes hverdag er det i følge informantene helt nødvendig å fokusere på brukernes muligheter og ressurser, og ikke bare kartlegge problemområder. Dette mente de at ergoterapeutene er opplært til fra utdanningen, som en informant formulerte slik:

.. at man har fått innprenta (i utdanningen) .. å se muligheter og ikke begrensninger. (G3)

Informantene snakket mye om hvor viktig det er for brukerne å mestre aktiviteter i hverdagen. De var opptatt av at de kan bidra med informasjon og med å legge til rette slik at brukerne så langt det er mulig kan klare sine aktiviteter på egen hånd og fortsette å mestre sin egen hverdag. De trakk også frem at brukerens motivasjon er avgjørende, her eksemplifisert ved en av informantene:

.. vi opplever det jo sikkert alle sammen .. at det brukerne er motivert for og har lyst til, det kan man jobbe mot. (G4)

Ergoterapiprosessen

Informantene snakket mye om ergoterapiprosessen og mente at den er grunnleggende

for ergoterapiutøvelse. En informant uttrykte det slik:

..noe av kjernen av det vi gjør er jo det å legge til rette og hjelpe folk til å klare ting på egen hånd .. til å fortsette å gjøre aktiviteter .. fortsette å mestre egen hverdag. (G4)

Ergoterapeuter har i følge informantene en spesiell kompetanse som andre kan nyttiggjøre seg av. Det gjelder blant annet kartlegging og analyse av aktiviteter. Dette mente informantene blant annet handler om den spesielle kunnskapen de har i forhold til aktivitet og aktivitetsanalyse, noe en informant beskrev slik:

..vi ser alle trinnene .. alle dem (trinnene) som kan analysere aktivitetene ned på små nivå, klare å bryte ned en aktivitet for å se kor e det funksjonsnivået er senka, i forhold til det å kunne tilrettelegge for at et menneske får mest mulig mestring i sin egen hverdag. (G2)

Informantene trakk frem hvor viktig det er med en grundig kartlegging i samarbeid med bruker før tiltak settes i gang. I følge informantenes erfaring gjør ikke alltid samarbeidspartnere som for eksempel andre yrkesgrupper innen helsesektoren og innen NAV grundig kartlegging før tiltak settes i gang. En informant trakk frem et eksempel på en person som måtte slutte i jobben på grunn av dårlig rygg. Personen var i regi av NAV i gang med omskolering for å bli bussjåfør da informanten traff vedkommende. Omskoleringen var ikke vellykket, noe som kan illustreres ved informantens utsagn:

..hvis du ikke kan sitte mer enn fem minutt så blir du ikke bussjåfør. (G5)

Informantene gav uttrykk for at de som ergoterapeuter er løsningsfokuserte i sitt arbeid. Dette handler mye om ergoterapeutenes syn på meningsfull aktivitet og at de er mer opptatt av mestring og muligheter enn begrensninger. Flere mente at dette positive fokuset kan være spesielt for ergoterapeuter. En informant sa:

..det er så mange andre faggrupper som ser etter begrensninger .. så jeg tenker det er jo spesielt viktig at vi kan se på mulighetene. (G3)

Informantene diskuterte hvilke kunnskaper og ferdigheter ergoterapeuter har og som kan brukes innenfor arbeidslivet og på arbeidsplassen. En informant trakk frem at studentene får undervisning om arbeidsliv og arbeidshelse, og en annen informant trakk frem at de blant annet lærer ved å kartlegge eget klassemiljø. De får også trening i å se mennesket i sammenheng med omgivelsene. Informantene mente at den kunnskapen er grunnleggende og kan overføres videre til helsefremmende og forebyggende arbeid i arbeidslivet. En informant uttrykte det slik:

.. den fysiske greia med at sånn skal du sitte på stolen .. lys i forhold til PC og sånne ting .. det kan kem som helst lære seg, men det å se ting i litt større sammenheng og litt hverdagen som helhet, og ka består en arbeidsdag av. (G5)

Informantene mener at mye av kunnskapene i forhold til aktivitetsperspektivet kan brukes innenfor arbeidslivet. Flere trekker frem at ergoterapeuter kan bidra med å minske gapet mellom personens forutsetninger og omgivelsenes krav, slik en sa det:

..mye av kjernen er kanskje at vi skal prøve å minske gapet mellom personens utfordringer og samfunnets krav. (G5)

Informantene snakket også om hvordan de med utgangspunkt i sin forståelse av aktivitet kan bidra med kartlegging og tilrettelegging på arbeidsplassen. De trakk blant annet frem betydningen av å ha fokus på ansattes funksjonsnivå, aktivitetsproblem og mål. Det handlet ofte om fysisk tilrettelegging i forhold til arbeidsstillinger for å unngå fysiske skader

I følge informantene er en balanse i livet mellom arbeid, hvile og fritid viktig for helsen. I løpet av arbeidsdagen er det også nødvendig med variasjon, blant annet for å forebygge belastninger og uhelse, noe en informant uttrykte slik:

..vi er jo opplært til den balansen mellom aktivitet og hvile og fritid og arbeid og det kan en jo trekke inn i jobben, litt den variasjonen, det er ikke bra å sitte foran PC'en hele dagen. (G5)

5.1.3 Helsefremmende perspektiv

Kategorien Helsefremmende perspektiv handler om helse, helsefremmende arbeid og helsefremmende tenkning i ergoterapi og inneholder ingen underkategorier.

I følge informantene lærer studentene gjennom hele utdanningen det helsefremmende perspektivet. De får kunnskap om helsefremmende tenkning gjennom pensum og teorier, og blant annet nevnes Antonovskys salutogenese som sentral. I undervisningen inviteres aktører som jobber med helsefremmende arbeid til å undervise studentene, noe som i følge informantene kan stimulere studentene til å se på helsefremmende arbeid som fremtidig arbeidsområde. Informantene i lærergruppen diskuterte hvordan det helsefremmende perspektiv blir tydeliggjort for studentene, og hvilke begrep som brukes. En informant tok opp dette:

..vi oppdrar studentene fra dag en på den måten, i et helsefremmende perspektiv, og egentlig så burde vi ergoterapeuter snakke om at det er det vi gjør. (G1)

Generelt mente informantene at studentene er engasjerte og opptatte av helsefremmende tenkning. Noen fortalte at en gruppe i sin avsluttende bacheloroppgave ville ha paradigmeskifte i ergoterapi ved å ta inn salutogenese som grunnleggende tenkning.

Helsebegrepet ble også diskutert i flere grupper. Informantene snakket om hvordan man kan ha helse selv om man hadde en sykdom, og at fravær av sykdom ikke er garanti for at man føler seg frisk. Hver enkelt har i følge informantene sine egne verdier og tanker om hva som er å være frisk og syk.

Det ble også diskutert hva helsefremmende arbeid egentlig innebærer i praksis, og noen stilte også spørsmål ved hvordan begrepet kan forstås. I følge informantene er

det helsefremmende arbeidet kontekstavhengig, og det krever at man kan se samspillet mellom menneske, situasjon, kultur og omgivelser. De var opptatt av å se sitt arbeid med brukerne i et videre perspektiv, blant annet ved å tenke seg brukerens situasjon på sikt. Ut fra en slik tenkning mente informantene at et tiltak som kan bedre en funksjonsnedsettelse, på sikt kan gi helsefremmende gevinster. I praktisk arbeid mente de at det helsefremmende og det forebyggende arbeidet er vanskelig å skille. Flere mente at det arbeidet de gjorde med brukerne kunne ses på som helsefremmende, noe en informant uttrykte slik:

..veldig mye av det vi gjør virker jo helsefremmende nå da, når vi tenker på det nå. (G4)

En informant mente at det å bli selvhjulpen kan gi selvtillit og bedre psykisk helse, noe som på sikt vil være helsefremmende. Det kom flere eksempler fra ergoterapeutenes praksis på dette i løpet av diskusjonene, blant annet ble tilrettelegging ved tekniske hjelpemidler og grupper for pårørende og pasientgrupper trukket frem. Mange trakk frem at slik tilrettelegging i utgangspunktet er startet på bakgrunn av medisinske årsaker, men at de på sikt vil kunne gi en bedre hverdag for deltakerne, noe som fremgår av følgende sitat:

..ja for det kan diskuteres .. hva er helsefremmende? At en person får en elektrisk rullestol .. kan nå farte ute .. helsen blir vel ikke bedre av det .. får ikke noe bedre kosthold av det heller, men psykisk er det kanskje veldig helsefremmende. Fordi man bryter isolasjon og føler seg litt mer fri og kunne gjøre ting man vil. (G4)

Informantene ga uttrykk for at de hadde liten eller ingen erfaring i sin praksis med arbeid som bidrar til helsefremmende arbeidsplasser, men mente at deres helsefremmende tenkning kan overføres til området, og noen uttrykte det slik:

.. tenke helse fremfor sykdom, tenke hva er det som gir helse og .. det handler om meningsfullhet og det handler om mestring og det handler om et verdig liv .. om hva som er viktig for at de skal ha en god og helsefremmende arbeidsplass. (G1)

5.2 Ergoterapeutenes erfaringer med eget helsefremmende arbeidsmiljø

Informantenes erfaringer med eget helsefremmende arbeidsmiljø er delt i to kategorier; psykososiale forhold og fysiske forhold.

5.2.1 Psykososiale forhold

Kategorien Psykososiale forhold består av to underkategorier; Kultur og trivsel og Jobbkraft, organisering og ledelse. Kultur og trivsel handler om informantenes meninger om betydningen av å ha gode kollegaer, bli respektert for det arbeidet man gjør, bli sett og verdsatt, bli respektert som faggruppe og å trives i yrket. Jobbkraft og

organisering handler om informantenes meninger om betydningen av at arbeidet er variert, meningsfullt, motiverende, interessant, spennende og forutsigbart, at det er balanse mellom utfordringer og tilgjengelige ressurser, mulighet for å bruke hele kompetansen og at det fins rom for fleksibilitet. Ledelse handler om informantenes meninger om betydningen av å ha tydelig og tilgjengelig ledelse, en leder som tar ansvar, som kan lytte, som er tydelig og forutsigbar, som inkluderer og gir mulighet for medbestemmelse, og som gjør at man føler seg ivaretatt og sett og hørt.

Kultur og trivsel

Informantene snakket om hvor viktig de mener det er å ha et godt sosialt miljø. De la spesiell vekt på det å ha gode kollegaer som de kan snakke med og som bryr seg om hverandre. Gode kollegaer kan man i følge informantene snakke med om både hverdagen generelt, livet på arbeidsplassen og faglige spørsmål i arbeidet. Noen informanter sa det slik:

..jobber du på et sted med godt arbeidsmiljø så blir du nok en hyggeligere person enn det du ville vært hvis du hata å gå på jobben og det hadde nok pasientene merket. (G3)

Et stabilt arbeidsmiljø hvor mange av kollegaene har vært der i mange år, ble nevnt av flere informanter som en viktig trivselsfaktor. Det gjør at man blir godt kjent med hverandre og har respekt for hverandre selv om man er forskjellige. For mange av informantene var også humor en viktig ingrediens i et godt arbeidsmiljø, som et utsagn fra en informant viser:

Det er jo et veldig godt arbeidsmiljø .. latteren sitter jo løst her og vi diskuterer og. (G5)

Informantene trakk frem lunsjen som et viktig møtested for å bli bedre kjent med og ha uformelle samtaler med kollegaene, noe informantene setter pris på. I lunsjen kan også forskjellige yrkesgrupper møtes og bli bedre kjent og det kan igjen påvirke det tverrfaglige samarbeidet. Noen mente at lunsjen bidrar til at man føler samhørighet. Flere informanter nevnte at de i blant også var sammen med kollegaer i sin fritid, blant annet når det ble arrangert felles sosiale sammenkomster for de ansatte.

Det kom tydelig frem at informantene trives i yrket sitt som ergoterapeuter. Flere beskrev det ergoterapeutiske arbeidet som faglig utfordrende og spennende, og mente at det påvirker trivselen på en positiv måte. Flere informanter snakket også om at de er stolte av arbeidsplassen sin og stolte av det arbeidet de gjør sammen med kollegaene. Noen trakk frem betydningen av at det arbeidet de gjør er viktig for brukerne og studentene, men at arbeidet også betyr mye for dem selv. En informant uttrykte det slik:

..det at man føler at det arbeidet man gjør .. at det betyr noen ting både for en sjøl men også for de man jobber for. (G1)

Kontakten og samspeilet med brukere og studenter har i følge informantene stor

betydning for trivselen. For å beskrive sine opplevelser av kontakten og samspillet brukte de ord som inspirerende, spennende og det som de mente gir aller mest glede. Noen uttrykte det slik:

.. ergoterapi .. er en veldig takknemlig jobb .. man møter mye glede i jobben hos brukerne .. vi ser at folk blir kjempeglade .. det er så klart veldig inspirerende. (G4)

En viktig del av trivselen er i følge informantene det å bli sett og ikke minst bli respektert som faggruppe i det tverrfaglige samarbeidet. Dette handler blant annet om å bli hørt og respektert i forhold til råd og veiledning for den enkelte pasient, noe en informant sa slik:

..dette har noe med det miljøet som finnes på de enkelte postene for hvor lydhøre de kan være for våre råd og tips og hva vi synes er best for pasienten. (G3)

Det å bli etterspurt, og ikke alltid være den yrkesgruppen som inviterer seg inn i et samarbeid, mente informantene også bidrar til trivsel, likedan er det fint å få positive tilbakemeldinger på sitt arbeid fra andre yrkesgrupper. Mange trakk også frem betydningen av god kommunikasjon mellom de samarbeidende yrkesgruppene.

JobbkraV, organisering og ledelse

Informantene snakket om hvor viktig det er å ha interessante og meningsfulle arbeidsoppgaver. I følge informantene blir arbeidsoppgavene meningsfulle blant annet når man har mulighet for å utnytte og utvikle egne ressurser. Med meningsfulle arbeidsoppgaver blir arbeidet interessant og spennende og kan gi inspirasjon og overskudd. En uttrykte seg slik:

..så gir det (arbeidet) mye påfyll .. det er spennende hvis du får nye utfordringer og noe du skal løse. (G5)

Den direkte kontakten og samspillet med brukere og studenter er den del av arbeidet som kanskje gir mest av både utfordringer og påfyll, og som i følge informantene bidrar til at de trives så godt med faget. Informantene mente at når man får bruke den kompetansen man har, så bidrar det til at arbeidet oppleves meningsfullt og gir trivsel i arbeidet, slik en informant sa det:

.. bruke den kompetansen man mener man har og de ressursene man har, tenker jeg er viktig for trivselen. (Gr1)

Mange informanter trakk frem at arbeidsdagene er forskjellige og arbeidsoppgavene er varierte, og at dette er med på å gjøre jobben meningsfull og interessant, noe en informant sa på denne måten:

.. kreative uttrykksformer og .. fysisk aktivitet og trene og dra på hjemmebesøk. Det er så variert og det er det som gjør jobben så givende. (G2)

Samtidig er det i følge informantene nødvendig å ha en balanse mellom de utfordringene man får og de ressursene og mulighetene man har, slik at man føler at

man strekker til. Hvis arbeidsdagen blir for variert og kravene blir for store, kreves det god organisering for å klare å håndtere dette. En annen informant beskrev hvordan det kan oppleves når man har for mye å gjøre:

.. ikke helsefremmende her når jeg aldri klarer å bli ferdig med alle de oppgavene jeg skal gjøre og våkner tidlig om morgenen og tenker på alt jeg har å gjøre .. så har du det litt sånn som hundre oppgaver som løper samtidig inni der, det oppleves ekstremt stressende. (G1)

For å klare å opprettholde en god balanse mente informantene at det er nødvendig at de til en viss grad vet hvilke arbeidsoppgaver som skal gjøres og at det er satt av nok tid til både planlegging og gjennomføring av oppgavene. Men de uttrykte også at det handler om å kunne ha mulighet til å organisere arbeidsdagen selv. Ved å ha stor grad av kontroll på organisering av arbeidsdagene mente informantene at de kan legge til rette for å gjøre en god faglig jobb. En av informantene uttrykte det slik:

.. det er vel mer at jeg bestemmer selv at jeg tar den tiden (på hjemmebesøk), ellers føler jeg ikke at jeg får gjort jobben min. (G4)

Informantene trakk frem at forskjellige rammevilkår kan ha betydning for hvilke muligheter de har for å organisere og tilrettelegge arbeidsdagen slik at den blir best mulig for den enkelte. Ansatte kan i enkelte perioder ha behov for tilrettelegging, som for eksempel når man har små barn i barnehage. Om det lar seg gjøre, er i følge informantene avhengig av rammer og rutiner på det arbeidsstedet man jobber.

.. men det er jo mye rammene rundt .. det er begrenset hvor mye man kan tilrettelegge akkurat det med arbeidstid. (G3)

Det er i følge informantene viktig å ha nok tid til både fagutvikling, tverrfaglighet og til brukerne, slik at de opplever at arbeidet blir ordentlig utført, som en informant sa:

..ja da skulle (vi) i hvert fall hatt bedre tid til å gjøre det vi gjør, så vi kan gjøre det ordentlig. (G4)

En årsak til at mange opplever at tiden ikke strekker til, er i følge informantene stadige omorganiseringer i offentlig sektor. Omorganiseringer tar mye tid uten at man nødvendigvis får tilført ekstra ressurser. En annen årsak er i følge informantene at det er for lite personale. Dette merkes ekstra godt ved sykefravær.

.. ved langvarige sykemeldinger så må andre inn og ta oppgaver .. for der er ikke noen vikarer .. som stepper inn .. (vi andre) skal liksom fordele og holde hjulene i gang. (G1)

De snakket også om at det var viktig for dem å ha en leder som var tilgjengelig og som var interessert i dem. De ønsker å ha en ledelse som er opptatt av sine medarbeidere slik at hver enkelt opplever å bli sett, ivaretatt og verdsatt for det arbeidet de gjør. Flere snakket om hvor godt det er å få konstruktiv tilbakemelding fra sin leder, og at det er viktig å bli fulgt opp av sin leder, enten man er frisk eller syk. Her er noen utsagn fra informantene:

..få konstruktiv tilbakemelding på den jobben man gjør sånn at man ikke bare er i et sånt tomrom .. det er grunnlag for utvikling videre. (G1)

Er man sjuk så blir man fulgt opp.. så på tross av at vi har et veldig høyt arbeidspress så er det godt å jobbe her likevel. (G5)

Ledelsen har i følge informantene et ansvar for å legge til rette for en god dialog med sine ansatte, slik at de blir hørt og får lov å være med å bestemme over egen arbeids-situasjon. Medarbeidersamtaler eller utviklingssamtaler ble trukket frem som en arena for denne dialogen. De mente at det er viktig at ledelsen tar hensyn til hva den enkelte syns er interessant å jobbe med. Noen uttrykte det slik:

..utviklingssamtaler..at en får være med å si noe om hva en sjøl ønsker i forhold til arbeidssituasjonen sin .. få lov å si hva som funker for meg. (G3)

Det daglige samarbeidet mellom ledelse og ansatte blir i følge informantene både bedre og enklere når ledelsen er tilgjengelig fysisk ved for eksempel å være plassert i nærheten av sine medarbeidere. Fysisk nærhet kan gjøre kommunikasjonen enklere blant annet ved at saker kan tas opp og diskuteres raskere. En informant sa dette:

.. så tar jo lederen oss med i diskusjonen. Hun har jo kontorplass her midt i miljøet .. det syns jeg er viktig, at lederen er nær. At det ikke blir så stor avstand mellom leder og arbeidstakere. (G5)

Samtidig mente informantene at tilgjengelig ledelse ikke bare handler om fysisk tilgjengelighet, men også om lederstruktur, lederstil og lederkultur, noe en av informantene uttrykte slik:

Vi har en åpen leder, vi har en tydelig leder og vi har en strukturert leder .. og vi har et system som er tydelig og forutsigbart .. det skaper veldig trygghet på en arbeidsplass. (G5)

5.2.2 Fysiske forhold

Kategorien Fysiske forhold handler om informantenes meninger om lokaler, utstyr og tilgang til bil og parkering og inneholder ingen underkategori.

Noen informanter mente at de fungerte best med eget kontor, mens andre trivdes med å dele kontor. Flere trakk også frem betydningen av å ha et pauserom der man kan treffe kollegaer til uformell prat og slappe av. De mente også at egnede lokaler hvor brukerne kan komme og få utprøving og trening har betydning både for det faglige tilbudet brukerne får og for deres egen trivsel.

Som nevnt tidligere mener informantene at det å jobbe tverrfaglig er positivt og kan påvirke både trivsel og faglighet. For å lykkes med dette samarbeidet sa flere informanter at det blant annet er en fordel at faggruppene har kontorer i nærheten av hverandre.

Informantene nevnte også at tilgjengelig og brukbart utstyr og kontorstøttesystemer, som for eksempel datautstyr, kan være tidsbesparende og gjøre det daglige arbeidet enklere. En informant trakk frem dette:

.. (kunne ønsket) at datasystemet hadde fungert litt bedre, at det ikke er så tregt. (G5)

Lett tilgjengelighet til bil og parkeringsplass ble også trukket frem, spesielt av de informantene som er avhengig av bil i arbeidet sitt. På et arbeidssted hadde arbeidsgiver tilrettelagt dette ved at informantene hadde tilgang til biler i tjenesten. Det mente informantene blant annet handler om at ledelsen er opptatt av å legge til rette slik at de kan gjøre arbeidet sitt på en best mulig måte, noe som igjen bidrar til at de føler seg verdsatt på arbeidsplassen.

5.3 Ergoterapeutenes tanker om utvikling av helsefremmende ergoterapi

Temaet inneholder kategorien behov for synliggjøring og utvikling av helsefremmende ergoterapi.

5.3.1 Behov for synliggjøring og utvikling av helsefremmende ergoterapi

Kategorien Behov for synliggjøring og utvikling av helsefremmende ergoterapi er delt inn i de to underkategoriene Fag og kompetanse og Roller og stillinger. Fag og kompetanse handler om informantenes meninger og tanker om hvordan ergoterapifaget og den kompetansen som ergoterapeuter innehar kan synliggjøres bedre og kobles opp mot helsefremmende arbeid. Roller og stillinger handler om informantenes tanker og meninger om utvikling og utvidelse av ergoterapeutenes roller i det helsefremmende arbeid, og om behov for stillinger.

Fag og kompetanse

I fokusgruppediskusjonene ble det trukket frem at ergoterapeuter er en liten faggruppe blant andre grupper innen helsefagutdanningene, og informantene undret på om ergoterapeuters kompetanse generelt er alt for lite kjent blant folk flest og blant myndighetene. Flere informanter fortalte at i Norge er det mange som ikke vet hva ergoterapeuter gjør. Derfor mente de at det er viktig å både fortelle om og vise hva ergoterapeuter kan, noe en informant sa slik:

..det viktigste i jobben vår er å synliggjøre hva vi kan og hva vi gjør, både i befolkningen men også i jobbsammenheng. (G3)

En annen informant mente at ergoterapeuter ikke er tydelige nok på hva de kan tilby.

*.. jeg tror ikke vi er tøff nok eller tydelig nok til å stå frem som en sterk gruppe
.. jeg vet ikke om vi hver og en kanskje lever litt på våres egen lille tue. (G5)*

Man undret også på hvilke ord og begrep ergoterapeutene bruker, og hvilke begrep er det forventet at ergoterapeutene bruker. En informant sa det slik:

..men hva er det vi viser oss ut gjennom, hva er det vi snakker om, hva er det andre oppfatter at vi gjør .. hva slags ord bruker vi på det vi gjør. Har vi ord for det helsefremmende? (G1)

Informanten sa videre:

.. og (jeg) sier at vi må ikke gjemme oss bort med å jobbe med noen få veldig dårlige pasienter. Vi må .. ut og tenke helse for folket, for nå har vi snakket veldig mye om den enkelte sin helse .. men vi må ut og tenke helse for grupper med folk som trenger strategier og tiltak .. Og det er der vi kan synliggjøre faget. (G1)

Flere informanter trakk frem at aktivitet er et nøkkelbegrep i ergoterapi, og at begrepet må tydeliggjøres og synliggjøres bedre. En informant uttrykte seg slik:

..det å få en felles forståelse av hva som menes med aktivitet vil jo være .. med på å løfte det og ha det i fokus og at det faktisk fremmer helse. (G2)

I fokusgruppediskusjonene ble betydningen av å delta i det tverrfaglige samarbeidet og på den måten synliggjøre faget og kompetansen trukket frem. En informant fortalte at et av satsningsområdene på vedkommende sin arbeidsplass er økt tverrfaglig samarbeid.

Informantene mente at ergoterapeuter med sitt aktivitetssyn og fokus på brukernes interesser og mål har noe spesielt å tilby i det tverrfaglige samarbeidet, men at andre yrkesgrupper kanskje ikke oppfatter det. En informant sa det slik:

..aktivitetsbegrepet som er litt spesielt for oss som er (ergoterapeuter) .. lurte på om andre ikke helt skjønner hva det er. (G2)

En annen uttrykte det slik:

.. fokus på pasientens egne interesser .. hva de er opptatt av og hva de ønsker å drive videre med .. det er ting en kanskje aldri har hørt andre yrkesgrupper spørre om. (G3)

Veiledning og opplæring av samarbeidspartnere mente informantene også kan bidra til en synliggjøring av hva ergoterapeuter gjør og hva ergoterapeuter kan bidra med i det tverrfaglige samarbeidet.

Flere informanter reiste spørsmålet om det fra myndighetenes side ville bli større fokus på faggruppen dersom tjenesten ble lovpålagt, noe den ikke er i dag.

Informantene mente at blant annet helsepolitikk og myndighetenes kunnskaper er avgjørende for hvordan det satses på helsefremmende arbeid og hvem som får bidra.

En informant uttrykte det slik:

.. det er et problem at departementet .. hver ting de ser så skal løses, så sier de (at) helsesøstre gjør det. Men når tenker de ergoterapeuten gjør det? De skjønner ikke .. hva vi har av kompetanse.. (G1)

Roller og stillinger

Informantene var opptatt av nytenkning og mente at både synliggjøring, tydeliggjøring og utvikling av faget er helt nødvendig dersom ergoterapeuter skal komme seg inn på nye fagområder. Flere trakk frem at ergoterapeuter må vise i praksis hvilken kompetanse de har, og at det derfor er viktig at flere ergoterapeuter faktisk går inn på nye områder, både for å skaffe seg ny kompetanse og for å vise faget og kompetansen til befolkning og myndigheter.

Informantene mente at studentene lærer mye av ergoterapeutene i klinisk praksis når de er ute i praksis. I dag er det i følge informantene få ergoterapeuter som arbeider spesielt med helsefremmende arbeid, noe som gjør det vanskelig å finne praksisplasser og gode rollemodeller innen dette arbeidsområdet. En informant sa det slik:
..det er jo vanskelig å finne ergoterapeuter som driver med helsefremmende arbeid. (G1)

Ergoterapeutene kan i følge informantene inneha og utvikle mange forskjellige roller i sitt arbeid. Flere snakket om ergoterapeuten som veileder, som koordinator, som fagperson og som støtteperson. En informant sa dette om ergoterapi innen arbeidshelse:

..så trur jeg altså brukeren føler det å ha med seg en ergoterapeut på arbeidsplassen, det gir litt mer tyngde. At du har med deg en fagperson som liksom er ekspert på dette. (G4)

Noen informanter hadde tanker og meninger om at ergoterapeutene i fremtiden kunne ha et større fokus på helsefremmende arbeid som nettverksbygging og universell utforming, her uttrykt ved en informant:

..ergoterapeutene (kunne) gjort en kjempejobb med å prøve å etablere nettverk, hjelpe folk inn i et eller annet nettverksbyggende. (G4)

Informantene trakk frem at de er usikre på utviklingen fremover når det gjelder flere stillinger for ergoterapeuter, blant annet på grunn av den økonomiske situasjonen i mange kommuner. Flere ga uttrykk for at de er pessimistiske, og viser til at det ser ut til å være vanskelig for ergoterapeuter å få fast jobb.

Flere mente likevel at det er grunn til å tro at det vil være behov for flere stillinger for ergoterapeuter fremover. En informant var optimistisk og sa dette:

.. uansett vil det være et marked fremover, vi vil nok aldri bli arbeidsledige .. behovet for ergoterapeuter vil, tror jeg nok alltid vil være der. (G5)

Noen informanter mente at det ville bli større fokus på helsefremmende arbeid fremover og at det dermed vil bli flere stillinger for ergoterapeuter. Andre mente at det ville komme flere stillinger i kommunehelsetjenesten.

Informantene ga uttrykk for at nye stillinger kan bidra til at flere ergoterapeuter går inn på nye fagområder, som en informant sa:

..men hadde vi fått mange flere ergoterapeuter ansatt så klart da kunne vi gått inn på flere områder. (G4)

I fokusgruppediskusjonene ble det trukket frem at informantene hadde lite eller ingen erfaring fra egen praksis med arbeid som bidrar til helsefremmende arbeidsplasser, og det kom heller ikke frem mange utsagn om arbeidsplassen som fremtidig arena for ergoterapeuter. En informant sa imidlertid dette:

..jeg ser for meg (i fremtiden) et bein innenfor .. mer fokus på dette med arbeid .. og tilrettelegging og akseptering i arbeidslivet .. at det faktisk vil bli plass til mange flere (ergoterapeuter) i mange bedrifter, tror det vil tilføre bedriftene veldig mye. (G2)

Noen informanter nevnte også bedriftshelsetjeneste og NAV som fremtidig arena for flere ergoterapeuter enn i dag.

..jeg tror kanskje mer på at det (NAV) er en ny arbeidsplass enn utvidelse av kommunen, jeg tror at kommunen blir strammere og strammere faktisk. (G5)

6. Diskusjon

6.1 Resultatdiskusjon

Hensikt med studien har vært å sette fokus på ergoterapeuters meninger om egen kompetanse omkring helsefremmende arbeid, hvordan de i så fall anvender denne kompetansen i sitt daglige arbeid og hva de tenker om fremtidig helsefremmende ergoterapi. Videre har hensikt med studien vært å finne ut hvilken kompetanse ergoterapeuter har omkring helsefremmende arbeidsplasser samt deres oppfatninger av eget arbeidsmiljø som helsefremmende. De viktigste funnene viser at ergoterapeutene har et salutogent fokus og et helsefremmende arbeidssett med fokus på meningsfull aktivitet og brukermedvirkning. Videre viser funnene at de har kompetanse i helsefremmende arbeid og en god del erfaringsbasert kunnskap om helsefremmende arbeidsplasser, noe som til sammen gir dem god kompetanse til å bidra til å arbeide med helsefremmende arbeidsplasser. I studien kom det også frem at de i dag hovedsakelig er individfokuserende og arbeider mest på individnivå, mens helsefremmende arbeid også fokuserer på systemnivå og samfunnsnivå, noe som også ergoterapeuter bør gjøre.

Helsefremmende ergoterapi

Det salutogene fokus

Resultatene viser at ergoterapeutene i sin fagutøvelse har et salutogent fokus. Et

salutogent fokus utgår fra et holistisk syn på helse som fremgår av Ottawa Charter (1986) og som blant annet Antonovsky (2000) har beskrevet nærmere.

Det salutogene fokuset kan blant annet forstås ut fra deres aktivitetssyn. De er opptatt av folks hverdagsliv, og de snakker om at aktiviteter handler om å gi hverdagen innhold. Dette er i tråd med Ottawa Charter (1986) som sier at helse skapes der hvor folk er og at helse skal ses på som en ressurs i hverdagslivet. Når ergoterapeutene i fokusgruppediskusjonene forteller om hvordan de tilbyr og tilrettelegger aktiviteter til brukere, så er det grunnleggende at aktivitetene skal være meningsfulle for brukerne. Meningsfullheten defineres først og fremst ut fra brukernes forståelse og opplevelse av hva som er meningsfullt i deres hverdag. I følge Antonovsky handler salutogenese om et allment sett å forholde seg på som styrker eller fremmer helsen, noe som igjen får betydning for hvordan vi forholder oss i hverdagslivet og hvilke aktiviteter som vektlegges. Ergoterapeutene mener at det er de meningsfulle aktivitetene som fremmer helsen. Antonovsky snakker også om meningsfullhet og meningsfulle aktiviteter. I hans teori om OAS er meningsfullhet et sentralt begrep. Meningsfullhet handler i følge Antonovsky blant annet om å ha noe som engasjerer og som gir mening, og meningsfulle aktiviteter er de som gir utfordringer og engasjerer følelsesmessig. Dette synet er i tråd med aktivitetsvitenskap (Christiansen og Thownsend 2004) og virksomhetsteori (Borg et al 2003), som legger vekt på at det er gjennom de meningsfulle aktivitetene at mennesket får utfordringer og utvikler seg, noe som også gjenspeiler ergoterapeutenes syn på aktivitet når de i fokusgruppene snakker om sitt arbeid.

En annen side ved det salutogene fokuset som kom frem i fokusgruppene, handler om ergoterapeutenes brukerperspektiv som bygger på et gjensidig samarbeid mellom terapeut og bruker. Brukermedvirkning eller klientsentrert tilnærming ligger dypt forankret hos ergoterapeutene når de snakker om utøvelse av faget sitt. De mente at denne tilnærmingen er de opplært til allerede i utdanningen. Informantene fortalte at allerede som studenter erfarte de hvordan det er å være såkalt bruker i fokus. Blant annet deltok de som studenter aktivt i undervisningen og delte sine kunnskaper med lærerne. Lærerne i studien fortalte at ved å inspirere og oppmuntre studentene ønsker de blant annet å gi studentene opplevelse av mestring. Lærerne blir på den måten rollemodeller i klientsentrert tilnærming med studentene i fokus. Ergoterapeutene snakket også i fokusgruppene om hvordan de selv har fokus på og utøver brukermedvirkning i praksis og hvor viktig det er å trekke brukerne aktivt inn i egen behandlingsprosess. Ergoterapeutenes brukerperspektiv handler om myndiggjøring av brukere ved å skape aktiv deltakelse og innflytelse i eget liv, noe som igjen kan påvirke motivasjon for endring og bidra til å få økt kontroll over eget liv. Denne tankegangen er sentral innenfor helsefremmende arbeid. Myndiggjøring, eller empowerment, er et sentralt begrep i helsefremmende arbeid og handler i følge Ottawa Charter (1986) og Rootman et al (2001) om å legge til rette slik at individet eller samfunnet kan få egen kontroll over de faktorene som påvirker helsen. Den delen av myndiggjøring som dreier seg om individets kontroll, og som Gutiérrez (1990) beskriver, samsvarer med ergoterapeutenes forståelse av brukerperspektivet.

Deltakerperspektivet er også en del av det salutogene fokus. Dette perspektivet er sentralt for ergoterapeutene og kom tydelig frem i fokusgruppediskusjonene når de snakket om brukermedvirkning i praksis. Ergoterapeutene mente at brukerperspektivet og deltakerperspektivet henger nøye sammen og er gjensidig avhengige av hverandre. Aktiv deltakelse fra brukerne anså de som en forutsetning for brukermedvirkning, samtidig som de mente at brukermedvirkning legger til rette for aktiv deltakelse. Dette er i tråd med tenkning i helsefremmende arbeid i følge Ottawa Charter (1986) og Rootman et al (2001), som nettopp trekker frem at deltakelse handler om involvering av den eller de det gjelder.

Det salutogene fokus kommer også til syne ved at ergoterapeutene i fokusgruppene trakk frem at de er opptatt av at brukerne skal oppleve mestring i hverdagen. De fortalte blant annet om hvordan de kan bidra slik at den enkelte bruker så langt som mulig kan klare sine aktiviteter på egen hånd. Dette gjøres i følge informantene blant annet ved å ha fokus på brukers ressurser, ved å motivere til deltakelse, ved å ha fokus på brukers forståelse og ved å informere og legge til rette slik at bruker kan ha et bedre grunnlag for å mestre hverdagen. I følge Antonovsky (2000) handler salutogen orientering blant annet om mestring, og både personlige ressurser og ressurser i omgivelsene kan bidra til mestring. Mestring handler mye om å ha tilgang til ressurser, og ergoterapeutene kan her ses på som en ressurs i omgivelsene. Det kom frem i fokusgruppediskusjonene at de blant annet gir bruker informasjon, samtidig som de oppmuntrer og motiverer bruker til å finne sine egne ressurser. Dette kan også ses i lys av Antonovsky (2000) sin teori om OAS, hvor han mener at mestring avhenger av meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet. Ergoterapeutene kan bidra til brukers opplevelse av håndterbarhet ved å være en forutsigbar og tilgjengelig ressurs i miljøet. Ved blant annet å informere og legge til rette for mestring i hverdagen, slik det kom frem i fokusgruppene, kan de også bidra til brukers begripelighet, og ved å motivere til aktivitet ut fra brukernes ressurser og mål, bidra til at bruker har noe som engasjerer, noe som igjen bidrar til meningsfullhet.

Det salutogene fokus inneholder i stor grad ergoterapeutenes grunnleggende kompetanse i forhold til helsefremmende arbeid. Dette fokuset ser ut til å inneholde mye av tankegangen i helsefremmende arbeid i henhold til Ottawa Charter (1986), og det kan derfor antas at de har god kompetanse som kan brukes i helsefremmende arbeid.

Helsefremmende arbeidssett

Med utgangspunkt i det salutogene fokus beskrev ergoterapeutene i fokusgruppediskusjonene et helsefremmende arbeidssett. De viste ved den systematiske arbeidsmåten, eller ergoterapiprosessen, at det er et naturlig arbeidssett i deres praksis. Den systematiske arbeidsmåten utøves i følge ergoterapeutene på grunnlag av blant annet deres aktivitetsforståelse og bruker- og deltakerperspektiv og inngår i det naturlige arbeidssettet som de er opplært til allerede i utdanningen.

De mente videre at store deler av det arbeidet de gjør er helsefremmende for bruker, blant annet ved å ha fokus på brukers ressurser og legge til rette for at bruker kan bli selvhjulpne og oppleve mestring.

Ut fra ergoterapeutenes brukerperspektiv og aktivitetssyn som de fortalte om i fokusgruppediskusjonene og som blant annet vektlegger at det er en gjensidig påvirkning mellom individet og omgivelsene og at individet ikke kan forstås uten å ta hensyn til omgivelsene, kan det se ut som de arbeider ut fra både individuell myndiggjøring og systemorientert myndiggjøring (Ekeland og Heggen 2007). Samtidig beskrev de at de hovedsakelig arbeider med enkeltindivider og deres ønsker og mål, uten at det nødvendigvis skjer endring av strukturen i omgivelsene, og da arbeider de hovedsakelig ut fra individuell myndiggjøring (Ekeland og Heggen 2007).

Likhet og rettferdighet er en viktig forutsetning for helse. For å oppnå likhet og rettferdighet må blant annet ulikhet i helse reduseres og like ressurser og muligheter vektlegges (WHO 1986, Rootman et al 2001). For ergoterapeutene ser det ut til at dette hovedsakelig handler om retten til aktivitet (NETF 2009b) ved å legge til rette for meningsfull aktivitet for den enkelte bruker. Dette er en del av det Ottawa Charter (1986) kaller å legge til rette for utvikling av personlige ferdigheter.

Intersektorielt arbeid handler om samarbeid med relevante virksomhetsområder og sektorer, både offentlige, private og frivillige (Rootman et al 2001), og kan delvis relateres til noe av det samarbeidet som ergoterapeutene snakket om i fokusgruppene. Ut fra fokusgruppediskusjonene kan det se ut som dette samarbeidet hovedsakelig skjer omkring enkeltbrukere med yrkesgruppene innen helsesektoren og med ansatte i NAV. Multistrategisk arbeid handler i følge Rootman et al (2001) om å kombinere ulike tilnærminger for å få til samfunnsutvikling og endring. Det kom ikke frem av diskusjonene at ergoterapeutene i denne studien har fokus på multistrategisk arbeid.

Kompetanse på helsefremmende arbeid

Sammenfattet viser resultatene fra denne studien at ergoterapeutene har et individperspektiv i arbeidet sitt, og at de hovedsakelig bruker sitt salutogene fokus og sitt helsefremmende arbeidssett i det direkte arbeidet med hver enkelt bruker. De erverver seg mye erfaring og kunnskap om folks helse og levekår gjennom sitt arbeid som ergoterapeut i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Sammen med det salutogene fokus og helsefremmende arbeidssett skulle de derfor kunne bidra i betydelig grad i det helsefremmende arbeidet også på system- og samfunnsnivå, slik som ergoterapeutenes samfunnskontrakt (NETF 2008) legger føringer for.

Hva hindrer dem i dette? En forklaring kan være at individfokus styrer mye av arbeidet deres og er til hinder for helsefremmende tenkning og arbeid på system- og samfunnsnivå. Hvis det er tilfelle, kan man spørre seg om ergoterapeutene har en fagbakgrunn og opplæring som bidrar til at de hovedsakelig arbeider på individnivå.

Samtidig kom det frem av resultatene at studentene i løpet av utdanningen får kunnskap om helsefremmende teori og tenkning på systemnivå. Det kan selvfølgelig være slik at det helsefremmende fokuset på systemnivå i utdanningen er av nyere dato, og at de ergoterapeutene som har sin utdanning fra noen år tilbake ikke har fått denne kunnskapen. Når det i tillegg er få ergoterapeuter som engasjerer seg i det helsefremmende arbeid, spesielt på systemnivå, blir det også få rollemodeller for studentene innen dette feltet. For å få et større fokus på helsefremmende arbeid, er det i følge ergoterapeutene behov for flere stillinger for ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten. Dette synet støttes av NETF (2002), som mener at antall ergoterapeuter som har sin virksomhet innen folkehelse bør øke betraktelig.

En forklaring på at det er få ergoterapeuter som engasjerer seg i det helsefremmende arbeid på systemnivå kan også være at de ikke er interessert i å arbeide innen dette feltet. Resultatene i denne studien viser at ergoterapeutene er engasjert i sine brukere og at kontakten med hver enkelt bruker gir mening i arbeidet og betyr mye for deres trivsel. Det kommer derimot ikke frem av resultatene at ergoterapeutene i kommunehelsetjenesten planlegger å øke sitt fokus på helsefremmende arbeid på systemnivå, noe NETF (2002) mener at de bør, blant annet ved å tilrettelegge kultur og samfunn for alle.

En annen forklaring kan være at det i kommune- og spesialisthelsetjenesten er forventet at de har individfokus. For å få hjelp i spesialisthelsetjenesten må pasienten bli henvist fra kommunehelsetjenesten og ha behov for utredning eller behandling, noe som tilsier at det er nødvendig med fokus på den enkelte pasient. Dermed er det mulig at spesialisthelsetjenesten ikke den rette arena for ergoterapeutenes helsefremmende arbeid. Kommunehelsetjenesten skal i følge lovverket blant annet fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, noe som i stor grad handler om folks hverdagsliv. En slik målsetting gjør det nødvendig med arbeid på både individ-, gruppe- og samfunnsnivå og krever i følge Ottawa Charter (1986) et helhetlig syn på hva som påvirker helsen. Med ergoterapeutenes salutogene fokus og helsefremmende arbeidssett, slik det kom frem i fokusgruppediskusjonene, skulle det ligge til rette for helsefremmende ergoterapi på alle nivå i kommunehelsetjenesten. Likevel kan det være at ledelse og samarbeidspartnere forventer at ergoterapeutene kun har fokus på den enkelte bruker, kanskje fordi de ikke kjenner til deres kompetanse i helsefremmende arbeid.

I fokusgruppediskusjonene trakk ergoterapeutene frem at de er en liten faggruppe og at det derfor er behov for synliggjøring av deres fag og kompetanse, både blant folk flest, innen helsesektoren og hos myndighetene. Allerede i 2002 påpekte NETF overfor myndighetene at ergoterapeuter ikke blir benyttet optimalt og hensiktsmessig for å skape et helsefremmende og inkluderende samfunn (NETF 2002).

Ergoterapeutene mente også at de blant annet burde tydeliggjøre begrepsbruk for det helsefremmende arbeidet. En slik tydeliggjøring vil antagelig gjøre det lettere for dem å synliggjøre sin kompetanse på dette feltet. Det er også mulig at de ergoterapeutene som har vært praktikere i noen år, innehar en del erfaringsbasert kunnskap innen

helsefremmende arbeid slik Higgs (2005) beskriver, og at de ikke er bevisst sin egen kompetanse.

Er helsetjenesten feil arena for ergoterapeutenes helsefremmende arbeid? I følge Ottawa Charter (1986) er helse en ressurs i hverdagen, og det helsefremmende arbeidet er derfor ikke bare helsesektorens ansvar. Samtidig kan det med utgangspunkt i lovverket som styrer kommunehelsetjenesten forventes at yrkesgruppene innenfor helsesektoren engasjerer seg i det helsefremmende arbeidet, også på system- og samfunnsnivå.

Ergoterapi og arbeidshelse

I følge Higgs et al (2005) og Jamtvedt og Nortvedt (2008) har ergoterapeutenes egne erfaringer med helsefremmende arbeidsmiljø overføringsverdi og kan således brukes i arbeid med helsefremmende arbeidsplasser. Ergoterapeutene som deltok i fokusgruppene beskrev at de hadde mange gode helsefremmende erfaringer fra egne arbeidsplasser.

De beskrev at gode kollegaer som bryr seg om hverandre betydde mye for deres trivsel. Dette handler blant annet om sosial støtte fra kollegaer, noe som Karasek og Theorell (1990) mener er en viktig faktor for å skape trivsel. Sosial støtte fra kollegaer er i følge Theorell (2003) viktig for å kunne mestre kravene i arbeidet og bidrar til at ansatte ikke sykemelder seg. Dette støttes av Bauer og Odijk (2004) som fant at fokus på blant annet økt kollegial støtte bidrar til nærværskultur.

De trakk frem at når arbeidsoppgavene er interessante og meningsfulle, kan det gi inspirasjon og overskudd, noe som igjen øker trivsel og påvirker helsen. Dette støttes av Virksomhetsteori (Borg et al 2003) som mener at det er de meningsfulle aktivitetene, eller virksomhetene, som gir utfordringer og gjør at utvikling skjer, noe som igjen påvirker trivsel og helse. Antonovsky (2000) sier også at aktiviteter som engasjerer og som gir mening, kan gi positive utfordringer. Arbeidsdager med varierte og utfordrende oppgaver er også med på å gjøre arbeidet meningsfullt. Samtidig la de vekt på at det er viktig å oppleve at man strekker til. De mente blant annet at det er viktig at det er en balanse mellom utfordringer i arbeidet og tilgjengelige ressurser, både personlige og fra omgivelsene. Det handler om at de i praksis må vite hvilke arbeidsoppgaver som skal gjøres, at de har nok tid til oppgavene og at de har mulighet til å organisere arbeidsdagen sin selv.

Dette handler også om de krav omgivelsene stiller til ergoterapeutenes arbeid og graden av kontroll de har for å kunne håndtere kravene, noe modellen til Karasek og Theorell (1990) synliggjør. Modellen viser at ansatte som i sitt arbeid har høye krav til arbeidet samtidig som de har høy grad av egen kontroll, og som opplever en god balanse mellom krav og egen kontroll, ser ut til å ha lavt sykefravær. Ergoterapeutene i denne studien pekte på at når det blir ubalanse mellom krav og egen kontroll, for

eksempel ved at arbeidsdagen blir for variert og oppgavene blir for mange, så oppleves det stressende og ikke helsefremmende, som en ergoterapeut uttrykte det. Hvis stresset vedvarer kan det påvirke trivselen og føre til sykefravær. I følge Mæland (2005) viser undersøkelser at ansatte som trives dårlig på jobben, har dobbelt så mye fravær enn de som trives middels eller godt. Langvarig stress kan i følge flere studier også gi fysiologiske forandringer og endringer i adferd (Theorell 2003, Härma et al 2006).

I Siegrist sin modell (Theorell 2003) vektlegges både de ytre kravene som kommer fra omgivelsene, slik som i Karasek og Theorell sin modell, og de kravene man stiller til seg selv. Ergoterapeutene beskrev både de krav de stiller til seg selv, blant annet ved at de ønsker å gjøre en god faglig jobb, og de krav som kommer fra omgivelsene ved for eksempel utfordrende oppgaver. Antonovsky (2000) sin OAS har fokus på de indre kravene blant annet ved håndterbarhet som handler om den enkeltes oppfatning av hvilke ressurser man har i forhold til de kravene som stilles. Dette handler om den enkeltes motstandsressurser og som Shain og Kramer (2004) benevner som personlig helsepraksis eller personlige ressurser. I følge Antonovsky (2000) vil man føle at man kan gjøre noe selv dersom man opplever at man har ressurser til å håndtere kravene.

Ergoterapeutene trakk frem at ledelse har betydningen for både den enkelte og for arbeidsmiljøet. Shain og Kramer (2004) viser til at ledelsens valg og avgjørelser med hensyn til organisering av arbeidet har stor påvirkning på arbeidsmiljøet. Dette gjenspeiles i den norske Arbeidsmiljøloven (2005) som blant annet inneholder bestemmelser om ledelsens ansvar for å skape et forsvarlig arbeidsmiljø. Noe av dette handler i følge ergoterapeutene som deltok i denne studien om å legge til rette for en god dialog med de ansatte. En god dialog kan bidra til et åpent arbeidsmiljø med aktiv deltakelse og gjensidig utveksling av informasjon og meninger (Johnsson et al 2003). Ergoterapeutene trakk frem at det er viktig med ledere som er tilgjengelige, viser interesse og som følger opp sine ansatte. De mente også at det er viktig å bli verdsatt og få konstruktive tilbakemeldinger på det arbeidet de gjør. Det mente de kan gi grunnlag for trivsel og inspirere til utvikling. Dette kan forstås i lys av Siegrist sin modell som blant annet viser at det å få tilbakemelding eller belønning for det arbeidet man gjør, påvirker helsen (Siegrist 2005, Theorell 2003). Modellen peker på at ansattes anstrengelse må stå i forhold til den belønningen de får, og en viktig del av denne belønningen handler om det ergoterapeutene i denne studien benevner som verdsettelse og konstruktiv tilbakemelding fra leder. Dette er i tråd med både Luxembourg-deklarasjonen (1997/2007), som blant annet fokuserer på å stimulere til personlig utvikling for å fremme helse, og Johnsson et al (2003) som snakker om rådgivende lederskap. Det er også i tråd med tenkning i aktivitetsvitenskap, som er opptatt av at den enkeltes muligheter, ressurser og evner kan påvirke blant annet opplevd helse.

Ergoterapeutenes tanker og meninger om lederskap, som de uttrykte i fokusgruppediskusjonene, kan forstås slik at de ønsker at også lederskap skal utøves ut fra et salutogent fokus, med vekt på blant annet brukerperspektiv, som i denne sammenheng kan betegnes som ansatteperspektiv. Dette er i tråd med blant annet Hanson

(2004) og STAMI (2008) som mener at et lederskap med salutogent fokus kan bidra til myndiggjøring av ansatte, aktiv deltakelse med gjensidig samarbeid og dialog som viktige elementer.

Kompetanse på helsefremmende arbeidsplasser

Sammenfattet viser resultatene at ergoterapeutene i denne studien har kunnskap om og egne erfaringer med helsefremmende arbeidsplasser. Det er sannsynlig å tro at dette har sammenheng med deres salutogene fokus hvor de vektlegger helhetlig tenkning, brukermedvirkning og deltakelse. Det salutogene fokus er i tråd med WHO (2009b) sine retningslinjer for å utvikle og vedlikeholde helsefremmende arbeidsplasser, hvor nettopp begrep som helhetlig tenkning, deltakelse og empowerment vektlegges.

Med denne bakgrunn er det rimelig å kunne anta at ergoterapeutenes salutogene fokus, deres kunnskaper om helsefremmende arbeid, deres kunnskap og egne erfaringer med helsefremmende arbeidsplasser og det helsefremmende arbeidssettet de viser, skulle gi dem gode forutsetninger for å bidra til å skape helsefremmende arbeidsplasser.

Hvorfor er det da så få ergoterapeuter som engasjerer seg i å utvikle helsefremmende arbeidsplasser? Det kan være en mulighet at ergoterapeutene ikke er interessert i helsefremmende arbeidsplasser som arena av samme grunn som de kanskje ikke er interessert i helsefremmende arbeid på systemnivå. Det er også en mulig forklaring at de ikke bevisst på egne kunnskaper og erfaringer på dette feltet.

En annen forklaring kan være at fagbakgrunn og utdanning legger stor vekt på medisinsk kunnskap og sykdomslære knyttet til enkeltbrukere, og tilsvarende mindre fokus på folkehelsekunnskap knyttet til helsefremmende arbeid og arbeidshelse. Når det i tillegg innen feltet er få ergoterapeuter som kan være rollemodeller og praksisveiledere for studentene, kan det bidra til at få studenter får mulighet til å se arbeidsplassen som en helsefremmende arena i sitt fremtidige arbeid.

6.2 Metodediskusjon

Denne studien har fokus på ergoterapeuters kunnskaper og erfaringer, og forskningsspørsmålene etterspør ergoterapeuters meninger og synspunkter i forhold til egne kunnskaper og egen praksis. For å svare på forskningsspørsmålene anvendes derfor kvalitativ tilnærming. Kvalitativ forskning dreier seg nettopp om å innhente kunnskap om hvordan mennesker opplever ulike fenomen og fortolke denne informasjonen og få frem den betydningen som ergoterapeutene selv tillegger fenomenet, deres erfaringer og synspunkter (Johannessen et al 2006).

Fokusgruppediskusjoner er valgt som datainnsamlingsmetode. Metoden egner seg godt blant annet fordi forsker har mange åpne spørsmål og ønsker at informantene i diskusjon med andre utforsker egne meninger og tanker. En annen fordel med metoden er at diskusjonen i gruppen kan få frem mer informasjon enn ved individuelle intervju (Kitzinger 1995). Det innsamlede materialet er analysert ved kvalitativ innholdsanalyse. I følge Graneheim og Lundman (2004) brukes ofte kvalitativ innholdsanalyse når fokus skal være på subjekt og meningsinnhold.

Validitet

Validitet handler om hvorvidt man kan stole på at resultatene forteller om informantenes, i denne studien ergoterapeutenes, oppfattelse av kompetanse og erfaringer. Kontinuerlig under arbeidets gang er det diskutert med veileder, noe som har vært positivt for valideringen.

Ettersom forfatter av denne masteroppgaven fra før har god kjennskap til temaet, har det under hele prosessen vært viktig å være bevisst på egen forforståelse for å unngå informasjonsskjevhet. I følge Johannessen et al (2006) må forskeren under datainnsamlingen forsøke å forstå sitt eget tolkningsmønster. Mye kunnskap om temaet kan ha vært en fordel ved at de rette spørsmål er blitt stilt. Ulempen er at egen forforståelse kan påvirke datainnsamlingen og gi informasjonsskjevhet (Malterud 1996) Det hadde derfor vært en fordel ved metoden om det hadde vært en bisitter under fokusgruppediskusjonene, men det lot seg av praktiske grunner ikke gjøre. I følge Malterud (1996) kan moderators rolle være med på å påvirke gruppeprosessen, blant annet hvis vedkommende inntar en for aktiv eller for lite aktiv rolle. Moderator har hele tiden vært bevisst på å skulle bidra til et åpent og trygt gruppeklime, blant annet ved å være tydelig på rammer, egen rolle og hensikt med diskusjonen og ved å oppmuntre alle til å delta aktivt. Alle gruppediskusjonene ble gjennomført på informantenes arbeidsssteder, noe som sannsynligvis også har bidratt til trygghet.

Tre av gruppene besto av kollegaer på samme arbeidsplass, mens de to andre gruppene var satt sammen av informanter fra flere arbeidsplasser. Det er derfor mulig at forskjellig gruppesammensetning kan ha påvirket gruppeprosessen på ulike måter. Det kan være en fordel med grupper hvor informantene er kollegaer og kjenner hverandre godt. Slike grupper kan ha et trygt gruppeklime som gjør at informantene kan utfordre hverandre på det de sier, og at kollegaer kan relatere utsagn og kommentarer til felles hverdagshendelser (Kitzinger 1995). På den andre siden kan gruppenormer og kultur blant kollegaer gjøre at viktig informasjon ikke kommer frem og at materialet blir overflatisk. Grupper satt sammen av informanter som ikke kjenner hverandre fra før, kan føre til et mindre trygt gruppeklime. Det kan blant annet medføre at noen ikke sier så mye, mens andre kan snakke alt for mye. Imidlertid kan slike grupper også få frem ulike perspektiv fordi informantene kommer fra forskjellige miljøer med ulike hverdagsopplevelser (Kitzinger 1995).

Utvalget i denne studien er basert på leders initiativ overfor sine medarbeidere. Det kan derfor ikke utelukkes at informantene er spesielt plukket ut av leder, fordi leder mener at de har spesiell interesse eller kunnskap om temaet. Det kan dermed være en mulighet for at informantene ikke er representative for gruppen. Samtidig kan det være en fordel at de med interesse for fagutvikling og helsefremming har meldt seg, for de har noe å bidra med i gruppen. Ergoterapeuter som arbeider med arbeidshelse og helsefremmende arbeid ble ekskludert fra utvalget, fordi de kan regnes som spesialister på disse feltene og fordi det var ønskelig å snakke med ergoterapeuter i tradisjonelle stillinger. Likevel er det sannsynlig at disse ergoterapeutene kunne ha bidratt med viktig informasjon til studien ved å dele sine tanker og meninger om det å arbeide med helsefremmende ergoterapi.

I denne studien ble fokusgruppediskusjoner brukt for å samle inn data. Kunne andre metoder vært brukt? Individuelt intervju er en metode som er mye brukt i kvalitativ forskning. En fordel med individuelt intervju er at forsker har en aktiv rolle og kan stille oppfølgende spørsmål som kan gi mer dybde på informasjonen enn det som kommer frem i fokusgrupper (Kvale 2001). Ved å intervjuere ergoterapeuter er det mulig at det kunne kommet frem mer dybdeinformasjon om hva den enkelte tenker og mener. Samtidig er en av fordelene med fokusgrupper at samtale og interaksjon i gruppen kan føre til at det kommer frem mer informasjon enn ved enkeltintervjuer (Kvale 2001). Det kom ikke frem tydelig uenighet eller motstridende synspunkter i gruppene. Det kan muligens forklares ved at ingen ville komme frem med sin uenighet i gruppen. En annen mulig forklaring kan være at informantene har stor grad av enighet ved at de alle har spesiell interesse og/eller kunnskap om temaet. Det er også mulig at det ville kommet frem flere ulike synspunkter dersom gruppesamtalene hadde vart over lenger tid.

Forfatter av denne MPH-oppgaven har hatt hovedansvaret for analysearbeidet, med veileders validering av kategorier. Under hele analyseprosessen ble det gått frem og tilbake mellom lydopptak, transkribert materiale og analyse for å sikre at egen forståelse hele tiden stemte overens med det innsamlede materialet. Det ville vært en styrke for validiteten dersom en uavhengig person deltok i hele eller deler av analysearbeidet, for å sikre at analysen ivaretar informantenes tanker og meninger. Det var det dessverre ikke mulighet til i denne studien. Derimot er det søkt råd og veiledning hos veileder i løpet av analysen.

Å øke validiteten ytterligere kan gjøres ved å gi informantene mulighet til å vurdere forskerens tolkninger. På den andre siden kan det i kvalitative studier være vanskelig for den enkelte informant å ta stilling til resultater som analyseres frem fra gruppediskusjoner, blant annet fordi forsker hele veien i prosessen gjør tolkninger (Malterud 1996).

Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvorvidt denne studien er pålitelig og om nøyaktighet har

ligget til grunn gjennom hele prosessen. Vurdering av pålitelighet bygger på Kvale (2001) sine syv stadier i forskningsprosessen som er gjengitt i metodekapitlet tidligere i besvarelsen. I prosessen med fokusgruppediskusjoner, transkribering og analyse av materialet i denne studien er Kvalets krav til forskningsprosessen fulgt så nøye og samvittighetsfullt som mulig, noe som i følge Kvale (2001) styrker pålitelighet.

I fokusgruppediskusjonene har uklarheter i informantenes uttalelser blitt fulgt opp med spørsmål for å klargjøre utsagn. Likevel har sannsynligvis en del uklarheter ikke blitt fulgt opp, noe som kan skyldes forfatters manglende erfaring med fokusgruppediskusjoner. En bisitter ville kunnet bidratt til at flere uklarheter ble tatt tak i og oppklart. Det er derfor sannsynlig at det kunne vært stilt flere oppfølgingsspørsmål for å få frem enda bedre data.

Transkribering ble gjort av en annen person enn forfatter, men for å styrke reliabiliteten i det skriftlige materialet ble materialet lest samtidig som opptaket ble spilt.

Anvendbarhet og generaliserbarhet

Fordi utvalget av informanter er foretatt strategisk og fordi resultatene fra studien er informantenes uttrykte tanker og meninger, kan ikke resultatene generaliseres i statistisk mening. Generalisering ved kvalitative studier handler om at man får større og dypere forståelse for fenomenet (Kvale 2001). En fokusgruppediskusjon kan gi et bilde av det som er sosialt akseptabelt i en gruppe, og viser dermed kanskje ikke det som deltakerne virkelig tror eller mener. Det er også viktig å ta hensyn til at diskusjonen kun gir informasjon om det informantene sier at de gjør og ikke hva de gjør i praksis. Likevel kan det være grunn til å anta at andre ergoterapeuter kan ha lignende tanker og meninger om temaet og at det dermed kan trekkes noen slutninger med bakgrunn i resultatene.

7. Konklusjon

Studien viser at ergoterapeutene beskriver at de har et salutogent fokus og et helsefremmende arbeidssett, men at de i dag hovedsakelig arbeider på individnivå. Individfokuset deres er sterkt forankret i deres praksis og ser ut til å påvirke yrkesutøvelsen slik at de ikke bruker sin helsefremmende kompetanse på system- og samfunnsnivå i vesentlig grad. Samtidig uttrykte de at det er mye som tyder på at deres kompetanse er for lite kjent blant folk flest, samarbeidspartnere og hos myndighetene, og at den derfor ikke blir benyttet. De har også kunnskap om og egne erfaringer med helsefremmende arbeidsplasser, men det kommer ikke frem at de ser betydningen av å bidra med sin kompetanse til å utvikle helsefremmende arbeidsplasser. Noe av forklaringen

på dette kan være at de ikke er bevisst på egen kompetanse på helsefremmende arbeidsplasser.

8. anbefalinger

- Ergoterapeutenes kompetanse i helsefremmende arbeid på systemnivå bør tydeliggjøres allerede i utdanningen, slik at studentene forstår betydningen av å arbeide på systemnivå i det helsefremmende arbeidet.
- Fag og kompetanse bør tydeliggjøres i forhold til helsefremmende arbeid, og det vil være naturlig å bruke funnene i den videre kvalitetssikring av fagplan og undervisning ved ergoterapeututdanningen.
- Den erfaringsbaserte kunnskapen bør bevisstgjøres hos ergoterapeutene.
- NETF må fortsette med sitt fagpolitiske arbeid, slik at også politikere og myndigheter får oversikt over og kan ta i bruk ergoterapeutenes kompetanse.
- Funnene fra denne studien kan være et grunnlag for å skape debatt blant ergoterapeuter om deres nåværende og fremtidige rolle i det helsefremmende arbeid. Det kan på sikt forhåpentligvis føre til at flere ergoterapeuter engasjerer seg i helsefremmende arbeid også på systemnivå på ulike arenaer som for eksempel kommuner og i arbeidshelse. Slike debatter kan for ergoterapeutene også bidra til bevisstgjøring av egen kompetanse.
- Videre forskning kan være å foreta en kvantitativ spørreundersøkelse med alle ergoterapeutene i Norge som målgruppe, blant annet for å få en oversikt over hvilke arenaer og hva som gjøres av helsefremmende ergoterapi. Det kan også være aktuelt å gjøre feltstudier for å finne mer ut av hvordan helsefremmende ergoterapi utøves i praksis. Likedan kan myndigheter, fagforening og arbeidsgivere intervjues for å få innblikk i deres kunnskaper om ergoterapeuters kompetanse og deres syn på hvordan denne kompetansen kunne vært utnyttet bedre enn den er i dag.

9. Takk

Først og fremst vil jeg si takk til alle informantene som har gjort denne studien mulig og som til tross for travle arbeidsdager tok seg tid til å delta i fokusgruppene og bidra med kunnskaper, engasjement og interesse.

En stor takk til min veileder Karin Ringsberg ved NHV, som med imøtekommenhet, klokskap, kunnskaper og tro på prosjektet har fulgt meg gjennom hele prosessen og har gitt meg mye inspirasjon og støtte.

Takk til NHV for god service og villighet til å dele på all den gode kompetansen.

Takk til Høyskolen i Oslo for økonomisk støtte og for å ha lagt forholdene til rette.

Takk til min leder Mona Dahl ved Ergoterapeututdanningen for praktisk tilretteleg-

ging og støtte underveis. En takk også til gode kollegaer på Ergoterapeututdanningen som tålmodig har hørt på og tatt del i diskusjoner under studiens gang.
Takk til Norsk Ergoterapeut Forbund for økonomisk støtte til studien, og takk til Ingvild for hurtig og nøyaktig transkribering av fokusgruppediskusjonene.
Sist men ikke minst takk til familien for all omsorg, støtte og oppmuntring underveis.

Vedlegg

TEMAGUIDE TIL FOKUSGRUPPEDISKUSJONENE

Vedlegg 1

Forskningsspørsmål	Operasjonaliserte spørsmål
Innledningsspørsmål	• Hvis dere skulle drømme om den perfekte arbeidsplass, hvordan skulle den være? • Evt. oppfølgingsspørsmål Med utgangspunkt i egen arbeidsplass; hva er det som gir dere påfyll og glede? Hva er viktig for at man skal ha lyst til å gå på jobb og trives på jobben?
Hvilken kompetanse har de på helsefremmende arbeidsplasser?	• Hva kan ergoterapeuter bidra med for å utvikle eller skape helsefremmende arbeidsplasser? • Evt oppfølgingsspørsmål - Hva fremmer god helse? - Betydningen av å oppleve mestring - Arbeid som aktivitet og deltakelse - Fokus på positive ressurser - Sammenheng mellom aktivitet, helse og livskvalitet? - Retten til helsefremmende og meningsfull aktivitet
Hvilken kompetanse mener ergoterapeuter selv at de har om helsefremmende arbeid, og hvordan anvender de denne kompetansen i sitt daglige arbeid?	• Hva mener dere ergoterapeuter har av kunnskaper om helsefremmende arbeid? • Hvordan bruker dere kompetansen i det daglige arbeid? • Evt oppfølgingsspørsmål ○ Hva fremmer god helse? ○ Betydningen av å oppleve mestring ○ (Arbeid som) aktivitet og deltakelse ○ Fokus på positive ressurser ○ Sammenheng mellom aktivitet, helse og livskvalitet?
Avslutningsspørsmål	• Hvor er ergoterapifaget og ergoterapeutene om 10 år, med tanke på helsefremmende arbeid?

10. Referenser

- Acheson report 1988, *Public health in England: the report of the committee of inquiry into the future development of the public health function*. London: Her Majesty's Stationary Office.
- AID 2008, Arbeids- og Inkluderingsdepartementet, [Elektronisk]
http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/pressecenter/pressemeldinger/2008/Syk_meldte-fikk-raskere-hjelp-i-2007.html?id=498415 [29/1-08]
- Antonovsky, Aa. 2000, *Helbredets mysterium; at tåle stress og forblive rask*, Hans Reitzels Forlag, Danmark.
- Arbeids- og Inkluderingsdepartementet 2005, Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (Arbeidsmiljøloven), LOV 2005-06-17 nr 62, Norge.
- Arbeidstilsynet 2007, Norge, [Elektronisk]
<http://www.arbeidstilsynet.no/c26976/faktaside/vis.html?tid=28247> (6/11-07)
- Barcelona-deklarasjonen 2002, on Developing good Workplace Health Practice in Europe, [Elektronisk]
http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/declaration_englisch_a3.pdf [6/11-07]
- Bauer, M.N. & Odijk, J. 2004, "Nærværarbeid i Statoil Forpleining", *Tidsskrift for den norske Lægeforening* nr 20, 2004; 124:2630-2.
- Borg, T., Runge, U. & Tjørnov, J. 2003, *Basisbog i ergoterapi*, 1.utg, Munksgaard Danmark, København.
- Christiansen, C.H. & Townsend, E.A. 2004, *Introduction to occupation. The art and science of living*, Prentice Hall, New Jersey.
- Ekeland, T-J. & Heggen, K. 2007, *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eklund, L., Regber, S., Torp, S., Ringsberg, K., Thorpenberg, S. 2008, Abstract; Workplace health promotion in the Nordic countries – A review of literature 1986-2008. Abstractet ble lagt frem som en poster ved en konferanse IUHPH European Conference on Health Education in Turin 2008.
- Eller, N.H., Netterstrøm, B., Gyntelberg, F., Kristensen, T.S., Nielsen, F., Steptoe, A., Theorell, T. 2009, "Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease:a systematic review", *Cardiology Rev.* 2009 Mar-Apr;17(2):83-97.

- ENWHP 2008, European Network for workplace health promotion, [Elektronisk] <http://www.enwhp.org/index.php?id=4> [5/3-08]
- Eriksson, M. 2007, Unravelling the mystery of health; how people manage stress and stay well, Doktoravhandling, Åbo Akademi, Vasa, Finland.
- Forskningsrådet 2007, Årsaker til utstøting og sykefravær i arbeidslivet. Rapport fra Planutvalget.
- Fortmeyer, S. 2005, Aktivitet, virksomhed og mening i livet, I: *Aktivitetsvitenskap i et nordisk perspektiv*, eds Bendixen, H.J., Borg T., Pedersen E.F., Altenborg U. (red). 2005, FADL's Forlag, København, pp 183-197.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2004, "Qualitative content analysis in nursing research; concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness", *Nurse Education today*, vol. 24, no. 2, pp105-112.
- Gutiérrez, L.M. (1990), "Working with Women of Color: An Empowerment Perspective", *Social WORK* 35(2):149-153.
- Hanson, A. 2004, *Hälsopromotion i arbetslivet*, Studentlitteratur, Malmö.
- Härma, M., Kompier, M.A.J. & Vahtera, J. 2006, "Work-related stress and health – risks, mechanisms and countermeasures", *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*;32(6):413-419.
- HefA 2008. Helsefremmende Arbeidsplasser, [Elektronisk] <http://www.hefa.no> [5/3-08]
- Higgs, J., Jones, M. & Edwards, I. 2005, "Clinical reasoning and practice knowledge". I: *Developing practice knowledge for health professionals*, ed Higgs, J., Richardson, B., Dahlgren, M.A. (red). Oxford:Elsevier.
- Hjort, P. 1994, Om samsykdommene, I: *Helse for alle! Foredrag og artikler*, Utredningsrapport nr. U1 - 1994. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 75 – 85.
- Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich Heine Universität Düsseldorf [Elektronisk] http://www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology/Effort-reward_imbalance_at_wor.112.0.html [5/3-09].
- Jamtvedt, G. & Nortvedt, M.W. 2008, "Kunnskapsbasert ergoterapi – et bidrag til bedre praksis", *Ergoterapeuten* nr.1-2008; 10-18.
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Kristoffersen, L. 2006, *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, 3.utg, Abstrakt Forlag, Oslo.

- Johnsson, J., Lugn, A. & Rexed, B. 2003, *Langtidsfrisk. Slik skapes helse, effektivitet og lønnsomhet*, Genesis, Oslo.
- Karasek, R. & Theorell, T. 1990, *Healthy work; Stress, productivity and the reconstruction of healthy life*, New York Basic Books.
- Kitzinger, J. 1995, "Qualitative research; introducing focus groups", *British Medical Journal*, vol. 311, no. 7000, pp. 299-302.
- Kvale, S. 2001, *Det kvalitative forskningsintervju*, Gyldendal Norsk Forlag.
- Labonte, R. (1994), "Health Promotion and Empowerment: Reflexions om Professional Practice", *Health Education Quarterly*, 21(2), 253-268
- Larsen A.K. 2007, *En enklere metode*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. 1978, "Stress-related transactions between person and Environment". I: *Perspectives in International Psychology*, Pervin, L.A. og Lewis, M. (eds), pp 287-327. Plenum, New York.
- Lillestrøm-erklæringen 2002. [Elektronisk]
http://www.stamiweber.no/hefa/Lille_erklar.htm [5/5-09]
- Luxembourg-deklarasjonen 1997/2007, on Workplace Health promotion in the European Union, [Elektronisk] <http://www.enwhp.org/index.php?id=29> [6/11-07]
- Magnusson Hansson, L.L., Theorell, T., Oxenstierna, G., Hyde, M., Westerlund, H. 2008, "Demand, control and social climate as predictors of emotional exhaustion symptoms in working Swedish men and women", *Scandinavian Journal of Public Health*, Sep;36(7):737-43.
- Malterud, K. 1996, *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Tano Aschehoug, Oslo.
- Meyer, A. 1922, "The Philosophy of Occupational Therapy", *Arch. Occupational Therapy* 1:1-10, 1922. Reprinted *American Journal of Occupational Therapy* Vol 31, No 10, 1977, s.639-642.
- Mæland, J.G. 2005, *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*, 2.utg, Universitetsforlaget, Oslo.
- NAV 2009, Arbeids- og velferdsforvaltningen i Norge [Elektronisk]
<http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Uf%C3%B8re+ytelser/Uf%C3%B8re+ytelser+samlet> [5/5-09]

- Ness, N.E., 2002, Ergoterapifagets aktivitetsperspektiv – et historisk blikk på ideer som påvirker faget. *Ergoterapeuten* nr 10-2002.
- NETF 2002, Norsk Ergoterapeut Forbund, [Elektronisk]
<http://ergo.nxc.no/Netf/Politikk-og-paavirkning/Dette-mener-NETF-om/Folkehelse> [5/5-09]
- NETF 2008, Norsk Ergoterapeut Forbund, [Elektronisk]
<http://www.netf.no/ergoterapi/samfunnskontrakt.htm> [19/2-08]
- NETF 2009a, Norsk Ergoterapeut Forbund.
- NETF 2009b, Norsk Ergoterapeut Forbund, [Elektronisk]
<http://www.netf.no/Netf/Fag-og-yrkesutoevelse/Fagprofil/Grunnsyn> [29/4-09]
- NETF 2009c, Norsk Ergoterapeut Forbund, [Elektronisk]
<http://www.netf.no/Netf/Fag-og-yrkesutoevelse/Spesialist-og-veiledergodkjenning>
- Nordenfelt, L. 1991, *Livskvalitet och Hälsa. Teori och kritik*. Almquist & Wiksell Förlag AB, Stockholm.
- Regjeringen 2006, [elektronisk]
http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/velferdspolitik/inkluderende_arbeidsliv.html?id=947 [23/01-10]
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., Mc Queen, D.V., Potvin, L., Springett, J. & Ziglio, E. 2001, Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications European Series No 92, 2001.
- Shain, E. & Kramer, D.M. 2004, “Health Promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence”, *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 61, no. 7, pp 643-8, 585.
- Siegrist, J., 2005, “Social reciprocity and health: new scientific evidence and policy Implications”, *Psychoneuroendocrinology*. 2005 Nov;30(10):1033-8.
- STAMI 2008, Statens Arbeidsmiljøinstitutt, [Elektronisk] <http://www.stami.no/> [4/3-08]
- Tengland, P.A., 2007, “Empowerment: A goal or means for health promotion?” *Medicine, Helth Care and Philosophy* (2007) 10:197-207.
- Theorell, T. (red.) 2003, *Psykososial miljø och stress*, Studentlitteratur, Sverige.
- Utdannings- og Forskningsdepartementet 2004, Rammeplan for

Ergoterapeututdanning (i Norge), fastsatt 1.juli 2004 av Utdannings- og forskningsdepartementet. [elektronisk]
http://www.regjeringen.no/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215875-rammeplan_ergoterapeut_23.juni.pdf [19/2-09]

WHO 1986, Ottawa Charter [Elektronisk]
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2 [19/2-06]

WHO 2009a, Verdens Helseorganisasjon, [Elektronisk] <http://www.who.int/en/>
[5/3-09]

WHO 2009b, WHO regional guidelines for the development of healthy workplaces, [elektronisk]
http://www.who.int/occupational_health/publications/wproguidelines/en/index.html [5/3-09]

