

**Ergoterapeuters
yrkesutøvelse og
rolleutvidelse i
kommunehelsetjenesten**

Hanne Tuntland

**Hovedfagsoppgave til helsefag hovedfag
Universitetet i Oslo, Det Medisinske
fakultet,
Seksjon for hovedfag i helsefag
Vår 1998**

Forord

Arbeidet med denne hovedfagsoppgaven har vært mer engasjerende enn jeg hadde forventet på forhånd, fordi i motsetning til sosialt samvær og samarbeid i student- og arbeidslivet forøvrig, er det å skrive en hovedfagsoppgave som denne et høyst individuelt og ensomt arbeid. Jeg har heldigvis ikke arbeidet i fullstendig isolasjon. Det har vært en del personer som har hjulpet meg underveis og jeg ønsker å takke dem alle.

Først og fremst vil jeg takke alle kommuneergoterapeuter som sa seg villige til å være med i denne undersøkelsen. Uten deres velvilje, ville ikke denne oppgaven blitt til.

Jeg vil også takke min gode og pålitelige veileder, stipendiat og fysioterapeut Eline Thornquist, tilknyttet Institutt for Allmenntilleggsmedisin ved Universitetet i Oslo. Hennes innsiktsfulle og grundige veiledning har vært svært betydningsfull. Jeg vil også takke Grete Alve, ergoterapeut og høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo, som har lest og kommentert oppgaven.

Jeg har fått mye hjelp av bibliotekjentesten ved de høgskolene jeg har vært tilknyttet. En takk til dere, spesielt til Gunhild Austrheim.

Det er også på sin plass å takke Norsk Ergoterapeutforbund som gjennom sitt fagutviklingsfond har støttet meg økonomisk.

Videre vil jeg takke familiemedlemmer som har lest korrektur på manuskriptet. Ikke minst vil jeg takke min mann Jan Richard. Han har vært min nærmeste støttespiller og diskusjonspartner i denne tiden og har kommet med kommentarer som har bidratt til innholdsmessige forbedringer.

Øvstun, 14.05.98

Hanne Tuntland

Sammendrag

Dette er en hovedfagsoppgave i Helsefag. Oppgavens problemstilling er tredelt:

- Hvilke arbeidsoppgaver har kommuneergoterapeuten og hva er det som særpreger yrkesrollen?
- Hvordan utvider kommuneergoterapeuten sin yrkesrolle?
- Hvilke forhold er det som påvirker hvilke arbeidsoppgaver ergoterapeuten har og hvilken mulighet hun har til rolle- og domeneutvidelse?

Bakgrunnen for studien er at yrkesrollen som kommuneergoterapeut er lite beskrevet i litteraturen. Det som er beskrevet er en rolle med noe magert innhold, i den forstand at det kan synes som om alle kommuneergoterapeuter har de samme arbeidsoppgaver og brukergrupper. Jeg ønsket derfor å undersøke om denne antagelsen stemte og å undersøke i hvilken grad og hvordan ergoterapeuten går frem for å utvide rollens innhold. Videre ønsket jeg å se på hvilke forhold som på et mer overordnet nivå var med og påvirket dette. Implisitt i dette ligger en antagelse om at det er behov for å utvide rollens innhold.

Som teoretisk ramme for oppgaven presenteres ulike betrakningsmåter bl.a norm- og rolleperspektivet, valgperspektivet og Abbotts teori om profesjonssystemet (1988). Dette ut fra et syn om at ergoterapeuters yrkesutøvelse og spesielt rolleutvidelse må forklares ut fra flere perspektiv.

Empirisk tilnærming til problemstillingen er utført gjennom kvalitative intervju med 10 kommuneergoterapeuter i 9 kommuner/bydeler i et fylke på Vestlandet. Analysemetoden som er benyttet er en pragmatisk blandingsprosedyre modifisert etter Giorgis fenomenologiske analyse.

I resultat- og analysedelen viser jeg bredden av de arbeidsoppgaver kommuneergoterapeuten har og noen av særtrekkene ved yrkesrollen og ser dette opp mot funn andre har gjort. Yrkesrollen er mer differensiert enn antatt, både på grunn av en differensiering i arbeidsoppgaver og brukergrupper, og på grunn av variasjoner i ergoterapeutens personlige stil. Jeg viser også hvordan ergoterapeuten utvider rollen sin og hvordan ergoterapitjenesten utvikles mot en mer etablert posisjon i kommunehelsetjenesten. Ergoterapeuten har stor handlingsfrihet og vide rammebetingelser fra organisasjonens side. Henvisningenes innhold og omfang er

imidlertid de faktorer som i størst grad begrenser ergoterapeutens handlingsfrihet og mulighet til å utvikle rollen. Utvikling av ergoterapitjenesten i en mer differensiert retning er imidlertid prisgitt at kommunen prioriterer opprettelse av nye av stillinger.

Ergoterapeutens rolleutvidelser er ofte vertikale og innebærer en differensiering innenfor bestående oppgaver som både er ledige og har lav status. Kampen mellom profesjonene står om oppgaver som har høy status. Ergoterapeutens arbeidsoppgaver er på noen områder lite attraktive for andre profesjoner på grunn av sin lave status. Dette medfører at ergoterapeuten får arbeide i fred og det kan forklare hennes store handlingsfrihet i kommunehelsetjenesten.

Nøkkelord: Kommunehelsetjeneste, kommuneergoterapi, ergoterapeut, yrkesutøvelse, rolleutvidelse, yrkesrolle, arbeidsoppgaver.

INNHOOLD

Forord	x
Sammendrag	xx
1. INNLEDNING	
1.1 Bakgrunnen for undersøkelsen	1
1.2 Egen erfaring og bakgrunn	2
1.3 Begrepsavklaring	3
1.4 Presisering av problemstilling	4
1.5 Oppbygging av oppgaven	5
2. KOMMUNEERGOTERAPI OG KOMMUNEERGOTERAPEUTER	
2.1 Ergoterapeuter og ergoterapifaget	7
2.2 Utvikling av kommuneergoterapi i Norge	9
2.3 Overordnede politiske prioriteringer om kommuneergoterapi	12
2.4 Litteraturgjennomgang kommuneergoterapi	14
2.4.1 Tidligere studier om kommuneergoterapi	14
2.4.2 Kommuneergoterapeutens yrkesrolle og arbeidsoppgaver	15
3. TEORETISKE PERSPEKTIVER	
3.1 Norm- og rolleperspektivet	20
3.2 Valgperspektivet	21
3.3 Profesjonssystemteori	23
3.4 Tre ulike typer forklaringer på menneskelig handling	25
3.5 Påvirkning på yrkesrollen	26
3.6 Drøfting av perspektivene	28
4. METODE	
4.1 Valg av kvalitativ forskningstradisjon	30
4.2 Valg av metodologi	31
4.3 Metode for datainnsamling	31
4.4 Valg av informanter	32
4.5 Forberedelser før intervjuundersøkelsen	34
4.5.1 Forberedelser av teoretisk, kognitiv og praktisk art	34
4.5.2 Etske og juridiske forhold	34
4.6 Utvikling av intervjuguide og erfaringer fra prøveintervju	35
4.7 Gjennomføring og erfaringer fra intervjuundersøkelsen	36
4.8 Analyseprosessen	38
4.8.1 Metodisk utgangspunkt for analyseprosessen	38
4.8.2 Beskrivelse av analyseprosessen	39
4.9 Ivaretagelse av reliabilitet og validitet	41
4.10 Styrke og svakhet ved metode	42

5.	RESULTATER	
5.1	Presentasjon av utvalget	45
5.2	Kommuneergoterapeutens arbeidsoppgaver og yrkesrolle	45
	5.2.1 Tilrettelegging	47
	5.2.1.1 Organisatorisk/psykologisk tilrettelegging	47
	5.2.1.2 Fysisk tilrettelegging	50
	5.2.1.3 Tilrettelegging av egen arbeidssituasjon	52
	5.2.2 Forskjeller mellom ergoterapeut i somatikk og ergoterapeut i psykiatri	56
	5.2.2.1 Ulik arena og ulikt fokus	56
	5.2.2.2 Ulike arbeidsoppgaver	58
	5.2.2.3 Ulik tenkning	59
	5.2.2.4 Konklusjon	59
	5.2.3 Trening	60
	5.2.4 Brukerne	62
	5.2.5 Henvisninger	63
	5.2.6 Særtrekk ved yrkesrollen	64
	5.2.7 Noen utfordringer nye og erfarne kommuneergoterapeuter står overfor	67
5.3	Kommuneergoterapeutens rolleutvidelse	69
	5.3.1 Forventninger til kommuneergoterapeuten	69
	5.3.2 Rolle- og domeneutvidelse	70
	5.3.3 Faser i etablering av kommunal ergoterapitjeneste	75
5.4	Profesjoner, arbeidsfordeling og organisasjon	79
	5.4.1 Arbeidsfordeling mellom profesjonene	79
	5.4.2 Ergoterapeutens handlingsfrihet	81
	5.4.3 Organisasjonens påvirkning på ergoterapeutens yrkesutøvelse	83
	5.4.4 Betydning av organisatorisk tilknytning	84
6.	DISKUSJON AV RESULTATER	
6.1	Problematisering av noen av resultatene	86
	6.1.1 Tilrettelegging	87
	6.1.2 Differensiering av yrkesrollen	88
	Statisk versus dynamisk yrkesrolle	89
	6.1.4 Faser i utvikling av kommunal ergoterapitjeneste	90
	6.1.5 Noen kritiske bemerkninger til den somatiske ergoterapeutens yrkespraksis	91
6.2	Vurdering av resultater i lys av teori	94
	6.2.1 Profesjonssystemteori	95
	6.2.2 Drøfting av ergoterapeuters rolleutvidelse	99
6.3	Vurdering av resultatenes validitet, generaliserbarhet og originalitet	100
	6.3.1 Validitet	100
	6.3.2 Generaliserbarhet	101
	6.3.3 Originalitet	102
7.	AVSLUTNING	
7.1	Sammenfatning	103
	LITTERATURLISTE	107
	OVERSIKT OVER VEDLEGG	112

Den som har begge beina på jorden, står stille.

Tor Åge Bringsværd

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunnen for undersøkelsen

Temaet for denne hovedfagsoppgaven er kommuneergoterapeuters arbeidsoppgaver og yrkesrolle. Kommuneergoterapeuter har i lengre tid vært kritisert innenfor ergoterapeutgruppen, kanskje spesielt av ergoterapeuter som ikke arbeider innen samme arena selv. Kritikken har gått ut på at kommuneergoterapeutene er for tradisjonsbundne i valg av arbeidsoppgaver og i prioritering av målgrupper. Implisitt i denne kritikken ligger et syn på kommuneergoterapeuter som en gruppe som til stadighet reproducerer sin yrkesutøvelse. Det har blitt dokumentert at boligtilrettelegging, hjelpemiddelformidling og ADL-trening¹ er de arbeidsoppgaver kommuneergoterapeuter holder på med fremfor noen (Ytrehus 1994). Videre er det blitt kritisert at tilbudet har fått en slagside mot eldre befolkningsgrupper (Liabø 1995:31) og mot brukere med somatiske lidelser (Tuntland 1996:32). Jeg har selv vært talskvinne for denne kritikken. Jeg hevdet (ibid:33) blant annet at kommuneergoterapeutrollen utøves med lite variasjon og at det følgelig er behov for differensiering, større mangfold og videreutvikling av ergoterapeutrollen i kommunehelsetjenesten.

Kommuneergoterapeutrollen er tilsynelatende preget av noen interessante paradokser. For det første er det et paradoks dersom det stemmer, at selv om ergoterapeuter er faglige selvstendige og til en viss grad selv kan bestemme arbeidsoppgaver og brukergrupper, så arbeider likevel de fleste ergoterapeuter med de samme oppgavene. Det andre paradokset er, et manglende samsvar mellom ergoterapeutens brede kompetanse fra utdanningens side, og det smale repertoar av arbeidsoppgaver kommuneergoterapeuten i realiteten utfører. Disse paradoksene har stimulert meg til ønsket om å undersøke dette nærmere.

Som nevnt overfor hevdet jeg at kommuneergoterapeutrollen var preget av lite variasjon. I selvkritisk lys i ettertid har jeg reflektert ytterligere rundt dette og fundert på om det var en for hastig generalisering fra min side. Spørsmål jeg har stilt meg er:

- Stemmer det virkelig at kommuneergoterapeuter arbeider så likt?
- Hvilke muligheter har ergoterapeuten til selv å endre sin yrkesrolle?
- Er det virkelig nødvendig å fornye yrkesrollen?

Slike tanker stimulerte meg videre i mitt ønske om å utforske dette feltet nærmere. Det lot seg gjøre ved at jeg benyttet dette som tema for min hovedfagsoppgave. Denne

¹ ADL står for aktiviteter i dagliglivet (Activities of Daily Living). ADL-trening betyr trening i dagliglivets gjøremål, f.eks i påkledning, spising og matlaging. Det er vanlig å inndele ADL i P-ADL (primær-ADL; personlig hygiene, av- og påkledning, spising, toalettbesøk osv.) og I-ADL (instrumentell-ADL; matlaging, handling, rengjøring osv.).

oppgaven handler om de resultatene jeg fant i min empiriske undersøkelse av kommuneergoterapeutens yrkesrolle og yrkesutøvelse. Hovedfagsoppgaven er først og fremst av deskriptiv karakter. Det empiriske materialet er basert på kvalitative intervju med kommuneergoterapeuter i et fylke på Vestlandet. I tillegg er oppgaven basert på gjennomgang av tilgjengelig litteratur om kommuneergoterapi.

Ergoterapi er et relativt nytt fag i Norge. Det er følgelig fremdeles få ergoterapeuter som har vitenskapelig kompetanse². Det har av den grunn vært foretatt svært lite forskning på egen yrkesgruppe. Da ergoterapifaget fremdeles er lite i helsetjenestesammenheng, har heller ikke andre fagfelt tatt interesse for å forske på yrkesgruppen. Faget har heller ikke hatt sterke talerør hos sentrale helsemyndigheter og på universitetene som f.eks sykepleierne har hatt (Bjørlo 1996:8). Dette har sannsynligvis også hatt virkninger for forskningen om velferdsstatens yrker. I svært mange fremstillinger av disse yrkene, er ergoterapiyrket ikke omtalt. Kommuneergoterapi og kommuneergoterapeutrollen er følgelig et relativt utforsket område (ibid). Hensikten med min studie er å bidra til å øke kunnskapsbasen om kommuneergoterapeuter i Norge. Jeg vil tro at det å få ny innsikt i yrkesrollen, vil være svært interessant for yrkesgruppen som helhet. Jeg tror imidlertid at det kan trekkes paralleller til andre helsefaggrupper og at temaet følgelig vil ha interesse utover egne rekker.

1.2 Egen erfaring og bakgrunn

Jeg har nærmet meg problemområdet både som tidligere fagutøver i helsesektoren og nå som hovedfagsstudent i helsefag. Min egen bakgrunn har vært av avgjørende betydning for valg av tema og problemstilling. Jeg er selv ergoterapeut og har arbeidet et par år i kommunehelsetjenesten, både innenfor og utenfor institusjon. Det at jeg er ergoterapeut, ser jeg hovedsakelig på som en styrke (se forøvrig kapittel 4.10). De siste årene har jeg arbeidet i en annen sektor, høgskolesektoren. Jeg har imidlertid som høgskolelærer hatt forbindelse med kommuneergoterapeuter i flere deler av landet. Som høgskolelærer har jeg i tillegg hatt faglig interesse for dette området. Jeg har derfor både faglig og personlig hatt nærhet til feltet.

Siden jeg tidligere har vært representant for kritikken mot kommuneergoterapeutrollen, har jeg måttet reflektere over min forståelse når det gjelder kommuneergoterapeuter. Mine fordommer gikk ut på at ergoterapeutene var en gruppe som i beskjeden grad var preget av faglig fornyelse og endring i arbeidsinnhold. Faren lå dermed i at jeg gikk ut i feltet for å få bekreftet mine fordommer, for en vanlig fallgrube er å la førforståelsen overdøve den kunnskapen som det empiriske materialet kunne ha levert (Malterud 1996:44). Jeg har blitt bevisst disse fordommene, slik at jeg kunne sette dem til side

²Et røft anslag tilsier at det er ca. 30 ergoterapeuter med hovedfag i Norge. Det finnes ingen ergoterapeuter med doktorgrad basert på forskning innenfor eget fagområde.

under datainnsamlingen og bearbeidelsen av datamaterialet. Spesielt var det den litt indignerte følelsen over at kommuneergoterapeutene var lite dynamiske i form av endringsorientering, som jeg har arbeidet med i starten av studien.

1.3 Begrepsavklaring

I denne undersøkelsen tar jeg som nevnt utgangspunkt i kommuneergoterapeutens yrkesutøvelse og yrkesrolle. Jeg fokuserer på yrkesrollens innhold og utviklingsprosess. Innledningsvis vil jeg derfor avklare hva jeg mener med noen av de mest sentrale begrepene i oppgaven. Jeg har prøvd å avgrense og avklare begrepene, snarere enn å komme med en presis definisjon av dem.

Rolle er et sentralt begrep i denne oppgaven. En mye brukt definisjon av rolle er at det er summen av de forventninger og normer som er knyttet til en stilling eller posisjon (Aubert 1981). Denne definisjonen duser til mitt bruk. Det finnes ulike syn på hvilke muligheter en person har til å handle og overskride en rolle. Parsons rollebegrep er blitt kritisert for at det i for stor grad legger vekt på særtrekk som går igjen på tvers av situasjoner og at rollene blir antatt å være fullstendig internaliserte uten mulighet for overskridelse (Kaale 1995:22). Det finnes imidlertid en annen tradisjon som hevder at rolleinnhaveren spiller en mer aktiv rolle (se Goffman 1974). Slik Goffman ser det ligger rollen i mindre grad ferdig på forhånd, men oppstår i en prosess skapt gjennom forhandling. I denne prosessen er det viktig hvordan situasjonen defineres. For å kunne se at rollen kan overskrides til en viss grad, må mennesket ha avstand til rollen. Etter min vurdering griper Goffman fatt i, mer enn klassisk rolleteori, den dynamiske prosessen rolleutvidelse er. Mitt rollebegrep er derfor mer i overensstemmelse med hans.

Rolleutforming er slik jeg ser det hvordan man setter sitt individuelle preg på rollen i vid forstand. Rolleutforming er et mer overordnet begrep som blant annet innbefatter rolleutvidelse. Da begrepet etter min oppfatning er upresist og vidtfavnende, bruker jeg det bare i begrenset grad.

Rolleutvidelse viser til en persons målrettede arbeid for å endre eller utvide innholdet i rollen sin. Arealutvidelsen foregår imidlertid innenfor nærliggende områder. Jeg synes begrepet rolleutvidelse bedre enn rolleutforming illustrerer det jeg er ute etter; nemlig hvordan yrkesutøveren sprenger yttergrensene for rollen, med andre ord utvider den i bredden eller dybden slik at den omfatter nytt innhold.

Domeneutvidelse viser til en profesjons- eller en yrkesutøvers målrettede arbeid i å etablere seg på nye fagområder. Fordelingen av arbeidsoppgaver mellom de ulike profesjonene og mellom arbeidstakerne på en arbeidsplass endres over tid (Abbott

1988). Det at en profesjon innlemmer et nytt område i sitt domene eller at en yrkesutøver etablerer seg på et nytt fagfelt, kaller jeg for domeneutvidelse. I motsetning til rolleutvidelse som foregår til nærliggende områder i rollens ytterkant, er domeneutvidelse en mer radikal endring.

For å lette fremstillingen i denne oppgaven benytter jeg begrepet *bruker* om alle mennesker som mottar helsetjenester i regi av kommunehelsetjenesten. Mennesker som mottar helsetjenester på sykehus har fått betegnelsen *pasienter*. Videre benytter jeg *hunkjønn* når det refereres til kommuneergoterapeuter og *hankjønn* når det refereres til brukere. Ergoterapi er et utpreget kvinnedominert yrke, så valg av kjønn er ikke tilfeldig. Begrepene kommunehelsetjeneste, primærhelsetjeneste og 1.linjetjeneste brukes synonymt om den helsetjenesten som foregår i kommunens regi.

1.4 Presisering av problemstilling

Jeg fokuserer på tre problemområder i denne oppgaven. For det første ønsker jeg å studere innholdet i ergoterapeutens yrkesrolle. Det er to forhold ved innholdet i yrkesrollen som jeg primært er interessert i; de konkrete arbeidsoppgavene som utføres og de karakteristika som kan knyttes til yrkesrollen. Andre interessante spørsmål vil være hvilke bruker- og aldersgrupper ergoterapeuten har, samt hva som er i fokus for hennes intervensjon. Jeg ønsker med andre ord å beskrive kommuneergoterapeutens yrkesutøvelse og yrkesrolle slik den fremstår i dag. Det å finne mønstre og bredde i dette vil være det primære. En rolle kan være bygd opp av forventning til hva som skal gjøres og hvordan det skal gjøres, med andre ord innhold og stil (Repstad 1992:70). Mitt hovedfokus er ikke i hvordan arbeidet utføres eller ergoterapeutens stil, da burde jeg ha basert meg på observasjonsdata.

1. spørsmål: Hvilke arbeidsoppgaver har kommuneergoterapeuten og hva er det som særpreger yrkesrollen?

For det andre ønsker jeg å studere forhold som vedrører tøyelighet av yrkesrollens yttergrense. Dette gjelder hvilke forventninger som rettes til ergoterapeuten og hvordan disse påvirker ergoterapeutens mulighet til å utvide rollen. Det gjelder også hvordan rolle- og domeneutvidelse foregår og hva som er drivkreftene bak. Jeg ønsker dessuten å studere hvordan utvikling av ergoterapitjenesten i en kommune foregår.

Implisitt i dette ligger en antagelse om at det kan være behov for å utvide rollens innhold og at dette faktisk gjøres i dag. Dette er en premiss som er lagt til grunn før undersøkelsen startet. Det er nødvendig å presisere at rolleutvidelse og domeneutvidelse ikke er synonymt med fagutvikling, men jeg anser disse som å være ett av flere uttrykk for faglig utvikling av ergoterapitjenesten. Dette er en viktig avgrensning av

problemstillingen. Jeg er ikke interessert i å studere fagutvikling eller endringsprosesser i kommuneergoterapi generelt, bare i sammenheng med rolle- og domeneutvidelse.

2. spørsmål: Hvordan utvider kommuneergoterapeuten sin yrkesrolle?

Det tredje problemområdet jeg ønsker å studere er hvilken påvirkning organisasjonen og samarbeidspartnerne utgjør når det gjelder ergoterapeutens arbeidsoppgaver og mulighet til å utvide rollen. Med andre ord hvilke føringer det er som rettes til ergoterapeuten og som fremmer eller hindrer hennes mulighet til å forme rollen slik hun vil. Jeg ønsker også å studere i hvilken grad ergoterapeuten har handlingsfrihet og hvilke faktorer som begrenser hennes handlingsfrihet. Videre vil jeg se på om organisasjonsmessig plassering har noen innvirkning på hvilke arbeidsoppgaver og brukergrupper ergoterapeuten har og hennes mulighet til å utvide og endre rollen. Jeg ønsker også å belyse ergoterapeutens forhold til andre yrkesgrupper med henblikk på om det foregår kamp om domener.

3. spørsmål: Hvilke forhold er det som påvirker hvilke arbeidsoppgaver ergoterapeuten har og hvilken mulighet hun har til rolle- og domeneutvidelse?

1.5 Oppbygging av oppgaven

Kapitel 2 har av flere grunner fått en relativt stor plass i denne oppgaven. Det er nødvendig med en kort presentasjon av ergoterapifaget innledningsvis, da jeg ikke kan forvente at alle lesere er kjent med hva faget står for. Videre ser jeg et behov for en mer systematisk og samlet fremstilling av kommuneergoterapi som fagfelt, dens historiske utvikling, samt hvilke politiske føringer som virker inn på kommuneergoterapitjenesten. Et siste moment er at dette kapitlet representerer teori om kommuneergoterapeuters arbeidsoppgaver og yrkesrolle og er således teori som belyser første spørsmål i oppgavens problemstilling.

I kapitel 3 presenteres min teoretiske forståelsesramme i form av ulike perspektiver. Dette er teori som belyser andre og tredje del av oppgavens problemstilling. Det er i all hovedsak sosiologisk teori jeg trekker veksler på.

I kapitel 4 - metode - beskriver jeg fremgangsmåten jeg benyttet for å komme frem til de resultatene jeg utviklet. Dette kapitlet er også relativt omfattende fordi jeg anser det som viktig å redegjøre for mine valg og refleksjoner med hensyn til metode i alle deler av forskningsprosessen.

I kapitel 5 presenteres resultatene fortløpende med mindre diskusjoner underveis. Presentasjonen av resultatene i dette kapitlet er tekstnær og i mindre grad styrt av teori.

Jeg er interessert i å studere mønstre og bredde, heller enn dybde, når det gjelder kommuneergoterapeutrollen, for å få en oversikt over hva rollen inneholder. Dette gjenspeiles i presentasjonen av resultatene.

Resultatdrøftingene skjer primært i kapittel 6. I deler av dette kapitlet fjerner jeg meg fra empirien og diskuterer funnene mine i lys av de teoretiske perspektiver jeg har utviklet i kapittel 3. Til slutt kommer en sammenfatning av hele oppgaven, kapittel 7.

2. KOMMUNEERGOTERAPI OG KOMMUNEERGOTERAPEUTER

Dette hovedkapitlet handler primært om kommuneergoterapi og kommuneergoterapeuter. Kapitlet har tre siktemål. For det første er det en kort innføring i ergoterapifagets utbredelse, dets ide- og kunnskapsgrunnlag, samt ergoterapeuters arbeidsoppgaver og arbeidsfelt. For det andre blir kommuneergoterapi plassert i en historisk og helsepolitisk sammenheng. For det tredje representerer siste del av kapitlet en litteraturgjennomgang og sammenfatning av eksisterende teori og empiri om kommuneergoterapeuter³. Dette er relevant teori i forhold til det første spørsmålet i problemstillingen; hvilke arbeidsoppgaver har kommuneergoterapeuten og hva er det som særpreger yrkesrollen?

2.1 Ergoterapeuter og ergoterapifaget

Menneskelig aktivitet

Ergoterapeuter har *menneskelig aktivitet* som utgangspunkt for sin virksomhet. "Aktivitet i ergoterapisammenheng innebærer en meningsfull og målrettet handling eller virksomhet. Aktivitet er sammensatt av ulike komponenter, og består av en indre side som innebærer tenkning, bearbeiding og planlegging og en ytre side som viser seg i praktisk utføring" (Høgskolen i Bergen 1993, fagplan for Ergoterapeututdanningen). Målet er bidra til at brukerne får økt livskvalitet gjennom en meningsfull og aktiv tilværelse ved å mestre dagliglivets aktiviteter til tross for sykdom og skade. Ergoterapi søker følgelig å fremme det enkelte menneskes mulighet til å fungere i sine omgivelser på egne premisser.

Grunnsynet i ergoterapi bygger på tre antagelser (Ness 1997:6); at mennesket av naturen er aktivt, at det er en sammenheng mellom aktivitet, miljø og helse, og at aktivitet er et middel for å styrke helsen. Ergoterapeuter anser altså aktivitet og handling som grunnleggende behov for mennesket. Mennesket lærer og utvikler seg gjennom erfaringer i de daglige aktiviteter i et samspill med miljøet og påvirker selv sine

³ a) Fremstillingen i dette kapitlet er naturligvis et resultat av min virkelighetsoppfattelse. Muligheten for feiltolkninger er følgelig tilstede. Det at jeg selv er ergoterapeut, medfører en fare for at jeg har mistet den akademiske distansen og ønsker å fremstille yrkesgruppen mest mulig fordelaktig (se mer om dette i kapittel 4.10). Det er imidlertid også fordeler ved å skrive om egen yrkesgruppe. Jeg tror f.eks at mitt kjennskap til kommuneergoterapi har medvirket til av beskrivelsen er blitt mer valid.

b) Fremstillingen av kapitlet er fremkommet ved en systematisk gjennomgang av de 6-14 års siste årgangene av den norske, svenske og danske utgaven av ergoterapitidsskriftet, av empirisk forskning og teoretiske studier som er gjort om kommuneergoterapi og av behandling av ergoterapi i offentlige utredninger i Norge. Jeg har også søkt systematisk etter litteratur om kommuneergoterapi på Medline, Cinahl og andre medisinske databaser.

omgivelser. Når mennesket forhindres eller står i fare for å forhindres fra deltagelse i meningsfull aktivitet, kan dette bli et helseproblem.

Ergoterapeuter hjelper til med å gjenopprette menneskets evne til å engasjere seg i oppgaver i dagliglivet etter sykdom og skade. Ergoterapeuter behandler vanligvis ikke sykdommen i seg selv, men de konsekvenser sykdommen har for personens mulighet til å delta i dagliglivet. Ergoterapeuter erkjenner betydningen av disse oppgavene og den viktige rolle de spiller i å lage mening i vårt dagligliv. At utførelse av daglige aktiviteter og ens selvfølelse henger sammen, er en universell oppfatning blant ergoterapeuter (Mattingly og Flemming 1994:107).

Ergoterapeuter

Ergoterapeuter er en liten og relativt ny yrkesgruppe i helsesektoren. De arbeider innenfor ulike deler av den offentlige helsetjeneste på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Et lite mindretall arbeider i private og delvis offentlig finansierte foretak. Av totalt 2189 ergoterapeuter tilknyttet Norsk Ergoterapeutforbund⁴, er 1775 yrkesaktive eller i permisjon, de resterende er studenter, pensjonister og æresmedlem. Over halvparten av disse ergoterapeutene i yrkesaktiv alder arbeider i kommunehelsetjenesten, mens en tredjedel er ansatt i sykehustjenesten innenfor somatikk og psykisk helsevern.

I 1995 var dekningsgraden på landsbasis 24 ergoterapeut pr. 100.000 innbyggere⁵, det vil si 4166 innbyggere i landet pr. ergoterapeut. Til sammenligning var antallet innbyggere pr. fysioterapeut 624. Antall ergoterapeuter er skjevt fordelt i landet. Dekningsgraden er best på Østlandet (Ytrehus 1994:18) med 36.7 ergoterapeuter pr. 100.000 innbyggere. Det er færrest ergoterapeuter i Nord-Norge unntatt Troms, i Agderfylkene med Telemark og på Vestlandet. Helseregion vest har den dårligste dekningsgraden av ergoterapeuter i landet med kun 13 ergoterapeuter pr. 100.000 innbyggere.

Ergoterapeuter arbeider med mennesker i alle aldre, både enkeltpersoner og grupper. I kommunehelsetjenesten er mennesker med fysiske funksjonshemninger, psykiske lidelser og til dels psykisk utviklingshemmede sentrale brukergrupper, sammen med eldre boende hjemme og i institusjoner. På somatiske sykehus arbeider ergoterapeuter innenfor akutt medisin og kirurgi, og innenfor rehabilitering i fysikalsk medisin,

⁴ Kilde: Upublisert materiale fra Norsk Ergoterapeutforbunds medlemsstatistikk januar 1998. Jeg har ikke funnet en samlet oversikt over det *totale* antallet ergoterapeuter i yrkesaktiv alder i Norge, men det er hevdet at over 92% ergoterapeutene i landet er organisert i Norsk Ergoterapeutforbund (Tuntland 1993:17). Antallet ergoterapeuter i yrkesaktiv alder i Norge skulle da bli 1929.

⁵ Kilde oppgis ikke av fare for å avsløre identiteten på fylket undersøkelsen finner sted i. Dette tallet omfatter både yrkesaktive og ikke-yrkesaktive under 68 år. Det er verdt å merke seg at tallet omfatter alle ergoterapeuter i landet, ikke bare kommuneergoterapeuter.

nevrologi og geriatri. Videre arbeider ergoterapeuter på spesialsykehus eller sykehusavdelinger for revmatologi og ortopedi. Innen psykisk helsevern arbeider ergoterapeuter både i psykiatriske sykehus- og sykehjem, i dagsentra og i bokollektiver. Andre arbeidsplasser for ergoterapeuter er innenfor bedriftshelsetjenesten og på hjelpemiddelsentraler. Ergoterapeuter har arbeidsoppgaver knyttet til ulike felt av helsetjenesten. Arbeidsoppgavene kan deles opp i rehabiliterende, vedlikeholdende, habiliterende, behandlende, helsefremmende og forebyggende arbeid (Kirke,- utdannings- og forskningsdepartementet, rammeplan for ergoterapeututdanning 1997:16-17).

Ergoterapi er et utpreget kvinnedominert yrke. Andelen kvinnelige medlemmer i Norsk Ergoterapeutforbund er 95 %⁶. Ergoterapeututdanning er en treårig høgskoleutdanning. Det finnes i dag 4 utdanningssteder for ergoterapi i Norge. Disse institusjonene tar opp 178 studenter i året (pr. 1998).

Ergoterapifagets kunnskapsgrunnlag

Kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi er preget av en kombinasjon av teoretisk kunnskap og praktiske/terapeutiske ferdigheter. Faget har fått tilfang av systemiske, fenomenologiske og dialektiske teorier fra andre fag eller utviklet dem selv. Disse teoriene beskriver sammenhengen mellom aktivitet, menneskets forutsetninger for mestring og samfunnets påvirkning (Kirke,- utdannings- og forskningsdepartementet, rammeplan for ergoterapeututdanning 1997:18). Kunnskap fra andre fagtradisjoner bidrar til å belyse menneskelig aktivitet og ergoterapeutisk praksis. Viktig kunnskapstilfang kommer fra medisinske- og naturvitenskapelige fag som anatomi, fysiologi og sykdomslære. Andre sentrale kunnskapselementer er fra samfunnsvitenskapelige og humanistiske fag som sosiologi, sosialantropologi, psykologi, pedagogikk, stats- og kommunalkunnskap, helse- og sosialpolitikk og etikk.

2.2 Utvikling av kommuneergoterapi i Norge⁷

Ergoterapifaget har sin opprinnelse i psykiatriske sykehus på begynnelsen av dette århundre. Etterhvert ble også somatiske sykehus og sykehjem arbeidsplasser for ergoterapeuter. Det utviklet seg et skarpt skille mellom to retninger i faget; psykiatrisk ergoterapi og fysikalsk medisinsk ergoterapi (Nilsskog 1991:19). Fortsatt var det kun i institusjonshelsetjenesten ergoterapeutene virket. På denne tiden begynte yrkesgruppen å arbeide for å utvide sitt arbeidsområde fra institusjonshelsetjenesten til primærhelsetjenesten (ibid:44).

⁶ Kilde: Norsk Ergoterapeutforbunds medlemsstatistikk januar 1998.

⁷ Kommuneergoterapiens historie i Norge er ennå ikke skrevet. Dette er et forsøk på en samlet, men kortfattet beskrivelse av dens utvikling.

På slutten av 1970-tallet kom spørsmålet om hvorvidt det var behov for andre personellgrupper enn sykepleie i hjemmebaserte tjenester opp på den politiske dagsordenen (Solheim 1996:32). Bakgrunnen for dette var at man erfarte at sykepleiefaglig kompetanse ikke var nok til å møte brukernes differensierte behov. En evalueringsrapport utført av Sosialdepartementet i 1981 som vurderte behov for ulike yrkesgrupper, konkluderte med at 1/4 av brukerne i hjemmesykepleien hadde behov for ergoterapi (ibid).

På denne tiden var hjelpeapparatet sterkt oppsplittet, ordningene var mange, uensartede og uoversiktlige (NOU 1979 nr. 28:3). Det var behov for en samordning og styrking av tjenestene. Kommunehelsetjenesten fikk derfor tilført store ressurser for å bygge opp en helsetjeneste utenfor institusjonene. Lov om helsetjenesten i kommunen trådte i kraft i 1984. I følge kommunehelsetjenesteloven skal kommunens helsetjeneste omfatte følgende oppgaver; fremme helse og forebygge sykdom, diagnose og behandling, medisinsk habilitering og rehabilitering, samt pleie og omsorg. For å mestre denne oppgaven skal kommunene ha visse tjenester som allmennlegetjeneste, sykepleie, fysioterapitjeneste, de såkalte skal-tjenestene. Ergoterapi ble ikke en lovpålagt tjeneste. Lav utdanningskapasitet og få ergoterapeuter i landet forøvrig, ble brukt som argument for at ergoterapi ikke kunne gjøres til en obligatorisk del av kommunehelsetjenesten (ibid:72).

Ergoterapeuter i åpen omsorg har en relativt kort tradisjon å bygge på (Ytrehus 1994:10). Fra den spede begynnelse på 1970-tallet og utover 80-tallet var hjemmebasert ergoterapi en lite utbygget tjeneste. Ergoterapeuter var mangelvare og det var vanskelig å få rekruttert folk til stillingene (Monsen 1987: 5-6; St meld. nr. 41 (1987-88):118). På denne tiden hadde mange ergoterapeuter bijobb som konsulent på oppdrag fra det lokale trygdekontoret. De formidlet tekniske hjelpemidler til brukere i kommuner som selv ikke hadde ergoterapeut⁸. Det var en del ergoterapeuter som i 1980-årene var ansatt på sykehjem. Da sykehjemmene ble overført til kommunehelsetjenesten i 1988 medførte det en betydelig styrking av kommunal ergoterapi (Ytrehus 1994:9). I 1988 var det 271,8 årsverk i kommunehelsetjenesten, mens det før sykehjemsreformen kun var 72,2 årsverk (St. meld. nr. 36 (1989-90):96).

I 1988 ble det påpekt at: "Ergoterapeutene må nå sies å være i full fart på vei inn i kommunene" (St. meld. nr 41 (1987-88):118). De fleste yrkesutøverne som begynte i kommunehelsetjenesten hadde erfaring fra institusjonshelsetjenesten. De var vant til å arbeide med delfunksjoner, spesialområder og mestring av praktiske ferdigheter

⁸ Kilde: Nilsson F. 1983. *Ergoterapi i primærhelsetjenesten. Fysikalsk medisin og psykiatri*. Gruppe for helsetjenesteforskning. Upublisert materiale.

(Bredland m.fl 1996:233). Ergoterapeuten tok følgelig med seg behandlerrollen fra sykehusene ut i kommunehelsetjenesten (Tuntland 1996:31).

På 1970 -og 80-tallet var det et skarpt skille mellom ergoterapeuter ansatt i åpen omsorg og ergoterapeuter ansatt på sykehjem. Ergoterapeuter i åpen omsorg var ofte tilknyttet hjemmesykepleien, mens ergoterapeuter på sykehjemmene var ansatt på institusjonen og forholdt seg kun til den. På slutten av 80-tallet og begynnelsen av 90-tallet gjennomgikk mange av landets større byer en desentralisering av de kommunale helse- og sosialtjenestene. Det var en turbulent tid med omfattende omorganisering og samordning av tjenestetilbud. Bydelsorganiseringen åpnet for ny organisasjonstilknytning og nye samarbeidspartnere for ergoterapeutene. I tillegg har det mange steder vært en annen type omorganisering hvor hjemmebaserte tjenester og institusjonsbaserte tjenester er blitt samorganisert. Skillet mellom ergoterapeuter i åpen omsorg og på sykehjemmene er derfor blitt mer utvisket ettersom årene har gått. I de fleste kommunene er ergoterapeutene i dag organisert som én tjeneste, som skal betjene både hjemmeboende brukere og institusjonsbeboere.

I 1991 trådte ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming i kraft. De psykisk utviklingshemmede skulle utskrives fra sentralinstitusjonene og tilbakeføres til kommunene. Dette medførte at mange kommuneergoterapeuter fikk nye oppgaver, kanskje spesielt i forbindelse med planlegging og tilrettelegging av egen bolig og bofellesskap for disse brukerne.

Antall kommuner med ergoterapeut har økt fra 50 av 450 kommuner i 1987 til 203 av 435 kommuner i 1992 (Tuntland 1993:14). I 1995 hadde 57% av landets kommuner stilling for ergoterapeut (Liabø 1995:29). Dette innebærer en økning fra 11.1% til 57% kommuner med ergoterapeut i løpet av 8 år (fra 1987 til 1995). Økningen i antall ergoterapeutstillinger må ses i sammenheng med det stigende antallet eldre på slutten av 80-tallet og begynnelsen av 90-tallet. Opprettelse av stillinger for ergoterapeuter skjedde først i de store og mellomstore kommunene. Fortsatt er det hovedsakelig de mindre kommunene med et innbyggerantall under 8000 som mangler ergoterapeut (Ytrehus 1994:17). Kommuneøkonomien er den vesentligste grunnen til at små kommuner ikke har ergoterapeutstilling (ibid:27), i tillegg til at tjenesten ikke er lovpålagt.

Ved en revisjon av kommunehelsetjenesteloven i 1994 ble jordmortjeneste gjort obligatorisk. Ergoterapi ble heller ikke den gang definert som en basistjeneste. Begrunnelsen denne gang var en annen. Man mente at kommunene måtte stå fritt med hensyn til hvordan de ville løse oppgavene (St. meld. nr 36 (1989-90):97). Det er en relativt utbredt oppfatning at ergoterapeuten og fysioterapeuten har sammenfallende kompetanse (Ytrehus 1994:28). En oppfattelse av at yrkesgruppene har sammenfallende

kompetanse, kan være en annen forklaring på myndighetenes prioritering av en tjeneste foran en annen.

Fra midten av 90-tallet har det pågått en utvikling med nedbygging av de psykiatriske institusjonene overføring av ansvaret til kommunehelsetjenesten. Dette er et nytt felt å gripe fatt i for kommuneergoterapeutene.

Konklusjon

Kommuneergoterapitjenestens korte historie er som vi ser nært relatert til den samfunnsmessige sammenheng den har befunnet seg i. Helse- og sosialpolitiske beslutninger på nasjonalt og kommunalt nivå, samt befolkningsutviklingen har vært utslagsgivende for den utvikling som har funnet sted. De viktigste faktorer som har dempet utviklingstakten, har etter mitt skjønn vært den relativt dårlige tilgangen på ergoterapeuter, samt at ergoterapi ikke fikk status som basistjeneste i kommunehelsetjenesten. I dag er antallet kommuner med stilling for ergoterapeut anslått å være 60-70% (Holm 1997:12). Norsk Ergoterapeutforbund har 869 medlemmer som er kommunalt ansatte⁹. Dette viser at ergoterapeutens plass i kommunehelsetjenesten stadig styrkes i kvantitativt henseende og at kommunehelsetjenesten er det viktigste arbeidsmarkedet for ergoterapeuter i Norge. I en større helsetjenestesammenheng er imidlertid kommuneergoterapeuter fortsatt en liten og tildels ukjent yrkesgruppe.

2.3 Overordnede politiske prioriteringer om kommuneergoterapi

I det følgende vil jeg presentere hvilke synspunkter stortingsmeldinger og andre offentlige utredninger har om ergoterapi, spesielt på kommunalt nivå. Medisinsk rehabilitering og habilitering er en av kommunehelsetjenestens fire oppgaver¹⁰. Dette er beskrevet som et satsingsområde i Nasjonal helseplan (St. meld nr 41 (1997-88):214-224). "Ergoterapi er et sentralt fagfelt i medisinsk rehabilitering" hevdes det i en annen stortingsmelding (St. meld. 36 (1989-90):96). I helsemeldingen (St. meld. 50 (1993-1994):82) trekkes leger, sykepleiere, fysioterapeuter og jordmødre frem som basispersonellet i kommunehelsetjenesten. "Innenfor medisinsk rehabilitering og habilitering er det også behov for andre faggruppers kompetanse og tjenester. Blant de viktigste er *ergoterapeuter*¹¹, psykologer og sosionomer".

⁹ Kilde: Norsk Ergoterapeutforbunds medlemsstatistikk januar 1988.

¹⁰ I skrivende stund er den bebudede stortingsmeldingen om rehabilitering ennå ikke kommet. Det er forventet av den skal legge betydelige føringer på dette arbeidsområdet som vil vedrøre ergoterapeuter i stor grad (Liabø 1998:3).

¹¹ Kursivering av ordet ergoterapeut er foretatt av meg i dette underkapitlet.

Kommunal ergoterapi er omtalt mer spesifikt i noen stortingsmeldinger. Ulike brukergrupper og arbeidsoppgaver trekkes frem som særlig viktige. I Nasjonal helseplan (St. meld. nr 41 (1987-88):118) trekkes de psykisk utviklingshemmede frem: "I det kommunale ansvaret for psykisk utviklingshemmede ligger det store oppgaver for fysioterapeuter og *ergoterapeuter*. I den samme stortingsmeldingen (ibid:96-97) påpekes det at ergoterapeuter representerer en ressurs som vil ha stor innvirkning på kommunehelsetjenesten og at ergoterapi blir stadig viktigere. Det trekkes frem at integrering av funksjonshemmede barn vil innebære behov for ergoterapi. Videre fremheves det at ergoterapeuter vil være sentrale når det gjelder tilrettelegging av bolig, veiledning i bruk av tekniske hjelpemidler og oppfølging av ADL-trening. Andre funksjonshemmede som trafikkskadde, vil også ha behov for ergoterapitjenester i lokalmiljøet.

Ergoterapitjenesten fikk som nevnt ikke status som basistjeneste i Lov om helsetjenesten i kommunene (1982). Ergoterapi er omtalt i § 1-3 der det står at: "Der forholdene ligger til rette og det finnes hensiktsmessig, kan kommunen også organisere ergoterapi og bedriftshelsetjeneste". Ergoterapitjenesten kan også relateres til Lov om sosiale tjenester (1991) § 3 -1 der det står at: "Sosialtjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre, funksjonshemmede og andre som har behov for det" og § 4 -3 der det står at: "De som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4 -2 bokstav a-d". Yrkesgruppen kan derfor plasseres både innenfor helse- og sosialtjenesten (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, rammeplan for ergoterapeututdanning, 1997:14).

Oppsummering og diskusjon

Som det fremgår av de refererte stortingsmeldinger og offentlige utredninger, blir ergoterapi av myndighetene betraktet som et sentralt virkemiddel innen medisinsk rehabilitering, men det påpekes også at kommuneergoterapeuten har viktige habiliterende og vedlikeholdende oppgaver. Det trekkes imidlertid ikke frem at ergoterapeuter kan bidra til å løse kommunens forebyggende (og til dels helsefremmende) oppgaver. I stortingsmeldingen om utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid (St. meld. nr. 37 1992-93), er ergoterapi ikke omtalt som et aktuelt virkemiddel.

På tross av de sitater som er trukket frem, er det mest typiske at omtale av ergoterapi ikke forekommer. Romøren (St. meld. nr 36 (1989-90):182) beskrev for 8 år siden ergoterapeuter som en av kommunehelsetjenestens sjeldne og små yrkesgrupper, i den grad de ble viet oppmerksomhet. Det at ergoterapitjenesten utelates i slike sammenhenger og det at den ikke er en obligatorisk tjeneste i kommunehelsetjenesten, kan være et uttrykk for den aktelse og status faget har hos de politiske myndigheter og i

befolkningen generelt. Ergoterapi er ikke et fag som tillegges samme vekt som andre yrker med basis i treårig helsefagutdanning som fysioterapi og sykepleie. Ergoterapeutmangel i landets kommuner fører ikke til mediaoppslag slik lege- eller sykepleiermangel gjør det, kanskje rett og slett fordi yrket ikke er livsnødvendig i samme grad som disse yrkene.

2.4 Litteraturgjennomgang kommuneergoterapi

2.4.1 Tidligere studier om kommuneergoterapi

Det er foretatt lite empirisk forskning av kommuneergoterapi i Norge. De relevante studier som er gjort presenteres i det følgende:

Byggforskrappport 1994

Norges Byggforskningsinstitutt ved Siri Ytrehus utførte i 1994 en kvantitativ undersøkelse på oppdrag fra Norsk Ergoterapeutforbund (se Ytrehus 1994). Temaet for undersøkelsen var ergoterapeutens arbeidsoppgaver i kommunen. Den så på hva som kjennetegner kommuner som har opprettet stilling for ergoterapeut med arbeidsoppgaver i tilknytning til åpen omsorg, hvilke typiske rehabiliteringsoppgaver som ivaretas av ergoterapeut og hvilke som ivaretas av andre yrkesgrupper. Videre så den på hvilken betydning det har for kommunene å ha ansatt ergoterapeut, hvor ergoterapeuten i kommunen er organisert og om ulik organisatorisk tilknytning av ergoterapeutene har betydning for hvilke arbeidsoppgaver de får (ibid:12). Undersøkelsen resulterte i ny innsikt i kommuneergoterapeuters organisering, arbeidsoppgaver og samarbeidsrelasjoner. En del av disse resultatene presenteres i kapittel 2.4.2.

Undersøkelsens svakhet er at den bare har fokusert på arbeidsoppgaver som det i utgangspunktet var kjent at ergoterapeuter holdt på med. Disse var tilrettelegging av boliger for funksjonshemmede, hjelpemiddelformidling, kontakt med hjelpemiddelsentralen og ADL-trening. Undersøkelsen fant ikke uventet med at det var ergoterapeuten som hadde hovedansvaret for disse arbeidsoppgavene i kommuner som hadde ergoterapeut¹².

Byggforskrappport 1996

I 1996 ble det igjen utført en mindre studie i regi av Byggforsk (se Bjørlo 1996). Denne gang var Sosial- og helsedepartementet oppdragsgiver i tillegg til Norsk

¹² Et unntak var at det var fysioterapeuten som hadde hovedansvaret for ADL-trening med barn og unge funksjonshemmede.

Ergoterapeutforbund. Rapporten behandler hvordan rehabilitering av funksjonshemmede ble iverksatt i to kommuner på Østlandet. Ved hjelp av kvalitative data ble problemstillinger rundt organisasjonstilknytning og innhold i rehabiliteringstjenesten belyst.

Rapportens hovedkonklusjon var at det ikke finnes entydige og enkle løsninger på hvordan en bør organisere og iverksette rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Datamaterialet var for dårlig til å kunne gi svar på om organisatorisk plassering har betydning for hvilke arbeidsoppgaver ergoterapeuten har. En annen svakhet ved studien var at funnene i liten grad kan sies å ha ekstern gyldighet. Rapporten var preget av usikkerhet og antagelser. Etter min mening bidro ikke denne rapporten i noen særlig grad til ny kunnskap om kommuneergoterapi eller kommuneergoterapeutrollen. Dens bidrag var mer rettet mot samarbeidsrelasjoner i rehabiliteringsarbeidet.

2.4.2 Kommuneergoterapeutens yrkesrolle og arbeidsoppgaver

Særtrekk ved kommuneergoterapeutrollen

Det er beskrevet en del typiske trekk ved kommuneergoterapeutrollen. Levine m. fl. (1993:823-830) trekker frem at kommuneergoterapeuten må ha evne til å arbeide under langt fra ideelle forhold i brukerens hjem. Brukere kan bo i vanskelig tilgjengelige, kalde, svært uryddige og uhygieniske hjem. Videre må hun være i stand til å arbeide og kjøre bil under ekstreme værforhold, som regn, snø og is. Kommuneergoterapeuten må dessuten tilpasse seg til skiftende sosiale og kulturelle miljø gjennom dagen ettersom hun går fra ett hjemmebesøk til et annet. Disse omskiftningene krever evne til å interagere med mange forskjellige typer mennesker. De egenskapene som her er skissert er det imidlertid ikke bare kommuneergoterapeuten som må inneha slik jeg ser det, de gjelder i like stor grad for annet hjemmebasert helsepersonell. En annen viktig egenskap som trekkes frem av forfatterne er kreativitet. Jeg tror at dette er en egenskap som kreves i større grad for kommuneergoterapeuter enn for andre hjemmebaserte yrkesgrupper. Det skyldes i stor grad arbeidsoppgavens karakter. Noen av ergoterapeutens oppgaver er å tilrettelegge boligen, tilpasse hjelpemidler og konstruere spesialutstyr for å bedre brukerens funksjonsnivå. Ergoterapeuten er dessuten ofte henvist til å benytte det utstyret til trening og tilpassing som måtte befinne seg hos brukeren og må ofte ta i bruk utradisjonelle løsninger for å få dette til. Videre trekker Levine m.fl. frem at hjemmebasert omsorg kan være et svært isolert arbeidsfelt. Store deler av dagen foregår i brukerens hjem og man har ingen kolleger å samarbeide med. Kommuneergoterapeuten må etter min vurdering i større grad enn andre yrkesgrupper som arbeider i brukerens hjem, derfor kunne holde ut faglig og sosial isolasjon, fordi hun ofte er eneste representant for yrkesgruppen i kommunen. Det å være eneste ergoterapeut, medfører ofte at hennes ressurser er knappe. Det kan være vanskelig å finne den riktige balansen mellom det å selv utføre rehabiliteringsoppgaver og å veilede

andre til å videreføre dette (ibid). En annen viktig egenskap er å administrere og organisere egen tid, men det er heller ikke en egenskap som er eksklusiv for ergoterapeuter. Det siste Levine m.fl. trekker frem er nødvendigheten av kontinuerlig å sette utdanningsmessige og profesjonelle mål for å fortsette sin faglige utvikling. Dette er viktig fordi ergoterapeuten faglig sett jobber isolert og har liten anledning til å diskutere fag med kolleger.

Punwar (1994:174-178) trekker i tillegg frem behovet for at ergoterapeuten har en bred kunnskapsbase, siden hun arbeider på selvstendig basis med brukere med et bredt spekter av problemstillinger. Videre trekker hun frem fleksibilitet som en viktig egenskap. Dagsprogrammet forløper ikke alltid som planlagt og ergoterapeuten må kunne ta ting på sparket. Det er videre viktig at ergoterapeuten har bred kjennskap til hvilke tilbud kommunen har å spille på. Etter min vurdering er heller ikke disse forholdene særtrekk ved ergoterapeutrollen alene. De kunne like gjerne gjelde en hjemmesykepleier.

Lederen av Norsk Ergoterapeutforbund Karin Liabø (1995:30) har sammenfattet sine inntrykk fra kontakt med kommuneergoterapeuter som en gruppe som sterkt opplever mangel på ressurser og lever under et hardt arbeidspress hvor hun bare rekker det nødvendigste. Det er stor forventning om allsidig kompetanse fordi oppgaver og brukergrupper er ulike og sammensatte. Kommuneergoterapeuter har en følelse av at andres forventninger styrer rollen i stor grad og at oppgaver kommuneergoterapeuten burde ha hatt, ikke når frem. Videre opplever de manglende kjennskap til ergoterapi fra omgivelsene, samt dårlige samarbeidsrutiner og vanskeligheter med å etablere gode og effektive prosedyrer for eget arbeid. De fleste av disse forholdene kan heller ikke sies å være unike for ergoterapeuter.

Ergoterapeuten i små kommuner og i mindre bydeler er ofte den eneste representanten for yrkesgruppen. Et særtrekk ved kommuneergoterapeuten er likevel hennes sterke faglige selvstendighet (Ytrehus 1994:8; Elster og Hegerstrøm 1995:195; Bjørlo 1996:45; Vik 1997:8). Innenfor visse rammer kan hun i en viss grad selv prioritere målgrupper og arbeidsoppgaver, selv om det stort sett er en person fra en annen yrkesgruppe som er sjef. Det er etter min vurdering grunn til å anta at yrkesgrupper som sykepleiere, hjelpepleiere og til en viss grad hjemmehjelpere, har mindre faglig selvstendighet enn ergoterapeuter. Deres rapportsystem ved avløsning av vakter, deres rutinemessige oppgaver som daglig skal utføres hos de enkelte bruker, deres konstante tidsknapphet, og for hjelpepleieres og hjemmehjelperes vedkommende, deres underordning i forhold til sykepleiere, alt dette medvirker til at deres faglige autonomi er mindre.

Rolleutforming og rolleutvidelse

Isaac (1990:2-4) beskriver en del andre faktorer som spiller inn i når kommuneergoterapeuten skal utforme sin jobb. Det å utforme egen rolle kan være en tung oppgave, spesielt hvis man kommer til et sted der har vært lite eller ingen ergoterapi tidligere (ibid:5). I en slik situasjon bør ergoterapeuten i følge Isaac samle informasjon om brukerne, kommunens mål, ressurser og helsetjenester, samt samarbeidspartnere arbeidsoppgaver og rolleoppfatninger, før hun bestemmer seg for hvordan rollen skal utformes. Hun poengterer at det er viktig å sette av 3-4 uker for å samle dette og legge en plan for rolleutformingen når man starter i ny jobb. Etter min vurdering fremhever hun ikke sterkt nok nødvendigheten av å vurdere befolkningens behov¹³ for ergoterapitjenester og utforme rollen for å imøtekomme disse. Det er jo dette som bør være det viktigste kriteriet for utforming av yrkesrollen slik jeg ser det.

Stalker m.fl (1996:106) fant i sin undersøkelse blant kommuneergoterapeuter i Skottland, at nesten alle ergoterapeutene i studien hadde utvidet rollen i løpet av fire år. Townsend (1988:72) presenterer 3 ulike modeller for rolleutvidelse og 6 strategier for utvikling av kommuneergoterapitjenesten i Canada. Poenget med å trekke dette frem er for å konstatere at rolleutvidelse som fenomen er beskrevet i litteraturen.

Arbeidsoppgaver

Hjelpemiddelformidling er kommuneergoterapeutens arbeidsoppgave fremfor noen (Ytrehus 1994). I en studie i Skottland, ble det påvist at hjelpemiddelformidling tok ca. 77% av kommuneergoterapeutens arbeidstid (Stalker m.fl 1996:105). Mange ergoterapeuter følte at de ble sett på som "utstysleverandører" og hevdet at kollegene i liten grad verdsatte deres bredere kompetanse. De uttrykte at deres samarbeidspartnerne, samt brukerne og deres pårørende, vurderte at ergoterapeutens primære funksjon var formidling og tilpasning av hjelpemidler (ibid). Det var et stort dilemma for ergoterapeutene hvordan de skulle kunne utvide rollen og ta i bruk et bredere spekter av arbeidsoppgaver, samtidig som de skulle sørge for at hjelpemiddelformidlingen ble tilfredsstillende dekket.

I en undersøkelse av teammedlemmenes forventninger til ergoterapeuten i et distrikt i London fant Correia (1981) at kommuneergoterapi var en vel ansett, men underforbrukt tjeneste. Kollegene var ikke fullt klar over bredden av kunnskaper og ferdigheter ergoterapeuten hadde å tilby.

¹³ *Behov* for ergoterapitjenester er et problematisk begrep. Det er en rekke faktorer som påvirker behovet, bl.a hvordan vi definerer helse, sykdom og funksjonshemming, hvordan ulike ergoterapitiltak påvirker brukerens livskvalitet o.l. Behov forandrer seg hele tiden i takt med samfunnsutviklingen, f.eks blir folks forventninger til helsetjenesten større, jo videre helsebegrep vi anvender (Grund 1995:72-75). Behov for helsetjenester er følgelig et svært relativt begrep som er vanskelig å måle. Det forutsettes likevel videre i oppgaven at det eksisterer et behov for ergoterapi i kommunens befolkning, men at dette behovets størrelse vil variere avhengig av hvordan man f.eks definerer begrepene helse og funksjonshemming.

I en fersk undersøkelse blant 12 psykiatriske kommuneergoterapeuter i England (Meeson 1998a:10), fant man at det var store variasjoner i informantenes repertoar av arbeidsoppgaver. En informant benyttet bare tre arbeidsoppgaver i sitt arbeid, mens andre informanter benyttet opptil 14 alternative arbeidsoppgaver. Deres valg av arbeidsoppgaver kunne i stor grad tilskrives deres personlige preferanser, i tillegg til kjennskap og erfaring med oppgaven (Meeson 1998b:59). I tillegg til dette medvirket omgivelsene, i form av offentlig politikk, organisering av helsetjenestene og arbeidsdelingen mellom yrkesgruppene, til å begrense repertoaret.

Samarbeidsrelasjoner og organisasjonstilknytning

Ergoterapeuten får vanligvis henvist brukere fra de nærmeste samarbeidspartnere; sykepleier, hjelpepleier, fysioterapeut, hjelpepleiere, lege, altnuligmann og hjemmehjelp (Ytrehus 1994:46). Henvisning til ergoterapeut er ikke lovregulert. I utgangspunktet er det ingen begrensninger på hvem som kan henwise til ergoterapi, men i praksis har den enkelte kommune utviklet ulike tradisjoner med hensyn til hvem som henviser. Ergoterapeuter betrakter fysioterapeuter som sin mest verdifulle samarbeidspartner. I kommuner uten ergoterapeuter, har sykepleiere og fysioterapeuter ofte ergoterapeutens oppgaver (ibid:36).

Den mest utbredte organisasjonsmessige tilknytning for ergoterapeuter var i undersøkelsen pleie -og omsorgsavdeling (53%) (Ytrehus 1994:20-21). Videre var 28% tilknyttet helseavdeling og 13% rehabiliteringsavdeling. De resterende ergoterapeutene hadde en annen organisering enn dette. I 40% av kommunene med kommuneergoterapeut, er hun den eneste ergoterapeuten i kommunen (ibid:23). I kommuner med flere ergoterapeuter er de hyppigst i en avdeling sammen med andre yrkesgrupper, de utgjør sjelden en ren ergoterapiavdeling. Ergoterapeuten har nesten alltid en annen yrkesgruppe som nærmeste overordnede, oftest er det en sykepleier.

3. TEORETISKE PERSPEKTIVER

I dette hovedkapitlet vil jeg redegjøre for den forståelse som jeg har lagt til grunn for min analyse av kommuneergoterapeuter. Kapitlet er spesielt relevant i forhold til det andre og tredje spørsmålet i problemstillingen; hvordan utvider kommuneergoterapeuter sin yrkesrolle, og hvilke forhold er det som påvirker hvilke arbeidsoppgaver ergoterapeuten har og hvilken mulighet hun har til rolle- og domeneutvidelse?

3.1 Norm- og rolleperspektivet

Dette perspektivet har mange navn og rolleteori er et av dem. Rolleteorien kaster lys over noen av de mekanismene som virker inn på samhandlingen mellom mennesker. Rollebegrepet viser til hvilken sosial posisjon individet er i og at det er knyttet et sett av forholdsvis stabile normer og forventninger til hvordan denne personen skal oppføre seg. Vi lever i et samfunn som er mer eller mindre gjennomstrukturert. Fra vår tidligste barndom og gjennom livet vokser vi inn i samfunnet ved at omverden behandler oss på en bestemt måte, som bror, elev, sjåfør osv. Vi blir samfunnsmedlemmer, sosialiseres, ved å tilegne oss roller som i stor grad forteller oss hvordan vi skal handle (Østerberg 1994:41). Forventninger danner et press til å utføre rollen i samsvar med disse.

Anvendt på arbeidslivet vil norm- og rolleperspektivet handle om det uformelle systemet. Faggruppene er gjennom sin utdanning lært opp til ferdigheter, standarder og forståelser med forankring i ulike normer og verdier (Larsen m. fl. 1994:2). Dette preger også hva de betrakter som riktig og viktig. Det utvikles samtidig normer og verdier i den enkelte organisasjon for hva som er akseptabelt å gjøre. Dette kan gå på tvers av faggruppens normer. Norm- og rolleperspektivet tar imidlertid utgangspunkt i at vi innretter oss etter normpresset. Vi påvirkes av de forventninger og normer for handling som er dominerende i det miljøet vi befinner oss i og prøver etter beste evne å leve opp til disse. Dersom man handler i strid med de normer som tilhører rollen, kan man bli betraktet som avviker og møtt med sanksjoner.

Norm- og rolleperspektivet forklarer altså hvorfor aktørene fortsetter å handle som før, det forklarer livet i stabile situasjoner (Garsjø 1997:102). Dette perspektivet er tatt med fordi det kanskje kan forklare stabilitet i ergoterapeutens yrkesutøvelse.

Oppsummering og diskusjon

Umiddelbart kan en få inntrykk av at rolleforventninger og normer er noe negativt som hindrer vår livsutfoldelse. Rolleforventning kan imidlertid i stor grad være positivt. Det er godt at noen forventer seg noe av oss. En uklar rolle skaper usikkerhet og forvirring. "Det å handle ut fra en rolle man behersker og er trygg i, kan være et mentalhygienisk

godt liv for den enkelte, og kan gi grunnlaget for effektivt samarbeid om de oppgavene som skal løses” (Repstad 1992:72).

Det er fremkommet en del kritikk mot rolleteorien. Rolleteorien legger for stor vekt på normer og forventninger når det gjelder å forstå handling. Den forklarer dårlige endringer i sosial adferd (Garsjø 1997; Repstad 1997; Storvik 1993). Felles for mange rolleteoretiske bidrag er at de ikke kan forklare hvordan roller oppstår, endres og opprettholdes (Storvik 1993:27). De legger for mye vekt på stabilitet og hvor vanskelig det er å få til endring, og fremstiller mennesket som en viljeløs marionett som i alt retter seg etter omgivelsenes påvirkning.

En innvending jeg har mot normperspektivet er at det i liten grad problematiserer menneskets søken etter aksept og trygghet i rollen. Den tar for gitt at alle mennesker er opptatt av å tilpasse seg andres forventninger og at dette nærmest er et universelt fenomen. Individualisme og originalitet i menneskelig adferd, samt likegyldighet overfor andres syn på en selv, forklares ikke. Mennesker som ikke lever opp til forventningene, blir lett betegnet som avvikere (Repstad 1992:74). Dette at man enten er akseptøkende eller en avvikler, representerer etter min mening et litt for unyansert menneskesyn.

Det vil det alltid være en del utenforliggende forhold som fremmer eller hindrer en aktørs handlingsalternativer i en konkret sak. Norm- og rolleperspektivet tar etter min vurdering ikke høyde for at omgivelsene kan påvirke handling gjennom andre virkemidler enn bare gjennom de normer og forventninger som rettes mot rolleinnhaveren. I f.eks en organisasjon vil det alltid være en rekke føringer i form av lovgivning, lokal og nasjonal helsepolitikk, økonomi osv., som vil virke inn på hvordan en yrkesutøver utøver sin yrkesrolle. Dette perspektivet må følgelig suppleres med andre.

3.2 Valgperspektivet

Enkelte kritikere hevder at normsosiologien overdriver forventningenes og normenes evne til å styre individenes holdninger og adferd. Rolleperspektivet utelukker at individet er et strategisk handlende menneske. Psykologer har ment at denne retningen innenfor sosiologien tar for lite hensyn til mennesket som drifts- og behovsvesen (Repstad 1997:58). Menneskers handlinger styres også av andre drivkrefter enn bare søken etter aksept, som f.eks økonomiske og politiske interesser, seksuelle behov osv. (Garsjø 1997:256). Innenfor det mer økonomiske inspirerte perspektivet som kalles *valg- eller bytteperspektivet*, mener en at aktøren kan velge mellom ulike handlingsalternativer innenfor visse rammer. Aktøren har egen fri vilje og velger sine handlinger med sikte på å nå et mål. Aktøren ses på som målrettet og rasjonell, selv om

målene er relativt egoistiske. Innenfor den rammen av valgbetingelser som foreligger, treffes det et valg basert på en målrettet strategi. Valgbetingelsene kan være materielle forhold, (f.eks økonomi), kulturelle forhold, (f.eks tradisjon) og relasjonelle (f.eks avhengighet av andre), som man tar hensyn til i sin kalkulasjon når man legger opp strategien (Marthinussen 1986:73).

Innenfor denne tradisjonen rettes fokus mot entreprenøren, det vil si han eller hun som går foran og lager ny vei som andre følger etter (Repstad 1997:59). Entreprenøren ser nye muligheter og nye handlingsalternativer i en situasjon der omgivelsene endrer seg og vil dermed overskride yttergrensene av en rolle. Dette vil over tid medføre endringer på organisasjons- og samfunnsnivå. Valgperspektivet fokuserer dermed på hvordan mennesker kan påvirke organisasjoner og samfunnsutviklingen generelt.

Det kan skilles mellom to ulike retninger innenfor dette perspektivet (Garsjø 1997:107). Den ene forutsetter at aktøren hele tiden søker å maksimere sitt utbytte. Den andre retningen, som er mer modifisert, baserer seg på at aktøren "satisfiserer", det vil si velger et alternativ som er tilstrekkelig tilfredsstillende.

Valg- og bytteperspektivet er sterkt inspirert av økonomenes syn på menneskelig adferd i et marked. I et marked foregår det bytting av varer, tjenester og penger. Målsettingen er å få et mest mulig fordelaktig bytte for seg selv. Det å inneha gangbare byttemidler, det vil si å ha rå over noe andre er interessert i, vil si å ha makt (Repstad 1992:82).

Oppsummering og diskusjon

Valgperspektivet har større forklaringssevne enn normperspektivet når det gjelder endringer i sosial adferd, og burde derfor være egnet til å kaste lys over kommuneergoterapeutens rolle- og domeneutvidelser. Endring i handling ses på som endring i strategi. Valgperspektivet fokuserer dermed på hvordan mennesket kan påvirke samfunnsutviklingen (Repstad 1997:59). Videre er valgteoriens styrke at den ser på mennesket som et aktivt tenkende og handlende vesen (Moe 1994:125).

En kritikk av valgperspektivet som er fremkommet er at det ser på samhandling som utelukkende et bytteforhold hvor den enkelte søker å maksimere sitt utbytte (Repstad 1997:68; Garsjø 1997:110). Dette er et kaldt og kynisk menneskesyn, som overser at det finnes nestekjærlighet og solidaritet i verden (Repstad 1992:85).

Yrkesutøvelse og rolleutvidelse finner sted innenfor et sosialt system der ulike yrkesgrupper samhandler. Å betrakte denne prosessen fra kun et aktørnært perspektiv er et nødvendig, men ikke tilstrekkelig grunnlag for å forstå hva som skjer. Forklaringene

på dette må også søkes på gruppe- og/eller organisasjonsnivå, noe som vil bli gjort i det følgende.

3.3 Profesjonssystemteori

Som alle andre fenomener kan utviklingen av profesjoner ses på fra ulike perspektiver. Flere forfattere hevder at profesjoner utvikles gjennom en rekke faser som kalles for profesjonalisering (se Wilensky 1964; Hofoss 1980:18). Abbott (1988) er sterkt kritisk til trekkteoriene om profesjonalisering, som er basert på at yrkesgrupper utvikler seg uavhengig av hverandre. Han hevder at man ikke kan studere yrkesgruppers profesjonalisering hver for seg. Profesjonene utvikler seg på grunnlag av konkurranse mellom dem. Det er ikke den enkelte yrkesgruppe som sådan en bør studere, men det er det myndighetsområdet de kjemper om¹⁴. Det er konkurranseforholdet mellom de ulike profesjonene som må tillegges vekt. Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte Abbotts teori om profesjonssystemet, framfor de mer tradisjonelle trekkteoriene.

Andrew Abbott kan sies å tilhøre Hughes-tradisjonen¹⁵, som er en sosiologisk tradisjon som fokuserer på samhandling mellom ulike yrkesutøvere og hvordan de kjemper om arbeid, ansvar og autoritet (Feiring 1994:34). Jeg vil i det følgende trekke frem noen aspekter ved denne tradisjonen, representert ved noen av synspunktene i Abbotts bok (1988), som jeg mener kan bidra til å kaste lys over ergoterapifagets profesjonsutvikling og drivkraften bak kommuneergoterapeutens rolle- og domeneutvidelser. Jeg har ikke tatt mål av meg å presentere alle sider ved tradisjonen.

Det som kjennetegner en profesjon er i følge Abbott dens evne til å abstrahere kunnskap. Evne til abstraksjon av kunnskap er det som skiller interprofesjonell konkurranse fra konkurranse mellom andre yrkesgrupper. Bare et kunnskapssystem basert på abstraksjon kan redefinere problemer og arbeidsoppgaver, forsvare dem fra inntrengere og stimulere profesjonsutøverne til å gripe fatt i nye problemområder. Et eksempel på en profesjon som ved sin evne til abstraksjon av kunnskap har overtatt nye myndighetsområder er medisinen. Ved å sykeliggjøre tilstander som alkoholisme, psykiske lidelser og hyperaktivitet hos barn, har denne profesjonen redefinert oppgavene til å høre under sitt område. Dette er et viktig kjennetegn i Abbotts noe vide definisjon av profesjon. Han definerer en profesjon som en eksklusiv yrkesgruppe med

¹⁴ Det er ikke yrkesgruppen som bør være undersøkelsenheten, men myndighetsområdet yrkesgruppene kjemper om, ifølge Abbott. En studie i hans ånd vil ikke studere profesjonen ergoterapeuter, men heller studere kampen mellom profesjonene om et myndighetsområde. Min interesse i denne oppgaven er ikke kampen om et myndighetsområde som sådan, men profesjonen kommuneergoterapeuter. Av den grunn vil anvendelse av hans teori på min studie, ha visse svakheter, (dette gjelder spesielt presentasjonen av kommuneergoterapiens historie). Jeg synes imidlertid at det lar seg gjøre å anvende Abbotts teorier når man studerer hvordan en profesjon samarbeider med andre.

¹⁵ Oppkalt etter Everett C. Hughes, Chicago-skolen, USA (Feiring 1994:33).

egen teoretisk utdanning som anvender en form for abstrakt kunnskap på sitt spesialområde. Det er også denne definisjonen som benyttes i denne oppgaven.

Abbott hevder at utvikling av profesjoner skjer som et resultat av konkurranse om myndighetsområder mellom yrkesgruppene eller som følge av at myndighetsområder er ledige. Ledige myndighetsområder inntreffer når det er nytt eller dersom den yrkesgruppen som tidligere disponerte myndighetsområdet har forlatt det eller mistet grepet om det. Fra tid til tid blir oppgaver skapt, forlatt eller gjenskapt som en konsekvens av ytre påvirkninger. Profesjonene eksisterer i et system og forandringer medfører knuffing og tilpasning innenfor profesjonssystemet. Slike reaksjonskjeder i profesjonssystemet kan starte på to måter. Enten ved at ytre forandringer i samfunnet åpner eller lukker myndighetsområder eller ved at krefter innad i profesjonen fører til at den søker ny grunn.

Det å inneha et myndighetsområde innebærer at profesjonen har full kontroll over det. Det kan blant annet innebære å ha monopol over yrkespraksis og publikums betaling, samt kontroll over profesjonens utdanning, rekruttering og autorisasjon. Krav på myndighetsområder kan skje på tre ulike sosiale arenaer. Ën måte er å få kontroll over et myndighetsområde gjennom lovbestemmelser og politiske målsettinger. En annen måte er å få tilslutning fra publikum. En tredje måte er forhandlinger på den enkelte arbeidsplass.

Myndighetsområder er eksklusive, i den forstand at to profesjoner vanligvis ikke kan ha full myndighet samtidig, de kan dog dele et område. Et eksempel på det siste er rehabiliteringsområdet som deles av ergoterapeuter, fysioterapeuter og andre (Feiring 1994). En profesjon kan bare okkupere et nytt myndighetsområde, ved enten å finne det ledig eller ved å måtte sloss for det. Kamp om myndighetsområder inntreffer når det er knyttet prestisje og status til det. Ekspansjon til nye myndighetsområder skjer ofte når det er en overdekning av profesjonen. Endringer i Ën yrkesgruppes myndighetsområde får ofte konsekvenser for de andre. Profesjonene utgjør et gjensidig avhengighetssystem og en bevegelse i en retning av Ën profesjon, vil uvilkårlig påvirke de andre.

Mange yrkesgrupper kjemper om nye felt. Det er imidlertid bare profesjoner som kan utvide sitt kognitive herredømme ved å bruke abstrakt kunnskap for å annektere nye områder og redefinere dem til å være innenfor sitt myndighetsområde. Men selv en profesjon kan ikke strekke sine yttergrenser ubegrenset. Jo større mangfold av myndighetsområder en profesjon innehar, desto mer abstrakt må den kognitive strukturen som binder dem sammen være. En profesjon kan følgelig ikke okkupere en rekke vidt forskjellige myndighetsområder. Det vil dessuten variere i hvilken grad ulike yrkesgrupper har en slik overbyggende kognitiv struktur.

Kamp om domener

Jeg har reservert begrepet *myndighetsområde* til det å ha et faglig spesialområde hvor en profesjon har oppnådd en anerkjent og legitim rett til å utføre visse arbeidsoppgaver (Abbott 1988). Ergoterapifaget har ikke eksklusiv kontroll over noe myndighetsområde, slik legene har over det medisinske fagfeltet og sykepleiere har over pleieoppgaver (Feiring 1994). Det er derfor mer interessant i denne oppgaven å fokusere på dominans på mindre områder, *domener*, der kravene ikke er så høye til legitimitet, anerkjennelse og eksklusivitet. Abbotts (1988) teori er slik jeg ser det også anvendelig på domener, selv om det ikke er helt uproblematisk å se bort den anerkjennelsen fra samfunnets side som ligger i myndighetsområdebegrepet.

Det er beskrevet to ulike strategier for domeneutvidelse; samarbeids- og skjermingsstrategi (Lyngstad 1982:125). Skjermingsstrategien innebærer at man prøver å skjerme sitt fags domene for inntrengere, mens samarbeidsstrategien er at man inngår samarbeid med visse profesjoner og til slutt gjør sine tjenester uunnværlige. På denne måten oppnår man et større domene. Hvilken strategi som velges er blant annet avhengig av hvilken posisjon profesjonen har. Som regel vil etablerte profesjoner benytte skjermingsstrategien (Lauvås og Lauvås 1994:86). I prinsippet kan domeneutvidelsene skje både i dybden og i bredden. Ved horisontal ekspansjon velges ofte samarbeidsstrategien, mens ved en vertikal ekspansjon vil sannsynligvis profesjonen utvikle en skjermingsstrategi (Lyngstad 1982:125).

3.4 Tre ulike typer forklaringer på menneskelig handling

Cato Wadel (1990) har bekrevet ulike forklaringsmodeller av sosial handling på grunnlag av egenskaper, relasjoner og systemer. En *egenskapsforklaring* forklarer det som skjer gjennom å tillegge en person visse egenskaper. Dette er en strategi vi ofte bruker i dagliglivet. Ved samarbeidsproblemer er det lett å ty til egenskapsforklaringer. Det innebærer at problemer tilskrives en persons negative egenskaper. Egenskapsforklaringer er defensive, i det de bygger på en forestilling om at mennesket er som det er og at det er små muligheter for endring (Lauvås og Lauvås 1994:28).

Et alternativ til egenskapsforklaring er *relasjonsforklaring*. Denne forklaringer forklarer hvordan vi handler ved å peke på at vi påvirkes gjennom våre sosiale relasjoner til hverandre (Wadel 1990:15). Relasjonell forklaring er en mer konstruktiv måte å se f.eks samarbeidsproblemer på.

Den tredje forklaringstypen, *systemforklaring*, er forklaringer ut fra ytre forhold, fra systemet, strukturen, mønsteret, utviklingen eller rett og slett fra samfunnet (Wadel 1990:46). I dagligtale skylder vi ofte på samfunnet eller samfunnsutviklingen når det er

noe vi er misfornøyde med. Det varierer i hvilken grad sosiologer vil tillegge samfunnsstrukturene et slikt ansvar. Noen legger mer vekt på det uforanderlige og styrende ved samfunnsstrukturene, mens andre påpeker at strukturforklaringer tilslører at systemene og strukturene skapes og vedlikeholdes gjennom menneskelige handlinger (Repstad 1997:23).

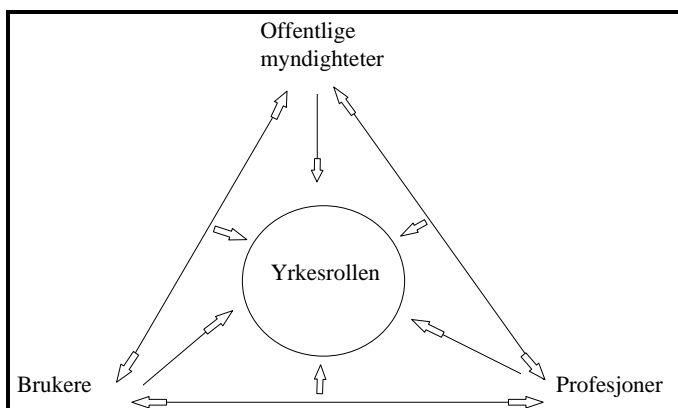
Kommunergoterapeutens rolleutvidelse og yrkesutøvelse kan betraktes ut fra alle disse tre forklaringstypene. En egenskapsforklaring vil fokusere på visse egenskaper kommuneergoterapeuten har, som forklarer hvorfor hun handler som hun gjør. En slik forklaring er forankret i personens personlighet og befinner seg kanskje mer innenfor psykologiens sfære. En relasjonsforklaring vil fokusere på forventningene fra omgivelsene; brukere, samarbeidspartnere og overordnede, som påvirker kommuneergoterapeutens yrkesutøvelse. En systemforklaring vil fokusere på de forhold i organisasjonen som påvirker kommuneergoterapeutens handlingsrom. Alle disse forklaringstypene kan være aktuelle å anvende på mitt empiriske materiale.

3.5 Påvirkning på yrkesrollen

Askjem (1996:165-166) presenterer i sin bok en figur som illustrerer hvordan yrkesroller påvirkes og utvikles (figur 1). Figuren tydeliggjør de tre instansene som yter sterkest påvirkning på yrkesrollen og hvordan de setter rammer for ergoterapeutens virksomhet¹⁶. Disse synspunktene er tatt med fordi de kan bidra til å belyse det tredje spørsmålet i problemstillingen. Figuren kan uten problemer anvendes på kommuneergoterapeutrollen¹⁷. Den viser bl.a en del forhold på makronivå som påvirker rolleutformingen. Figuren gjengis i en noe bearbeidet form i det følgende, i det jeg har relatert påvirkningselementene nærmere opp mot kommuneergoterapeutrollen.

¹⁶ Figur 1 illustrerer instanser på ulike samfunnsmessige nivå som har mulighet til å påvirke yrkesrollen og begrense en yrkesutøvers faglige autonomi. Det er imidlertid organisasjonen ergoterapeuten arbeider i, som det fokuseres på i min empiriske undersøkelse. Dette innebærer også en avgrensning av problemstillingen. Å ha med makroperspektiv i tillegg i undersøkelsen ville blitt for omfattende, så jeg har derfor nøyd meg med denne beskrivelsen av noen forhold på makronivå som har innflytelse på yrkesrollen.

¹⁷ En rolle er en sosial konstruksjon, så det å fremstille rollen så konkret som figuren gjør, kan medføre en tingliggjøring av begrepet som ikke er helt uproblematisk.



Figur 1: Yrkesrollens påvirkningselementer

De offentlige myndigheter

For det første påvirker staten rolleutforming ved å utforme tjenestelover, profesjonslover og forskrifter og ved å benytte rammeplaner for utdanning. For det andre er helse- og sosialpolitikk på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå, en viktig rettesnor for yrkesgruppene i feltet. Myndighetenes politiske prioritering av ulike brukergrupper innebærer føringer på yrkesrollens innhold. Politiske reformer som HVPU-reformen, psykiatireformen osv., medfører at nye domener oppstår med en påfølgende kamp mellom profesjonene. I kommunehelsetjenesten har det politiske systemet beslutningsmyndighet når det gjelder organisering og utforming av tjenestetilbudet og således stor påvirkningmulighet. Kommunene kan utarbeide stillingsbeskrivelser som i stor grad setter rammer for yrkesutøvelsen. Videre er målstyring i form av virksomhetsplaner for den enkelte organisasjon også med å påvirke rolleutforming. Offentlige myndigheter kan dessuten gjennom finansiering prioritere noen tjenester fremfor andre. Øremerkete midler, f.eks. eldremilliarden, kan få konsekvenser for yrkesrollens innhold, ved at det opprettes flere stillinger til å dekke denne brukergruppens behov.

Brukere og borgere

Den enkelte bruker har i varierende grad anledning til å påvirke helsetilbudet han mottar. Gjennom tilbakemelding av erfaringer til yrkesutøveren kan brukeren bidra til å endre rollen på lengre sikt. Brukermedvirkning vil etterhvert få en viktigere plass i helsesektoren og fremtidens brukere vil forvente å være med å forme tjenestetilbudet i større grad enn dagens brukere gjør (Bredland m.fl 1996:240).

Endringer i sykdomsbildet og helsetjenestebehov i befolkningen vil ofte føre til endringer i tjenestetilbudet. Videre har den vanlige borger innflytelse ved politiske valg. Denne muligheten til å påvirke tjenestetilbudet er nok størst på kommunalt nivå. Til

slutt har bruker- og pasientorganisasjoner betydelig innflytelse, spesielt når det gjelder å få oppmerksomhet om manglende eller mangelfulle helsetjenestetilbud.

Profesjonene

Profesjonen selv har også innflytelse på egen yrkesrolle gjennom sin utforming av rollen, i form av vedtak i organisasjoner og gjennom fellestradisjoner og ideologi. Fagorganisasjoner kan bruke virkemidler som boikott og streik til å få gjennom sine ønsker. Egne fagforeninger og tidsskrifter sørger for å informere medlemmene om vedtak og holde dem orientert om strategi, fagutvikling og videreutdanning. Videre virker de ulike yrkesgruppene inn på andre gruppers yrkesroller ved å forsøke å posisjonere seg selv og presse de andre gruppene vekk fra eget domene, som beskrevet tidligere. Dessuten kan spesialisering og videreutdanning endre arbeidsdelingen i feltet og gi monopol på arbeidsmetoder og oppgaver. Kunnskapsutviklingen, ikke minst den teknologiske utviklingen, medfører et press på profesjonene til å utvikle og endre sin rolle for å henge med.

3.6 Drøfting av perspektivene

Å drøfte hvordan alle de ulike betraktningssmåtene som er benyttet i denne oppgaven henger sammen, er en omfattende og ambisiøs oppgave, spesielt for en som ikke selv er sosiolog. Det mest grunnleggende spørsmålet gjelder forholdet mellom individet og samfunnet og hva det er som forklarer menneskets handling. Dette er et stort spørsmål som sosiologien ikke har et entydig svar på. For ikke å sprengte oppgavens rammer og av hensyn til egne begrensninger, unnlater jeg å besvare det spørsmålet. Jeg ønsker imidlertid å komme med noen betraktninger rundt noen av de valgte perspektivene.

Å sammenholde perspektivene er ikke enkelt, da de representerer ulike nivå i sin forståelse av menneskelig adferd. Mens norm- og rolleperspektivet og valgperspektivet er på individnivå, befinner Abbotts teori seg på profesjonsnivå. Han er opptatt av profesjonenes innebygde ekspansjonsdriv, ikke av enkeltmenneskets søken etter utvidet domene. Gruppedynamikken innad i profesjonen medfører et ekspansjonsdriv, som er noe mer enn summen av de enkelte profesjonsmedlemmenes streben etter posisjon, slik jeg forstår Abbott. Når det er sagt, kan det likevel trekkes ut noe spesifikt fra alle teoriene som sier noe om hvordan de betrakter mennesket, for selv en profesjon består jo av enkeltmennesker. Innenfor disse betraktningssmåtene ses mennesket på som henholdsvis normstyrt, preget av kalkulerende egeninteresse eller preget av imperialistiske interesser. Dette gjenspeiles i metaforene som benyttes innenfor de ulike perspektivene, som er hentet fra henholdsvis teateret, markedet og krigsarenaen. Denne ulike grunnforståelsen av mennesket, er en av hovedforskjellene mellom teoriene slik jeg ser det.

Maktdimensjonen er et fellestrekk mellom valg- og bytteperspektivet og Abbotts teori etter min vurdering. Innenfor bytteperspektivet vil den som har noe som andre er interessert i, ha makt. Profesjoner på toppen av yrkeshierarkiet har noe som de andre yrkesgruppene som regel ønsker, nemlig prestisje og status. Disse profesjonene har følgelig makt. Innenfor Abbotts profesjonssystemteori vil det å inneha et myndighetsområde, være å ha makt. Profesjonenes bestrebelser etter å ekspandere sitt område kan tilskrives deres ønske om mer innflytelse, aktelse og status. Kunnskapsperspektivet bidrar til å supplere dette bildet¹⁸. Profesjonelle yrkesutøvere står ikke alene, men er representanter for det kunnskapssynet som forvaltes av profesjonen. Da profesjoner står for ulik kunnskapsforståelse og tenkemåte, vil de derfor ha ulik forståelse av et problem. Det at profesjoner mener at deres fag har noe viktig og unikt å bidra med for å løse brukerens problem, som ingen av de andre profesjonene har, kan være en annen beveggrunn bak deres bestrebelser etter å komme i posisjon. Det primære innenfor dette perspektivet er imidlertid å komme i en posisjon hvor ens kunnskap kan utøves, ikke å komme i en maktposisjon.

Virkeligheten er ikke så enkel at menneskets handlinger ensidig kan forstås ut fra den ene eller den andre betraktningmåten, det vil ofte være behov for å benytte flere perspektiv. I visse situasjoner kan imidlertid den ene betraktningmåten ha større forklaringskraft enn den andre. Verken virkeligheten eller teoriene er konstruert etter dikotomier som er gjensidig utelukkende (Garsjø 1997:95). Jeg er enig med Repstad som hevder at det er uklokt og vanskelig på et generelt grunnlag å ta et klart standpunkt for det ene eller andre sosiologiske perspektivet. "Sosialt liv er for mangetydig til å la seg fange inn i èn enkelt modell" (1997:64). Slik jeg vurderer det er ikke perspektivene som er benyttet i denne oppgaven gjensidig utelukkende, men de bidrar derimot samlet til en mer fullstendig forståelse av et sosialt fenomen. Dette er et uttrykk for en eklektisk tilnærming. Haldis Hjort (1988 I:Garsjø 1997:117) argumenterer for at man må ha en eklektisk holdning til teorier, men advarer samtidig mot at eklektismen kan gli over i prinsipløshet.

¹⁸ Kunnskapsperspektivet burde ha fått en mer sentral plass i oppgaven. Jeg erkjente på et for sent tidspunkt dette perspektivets viktige rolle i tolkningen av materialet.

4. METODE

I dette hovedkapitlet vil jeg beskrive den metoden eller fremgangsmåten som jeg har brukt. *Metode*, i sin originale greske betydning er: "En vei som leder til et mål" (Kvale 1997:12). Målet i denne sammenheng er resultatene min undersøkelse frembragte og analysen av disse. I dette kapitlet inviteres leseren til å være med på veien som jeg fulgte til dette målet, da arbeidsprosessen som ledet frem til resultatene også er av interesse. Selv om veien i sin helhet er arbeidet med hovedfagsoppgaven fra begynnelse til slutt, vil jeg vektlegge hovedsakelig to etapper, nemlig datainnsamling og dataanalyse.

4.1 Valg av kvalitativ forskningstradisjon

Noe av utgangspunktet for denne studien var ønsket om å beskrive kommuneergoterapeuters yrkesrolle og hvordan en endringsprosess som rolleutvidelse foregår innen kommuneergoterapi. Det er gjort to studier tidligere om kommuneergoterapi i Norge (se kapittel 2.4.1), men ingen av dem har vært inne på dette problemområdet. Det var med andre ord et utforsket felt jeg beveget meg inn i. *Kvalitativ metode* er betraktet å være egnet til å benytte innenfor et felt som er lite utforsket (Jensen 1987:16. Min hovedinnvending mot Byggforskrappport 1994 var som tidligere påpekt at den kun kartla arbeidsoppgaver som det i utgangspunktet var kjent at ergoterapeuter holdt på med. Ved bruk av kvalitativ metode ville jeg kunne kartlegge nye sider ved yrkesrollen som ikke var kjent tidligere. Jeg ønsket å bygge videre på den kunnskap som var utviklet i Byggforskrappporten. Hadde jeg valgt å utføre en spørreskjemaundersøkelse slik som Byggforskrappporten, ville mine funn sannsynligvis kun ha repetert det som allerede var fremkommet der.

Valg av teoretiske perspektiver (kapittel 3) ga også føringer på valg av metode. Ville det være aktørnær sosiologi eller sosiologi mer på overindividuell nivå som best kunne forklare kommuneergoterapeuters yrkesutøvelse og rolleutvidelse? Jeg tror ikke at jeg ville ha klart å få belyst slike spørsmål med en spørreskjemaundersøkelse.

Jeg ønsket å få innblikk i kommuneergoterapeuters oppfattelse av sin egen arbeidssituasjon. Jeg ønsket å få fatt i deres tanker, ønsker, ideer og erfaringer i rollen som kommuneergoterapeut. Når en ønsker å få tak i aktørens virkelighetsoppfatning, deres erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger er kvalitativ metode egnet (Malterud 1996:30; Repstad 1993:13).

Videre ønsket jeg å kartlegge hvilke særtrekk yrkesrollen har. Kvalitativ metode bør i følge Repstad (1993:15) benyttes når vi skal få innsikt i grunntrekk og særpreg i et bestemt miljø. Jeg ønsket dessuten å studere ergoterapeuters prosess når det gjelder å

utvikle rollen i en mer differensiert retning. Jeg vurderte det slik at kvalitativ metode ville være best egnet til å studere mellommenneskelige prosesser.

Selv om jeg her har argumentert for at det var problemstillingens art og valg av teoretiske perspektiver som avgjorde valg av kvalitativ forskningstradisjon, må jeg også vedgå at jeg tok hensyn til egen kompetanse og mine preferanser på området. Kvalitativ metode ligger nok nærmere mitt hjerte enn kvantitativ metode.

4.2 Valg av metodologi

Det å blande ulike forskningsstrategier er svært vanlig. Stern (1994:219) advarer mot å hevde at man bruker en bestemt metodologi, mens man i virkeligheten har brukt en blanding av ulike innfallsvinkler. Årsaken til at dette skjer, hevder hun skyldes manglende forståelse og kunnskap om perspektivet man utgir studien for å falle inn under, både fra forskerens og veilederens side (ibid:216).

Det er både fellestrekk og ulikheter mellom forskjellige metodologier som f.eks etnografi, fenomenologi og "grounded theory". Litteraturen er etter min mening lite entydig på dette området, og det er vanskelig å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap til fullt ut å kunne differensiere mellom dem. Av respekt for de ulike retningenes kunnskapsbase og fordi jeg ikke er i et miljø med tradisjon for å velge en av retningene, har det ikke falt naturlig for meg å velge en spesiell metodologi i denne studien. Selv om jeg spesielt i analysen har benyttet begreper og en arbeidsprosedyre fra fenomenologien, er dette på ingen måte en fenomenologisk studie.

4.3 Valg av metode for datainnsamling

Rent generelt er formålet med det kvalitative intervjuet å fremskaffe empirisk materiale som består av aktørens egne beskrivelser av seg selv og den livsverden som han/hun må forholde seg til (Fog 1994:14; Kvale 1997:9). Det er nettopp personens handlinger, følelser og tanker vi er interesserte i.

Min primære interesse var ikke å studere hvordan ergoterapeuter samhandler ansikt til ansikt med brukere og samarbeidspartnere. Da ville jeg ha valgt observasjon som metode for datainnsamling. Jeg var mer interessert i å få frem informantenes tanker og erfaringer. Ren observasjon av handling kan være utilstrekkelig, dersom man vil trenge inn i aktørens verdensbilde og forstå den meningen de legger i sine handlinger." Det er nødvendig å snakke med folk" (Repstad 1993:57).

Jeg var ute etter å kartlegge den dynamiske prosessen som skjer når en rolle utvides og en tjeneste etableres i kommunehelsetjenesten. Det kvalitative forskningsintervju er i

følge Fog (1994:111) godt egnet til å kartlegge den dynamiske sammenhengen i et mindre system. Valget av det kvalitative intervju som metode for datainnsamling er gjort ut fra disse overveielene, i tillegg til en mer pragmatisk vurdering av hva som var overkommelig for meg med den tid og de ressurser jeg hadde til rådighet. Jeg hadde ikke ressurser til å basere undersøkelsen på både intervju og deltagende observasjon, så valget falt på intervju.

4.4 Valg av informanter

Utvalgskriterier

Det aktuelle fylket på Vestlandet som studien ble utført i, består av et tredvetalls kommuner¹⁹. I nøyaktig halvparten av disse kommunene var det ansatt ergoterapeut da undersøkelsen fant sted²⁰. Sentralt i fylket ligger en storkommune som er fylkets administrative sentrum. Denne kommunen består av et titalls bydeler. Til denne studien er det valgt informanter fra 4 bydeler og 5 kommuner i fylket. Utvalget besto av 10 kommuneergoterapeuter totalt. Utvalgets størrelse ble begrenset av den tid jeg hadde til rådighet.

Ved valg av informanter og kommuner/bydeler har det vært viktig å ha med informanter med variert erfaring fra kommuneergoterapi. Utvalget måtte derfor bli til ved målrettet seleksjon blant aktuelle kandidater. Et slikt strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsetting at materialet skal inneholde adekvate data som både i dybde og bredde har potensialet til å gi mest mulig relevante svar på problemstillingen (Malterud 1996:55). Mitt siktemål var å få et heterogent utvalg med størst mulig variasjonsbredde og informasjonsrikdom.

Forhold som jeg vurderte som viktige å ha med, var blant annet å ha med ergoterapeuter med ulik organisatorisk tilknytning. Grunnen til dette ønsket var å se om organisatorisk tilknytning hadde innvirkning på kommuneergoterapeutens arbeid. Jeg ønsket videre å ha med ergoterapeut som arbeidet som eneste representant for yrkesgruppen og ergoterapeuter som arbeidet i et ergoterapifaglig fellesskap, for å se hvordan dette virker inn på ergoterapeutens arbeidssituasjon. Jeg ønsket også å ha med ergoterapeuter som arbeidet med ulike brukergrupper og aldersgrupper. Dette var for å studere ulikheter og fellestrekk ved kommuneergoterapeutrollen.

Jeg ønsket også å ha med ergoterapeuter med både kort og lang arbeidserfaring og kommuner/bydeler med både kort og lang tradisjon for å ha ergoterapi. Disse dataene

¹⁹ Mer eksakte data oppgis ikke, av fare for å avsløre fylkets identitet

²⁰ Det eksisterer en faggruppe for kommuneergoterapeutene i fylket. Jeg har forholdt meg til deres oversikt over kommuneergoterapeuter i fylket i 1997.

mente jeg ville kunne hjelpe meg i å analysere hvordan ergoterapeutrollen -og tjenesten utvikles og formes i en kommune.

Til slutt ønsket jeg størst mulig spredning med hensyn til kommunenes og bydelenes sammensetning. Dette innebar å ha med både urbane bydeler og mer landlige småkommuner. Det var og et poeng å ha med mer perifere kommuner med et annet næringsgrunnlag enn storkommunen og dens tilgrensende kommuner basert på servicenæring. Geografisk spredning i fylket ble også etterstrebet. Jeg erfarte at befolkningsgrunnlaget varierte innen bydelene i storkommunen, f.eks at det var en del variasjoner i befolkningens alderssammensetning. Jeg antok derfor at dette også ville variere fra storkommunen til andre kommuner og internt mellom kommunene. Jeg valgte følgelig kommuner ut fra demografiske data om befolkningen, ut fra en antagelse om at ulikt befolkningsgrunnlag ville ha innvirkning på ergoterapeutenes brukergrupper.

Rekruttering

Jeg tok tidlig kontakt med faggruppen for kommuneergoterapeuter i fylket i den hensikt å rekruttere informanter til studien. Jeg deltok på et medlemsmøte hvor jeg informerte om studien og ba ergoterapeuter som var interessert i å delta i undersøkelsen om å kontakte meg. Det samme tilbudet ble via referatet fra møtet sendt til alle kommuneergoterapeutene i fylket. Dette førte til positivt svar fra 4 bydeler/kommuner. Deretter tok jeg en telefonrunde, og enda litt senere sendte jeg en skriftlig forespørsel, for å prøve å rekruttere ytterligere informanter.

De 4 bydelene/kommunene som meldte seg selv, ble vurdert til å oppfylle mine kriterier for å kunne delta. De resterende bydeler/kommuner ble valgt ut fra ønsket om å supplere utvalgets sammensetning. Av totalt syv innledende, skriftlige henvendelser, fikk jeg positivt svar fra fire kommuner/bydeler. Jeg valgte å benytte to av disse informantene. Videre fikk jeg avslag fra tre kommuner/bydeler²¹.

De resterende 4 informantene ble rekruttert underveis i datainnsamlingsperioden. Ingen av disse avsto å delta. Jeg vurderte fortløpende hvilke kandidater og kommuner/bydeler som var best egnet til å tilføre noe nytt til materialet. Etter å ha intervjuet en del ergoterapeuter som arbeidet innen somatikk, erfarte jeg at jeg hadde tynt materiale når det gjaldt ergoterapeutens arbeid innen psykiatri og med barn. De tre siste informantene som ble rekruttert arbeidet innenfor disse fagfeltene.

²¹ En ergoterapeut avsto fordi hun var nyutdannet og derfor var usikker på egen rolle. En annen ergoterapeut avsto på vegne av sin kommune fordi hun var misfornøyd med arbeidsforholdene på stedet. En tredje ergoterapeut oppga som grunn at det ville bli for belastende å ha meg der. Dette var på et tidspunkt hvor jeg hadde planer om å intervju flere yrkesgrupper på hvert sted og å utføre observasjon over en viss tid. Disse avslagene fikk ingen negativ innvirkning på utvalgets sammensetning.

4.5 Forberedelser før intervjuundersøkelsen

4.5.1 Forberedelser av teoretisk, kognitiv og praktisk art

En intervjuundersøkelse krever en del forberedelse. For det første er det viktig med en gjennomgang av den teori og empiri som finnes på feltet (Fog 1994:17-19). Den kunnskapen jeg ervervet ved lesning av litteratur med påfølgende refleksjon over dette, har jeg presentert i innlednings-, kommuneergoterapi- og teorikapitlet. Den gjennomgangen av teoretisk kunnskap som jeg gjorde før datainnsamlingen, har preget innholdet i intervjuene.

Det kreves imidlertid en forberedelse av en annen art før en intervjuundersøkelse, nemlig selvransakelse (ibid:19). Det innebærer en bevisstgjøring av hvilke følelser eller fordommer det å intervju frembringer i meg, samt hvordan forholdet til mine informanter påvirker meg. Selvransakelsen innebærer også å undersøke eget forhold til undersøkelsens tema, min førforståelse. Det er imidlertid ikke mulig å artikulere ens førforståelse fullt ut, en del av den vil alltid forbli taus. Jeg gjorde imidlertid et forsøk på å artikulere min førforståelse i innledningskapitlet.

Før intervjuene sendte jeg brev til alle informantene (vedlegg 1). I brevet informerte jeg om hvordan selve intervjuet ville foregå og håpet at dette ville dempe prestasjonsangsten noe. For selv å være godt forberedt til intervjuene, ba jeg informantene om å fylle ut et skjema med bakgrunnsopplysninger om dem selv og om kommunen/bydelen (vedlegg 2).

4.5.2 Ethiske og juridiske forhold

Lenge før undersøkelsen startet, skrev jeg en søknad om tilråding til Regional komite for medisinsk forskningsetikk. Komitèen svarte at mitt prosjekt var av en sådan karakter at det ikke behøvde ordinær komitebehandling (vedlegg 3). Dette fordi komitèen skal forelegges alle forskningsprosjekter: “ Hvor det inngår forsøk på mennesker og som ikke er av en slik art at det kan regnes som en del av vanlig etablert behandlingsprosedyre”. Mitt forskningprosjekt falt utenfor disse rammene blant annet fordi det var ikke-terapeutisk og ikke innebar ubehag eller risiko for informantene²².

²² På det tidspunktet hadde jeg planer om å være med ergoterapeuten på besøk i brukerens hjem. Jeg ble derfor anbefalt om å kontakte fylkeslegen i det aktuelle fylket for å få veiledning om regelverket rundt dette. På et senere tidspunkt bestemte jeg at undersøkelsen kun skulle baseres på intervju med ergoterapeuter og at jeg ikke ville ha noe med deres brukere å gjøre.

Jeg kontaktet juridisk seksjon ved Fylkeslegens kontor for å få stadfestet om jeg trengte å innhente tillatelse fra helsesjefene i de aktuelle bydelene/kommunene for å kunne utføre undersøkelsen. Dette ble avkrefet. Jeg har imidlertid skrevet brev til alle helsesjefene og orientert om undersøkelsen (vedlegg 4).

I mitt brev til ergoterapeutene presiserte jeg at konfidensialitet ville bli ivaretatt ved at informantens og bydelens navn ikke vil bli avslørt (vedlegg 1). Videre presiserte jeg at studien var basert på frivillig informert samtykke. Informantene måtte skriftlig bekrefte at de samtykket i å delta i undersøkelsen og at de var informert om at de kunne trekke seg på ethvert tidspunkt (vedlegg 5).

Noen vil kanskje innvende at jeg trengte konsesjon fra Datatilsynet for å opprette et personregister over kommuneergoterapeuter. I en tilsvarende undersøkelse utført på kommunefysioterapeuter (se Fogstad og Hagland 1996), fikk forfatterne svar fra Datatilsynet at registeret ikke var konsesjonspliktig. Begrunnelsen var at opplysningene som skulle lagres ikke var sensitive nok, fordi de verken inneholdt opplysninger om rase eller politisk eller religiøs oppfatning, kriminell fortid, helseforhold, seksuelle forhold eller private familieforhold. Jeg konkluderte derfor med at det også for min del ville være unødvendig å søke om konsesjon.

4.6 Utvikling av intervjuguide og erfaringer fra prøveintervju

Utvikling av intervjuguide

Intervjutyphen som jeg har benyttet, kan karakteriseres som et tematisert, ikke-strukturert intervju. I et slikt intervju vil intervjuguiden inneholde de temaer som skal dekkes og deres rekkefølge. Mine problemstillinger var selvfølgelig styrende for utviklingen av intervjuguiden. Temaene for intervjuet var mer eller mindre gitt etter min teoretiske fordykning.

Hensyn som jeg la til grunn ved utvikling av intervjuguide og ved utføring av selve intervjuene, var å ha åpne, enkle og korte spørsmål. Det var naturligvis viktig å komme med konkrete, ikke for generelle spørsmål. Jeg var bevisst på at jeg ville ha fokus på den mening informantene la i fenomenene, ikke bare på faktiske opplysninger. For å avdekke eventuell ambivalens og inkonsistens, prøvde jeg å stille spørsmål fra ulike vinkler for eventuelt å oppklare misforståelser. Videre var det å ha fokus på oppgavens problemstilling viktig, samtidig som jeg måtte være åpen for at andre meninger og temaer enn forventet kunne dukke opp. Det var også viktig å være fleksibel med hensyn til rekkefølgen på temaene og formen på spørsmålene, for å kunne følge opp svarene som ble gitt.

Erfaringer fra prøveintervju

Jeg utførte to prøveintervju. Før disse startet var jeg svært oppmerksom på den feilen mange nybegynnere gjør, nemlig at de er for bundet av intervjuguiden. Dette hindrer dem i å avdekke interessant empirisk materiale. Samtidig fryktet jeg at jeg skulle glemme å stille viktige spørsmål, dersom jeg løsrev meg for mye fra intervjuguiden. Jeg var nok noe selvsentrert under det første intervjuet, men jeg syntes likevel at jeg klarte å lytte til informantens budskap og å stille relevante oppfølgingsspørsmål. En annen erfaring jeg gjorde, var at intervjuguiden min var for omstendelig. Av frykt for å ikke få dekket viktige temaer godt nok, hadde jeg laget for mange spørsmål. Jeg erfarte at disse spørsmålene var overlappende, og intervjuguiden ble følgelig noe redusert.

Prøveintervjuene innebar også nyttige erfaringer i bruk av båndspiller. Ved utskrivning av kassetten, erfarte jeg at en informant tidvis hadde snakket så lavt at båndspilleren ikke hadde fått det med. Ved avspilling av kassetten hørtes noe av samtalen ut som uforståelig mumling. Jeg ble dermed bevisst betydningen av å ha auditivt gode opptak.

Jeg stilte ikke så store krav ved utvelgelse av informanter til prøveintervjuene. Begge informantene var representanter for en mer tradisjonell ergoterapeutrolle. Jeg erfarte dermed at jeg ikke fikk den ønskete informasjonsrikdom i de data som kom frem i intervjuene. Jeg ble derfor mer bevisst på hvor viktig det ville være å håndplukke informantene for å få den ønskete variasjonsbredden i utvalget.

4.7 Gjennomføring og erfaringer fra intervjuundersøkelsen

Gjennomføringen av intervjuene

Alt i alt brukte jeg ca. to timer pr. intervju, inkludert en kort pause midtveis og litt løst prat før og etter intervjuet. De fleste av intervjuene ble foretatt på informantens arbeidssted, enten på et møterom eller på informantens kontor. Fire informanter hadde kontor på det lokale sykehjemmet, én hadde på et dagsenter, én hadde kontor på en skole, de resterende hadde kontor sammen med den øvrige helse- og sosialtjenesten som regel på kommunehuset. Informantene delte ofte kontor med andre, som oftest fysioterapeuter. En ergoterapeut som arbeidet med barn, disponerte treningsrom sammen med fysioterapeutene. Utover dette hadde ikke informantene spesielle treningslokaler, men flere kunne låne det som fantes på sykehjemmet. To informanter ble intervjuet i deres private hjem etter eget ønske.

Jeg la vekt på å ha en briefing med informanten før og etter intervjuet. Jeg syntes det var viktig å få etablert kontakt før intervjuet startet. Jeg informerte om hvordan intervjuet ville foregå, i den tro at det ville berolige informanten. Jeg fortalte også litt

om meg selv og om undersøkelsen min. Etter intervjuet snakket vi litt om hvordan det hadde opplevdes for informantene. Informantene ga uttrykk for at det hadde vært greit å bli intervjuet, men de fleste var helt “tomme” i hodet og utkjørte etterpå. Jeg innså dermed at et slikt dybdeintervju er ganske intenst og krevende for den som blir intervjuet. De fleste av informantene var interessert i å få vite hvordan de kunne få innblikk i mine resultater når disse en gang i fremtiden ville foreligge. Så før jeg dro, fortalte jeg litt om hvor resultatene av undersøkelsen eventuelt ville bli publisert og når hovedfagsoppgaven ville være tilgjengelig.

Erfaringer fra intervjuene

Selve intervjuguiden var relativt omfattende (se vedlegg 6). Den ble justert etter hvert intervju, slik at intervjuguiden fra første prøveintervju og siste reelle intervju, ble ganske forskjellige. Intervjuguiden er blitt brukt som en huskeliste for temaer jeg ønsket å ta opp. Jeg har følt meg fri til å hoppe over spørsmål og å forfølge temaer som ikke sto i intervjuguiden. Jeg syntes dermed at jeg klarte å løsrive meg ganske godt fra denne.

Jeg har gjennom klinisk arbeid lang erfaring i å intervju pasienter. Det å være i en intervjuerrolle var ikke nytt for meg og jeg erfarte at jeg hadde ferdigheter i dette som kom til nytte. Dette gjaldt spesielt det å ha oversikt over mange forhold samtidig. Det innebar å ha oppmerksomhet på intervjuguide, på informantens budskap, på vår mellommenneskelige prosess og på egne reaksjoner og refleksjoner parallelt.

I selve intervjusituasjonen erfarte jeg at jeg ved noen spørsmål ikke fikk noe svar fra informantene. De svarte enten at de ikke visste svaret på spørsmålet eller at de ikke hadde tenkt på det før, eller sa rett ut at det kunne de ikke svare på. Feilen ved spørsmålet jeg hadde formulert var at det ikke i god nok grad åpnet for svar. Spradley (1979:86) beskriver en teknikk som går ut på å ta en Grand Tour når spørsmål stilles. Det vil si å komme med en lengre utredning først som forklarer hva saken handler om, og til slutt komme med selve spørsmålet. Jeg erfarte at bruk av denne metoden løsnet på tungebåndet til informantene.

Jeg opplevde i starten et dilemma mellom det å stille et eksakt spørsmål slik at jeg kom til kjernen av det aktuelle fenomenet på den ene siden, og det å ikke stille for ledende eller støtende spørsmål på den andre siden. Senere var jeg ikke så redd for å stille ledende spørsmål. I min tolkning av informantenes utsagn spurte jeg ofte rett ut om det de sa betydde at det var slik eller slik. Jeg presenterte dermed én eller flere tolkninger av deres utsagn. Jeg erfarte ofte da at de avkreftet min påstand og presenterte en annen tolkning. De lot seg med andre ord ikke seg lede av mitt spørsmål.

4.8 Analyseprosessen

4.8.1 Metodisk utgangspunkt for analyseprosessen

Analyser blir ofte kritisert for at de er utført etter intuisjon og at de i liten grad kan gjøres rede for i ettertid. Jeg var derfor opptatt av å utføre analysen på en systematisk måte og ønsket å følge en fastlagt prosedyre som kunne hjelpe meg med dette. Giorgi (1994) har utarbeidet en metode for analyse som etter modifisering av andre kan karakteriseres som en pragmatisk blandingsprosedyre (Malterud 1996:92-103). Jeg har valgt å benytte denne arbeidsprosessen ved analyse av intervjuene²³. Selv om tilnærmingen har utgangspunkt i fenomenologisk tenkning, krever den ikke omfattende kunnskap om fenomenologisk filosofi. Metoden begrenser seg ikke til en fenomenologisk studie, men har også blitt anvendt på andre former for kvalitative studier (Kvale 1997:178). Som påpekt under kapittel 4.2 har ikke jeg valgt en spesiell metodologisk tilnærming. Jeg ønsker også i analysen å holde en lav profil med hensyn til det fenomenologiske aspektet ved denne metoden.

Det finnes minst tre formål for analyse av kvalitative data (Malterud 1996:78-86). For det første kan funnene føre til utvikling av nye beskrivelser. For det andre kan analysen føre til utvikling av nye begreper. For det tredje kan analysen føre til utvikling av teoretiske modeller. Det er selvfølgelig mulig å kombinere disse. Det som velges vil være avhengig av prosjektets problemstilling og forskerens ambisjonsnivå. I mitt tilfelle med de ressurser jeg hadde til rådighet, var det å utvikle beskrivelser av kommuneergoterapeutens yrkesrolle og tildels utvikle nye begreper nok. Noen intensjon om å utvikle teori på området hadde jeg ikke.

4.8.2 Beskrivelse av analyseprosessen

Datainnsamling og analyse parallelt

Jeg anså det som viktig at datainnsamling og dataanalyse ble foretatt parallelt. Det å analysere og tolke under hele datainnsamlingen og prøve å utvikle forståelsen etter hvert intervju, er avgjørende for å videreutvikle funnene ved neste intervju. Av den grunn strakk jeg datainnsamlingsperioden ut over nesten tre måneder, fra slutten av september til midten av desember 1997. På grunnlag av mine refleksjoner etter hvert intervju, justerte jeg spørsmålene ved neste intervju. Det dukket etterhvert frem

²³ Denne analysemetoden består av 4 trinn (Giorgi 1994:10; Malterud 1996:93; Kvale 1997:177). Det første trinnet består i å få et helhetsinntrykk. Det innebærer å lese gjennom materialet, få et helhetsinntrykk av det og etterhvert få oversikt over hvilke temaer som kan skimtes i materialet. Det andre trinnet er å identifisere meningsdannende enheter i teksten. Disse meningsbærende enhetene systematiseres ved koding. I analysens tredje trinn abstraheres den kunnskapen som hver av kodegruppene representerer. Dette gjøres ved å redusere innholdet i de meningsbærende enhetene. Dette dekontekstualiserte materialet omskrives til abstrakt mening. Det fjerde og siste trinnet er å sette sammen bitene igjen. Funnene sammenfattes med sikte på å skape nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre.

hypoteser og antagelser som jeg prøvde å teste ut i neste intervju. Ettersom som jeg ble mer rutinert som intervjuer, ble jeg også flinkere til å tolke utsagn i selve intervjuet og å sjekke ut om min forståelse var riktig. Jeg gjorde en foreløpig analyse etter fire intervju. Resultatene av den viste at noen temaer ikke var dekket godt nok og måtte utforskes mer i de kommende intervjuene. På disse 4 første intervjuene utførte jeg de tre første trinnene av analysen; få et helhetsinntrykk, kode meningsbærende enheter og redusere innholdet i meningsbærende enheter. Senere utførte jeg denne prosessen etter hvert intervju før jeg utførte det neste intervjuet. Dermed var analyseprosessen kommet langt på vei, før neste intervju ble utført.

Få et helhetsinntrykk

Til å begynne med hadde jeg ikke oversikt over det materialet jeg hadde samlet inn og var i en periode i tvil om det i hele tatt kunne brukes til noe. Jeg skrev ut alle intervjuene på maskin selv. Det var først etter transkripsjonen av intervjuet at jeg fikk et helhetsinntrykk av hva det hadde handlet om. Transkriberingen var en omstendelig prosess, men etter at den var fullført hadde jeg bra oversikt over materialet.

Da intervjuene ikke skulle tolkes spesielt med henblikk på lingvistiske eller psykologiske forhold, tok jeg meg den frihet å redigere noe under transkripsjonen. For å lette forståelsen av teksten i ettertid, har jeg byttet litt på ordstilling. Jeg har følgelig redusert det muntlige preget litt, der det kunne gjøres uten å gå ut over meningsinnholdet. Noen av informantene snakket nynorsk. Av hensyn til informantenes anonymitet, har jeg skrevet dette om til bokmål. Intervjuene var i gjennomsnitt på 18 sider maskinskrevet tekst hver. Etter 10 intervju satt jeg igjen med et materiale på ca. 180 sider.

Koding av meningsbærende enheter

I denne fasen av analysen, organiserte jeg materialet som jeg skulle studere nærmere. Dette skjedde ved at jeg foretok en systematisk gjennomgang av materialet hvor jeg identifiserte meningsbærende enheter og ga dem en kode. Mange av kodene ga seg mer eller mindre selv eller kunne utledes av min problemstilling, forskerspørsmål og teoretiske perspektiver. Jeg startet i første omgang med fem hovedkategorier: Disse var: Arbeidsoppgaver, yrkesrolle, samarbeid, forventninger til ergoterapeuten og organisasjon. Under hver av disse hadde jeg 3-5 koder (vedlegg 7). En hovedkategori oppsto ved at jeg så at her var et viktig datamateriale som ikke falt inn under de øvrige kategoriene, dette gjelder f.eks hovedkategorien samarbeid. Underveis ble kodene justert for å bli mer presise. Jeg oppdaget at det under noen koder fantes svært få meningsbærende enheter som skyldtes at kodene ikke hadde vært treffende nok. Jeg lot imidlertid disse kodene stå, men de meningsbærende enhetene ble satt i en større sammenheng med andre koder under analysen. I ettertid ser jeg imidlertid at flere av de

valgte kodene var lite dekkende for de resultatene jeg etterhvert utviklet. Jeg burde nok ha lagt ned mer arbeid i å finne passende koder i forkant av analysen.

Rent konkret ble kodingen foretatt ved at jeg kopierte fem kopier av hvert intervju, en for hver hovedkategori. Meningsbærende enheter ble fargelagt med markeringsstusj, hver kode hadde sin farge. Til slutt satt jeg igjen med fem kodete og dekontekstualiserte kopier av intervjuet, i tillegg til en urørt kopi.

Reduksjon av innholdet i meningsbærende enheter

I denne fasen erfarte jeg at de konkrete beskrivelsene av informantenes arbeidssituasjon ikke lot seg abstrahere i særlig grad. Det jeg imidlertid gjorde i denne fasen var å redusere materialet. Det skjedde ved at jeg skrev ut de meningsbærende enhetene under hver underkategori til forkortet mening. På denne måten ble de 180 sidene med maskinskrevet materiale redusert til en god bunke håndskrevne notater. Jeg sammenlignet materialet innenfor hver kode i alle intervjuene og skrev en foreløpig oppsummering av funn under hver kodegruppe. Nå begynte jeg for alvor å utvikle min forståelse av de meningsbærende enhetene jeg hadde funnet i materialet. Jeg kunne konstatere at jeg hadde utviklet en del gode data.

Sammenfatning

Først ble kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe innenfor en hovedkategori sammenfattet. For hver kodegruppe ble det laget en innholdsbeskrivelse og det ble plukket ut noen sitater og eksempler som best ga uttrykk for innholdet i teksten. Etter dette ble funnene rekontekstualisert. Da gikk jeg tilbake til de håndskrevne notatene og de originale utskriftene for å sjekke at det var belegg for funnene i materialet. Sammenfatningen innebar en stadig veksling mellom det å skrive beskrivelser og konklusjoner og det å sjekke for belegg i materialet. Jeg leste også originalutskriftene igjen og igjen, for om mulig å avdekke nye muligheter i materialet.

Skrivingen av resultat- og diskusjonskapitlet innebar en evig pendling fra teori til empiri og analyse og tilbake. Jeg prøvde å ha mine teoretiske perspektiver langt fremme i bevisstheten under sammenfatningen. Når det gjaldt teori om ergoterapi, gikk oppgaven mer ut på å sammenligne mine resultater med den foreliggende forskningen. Med hensyn til sosiologisk teori, var det mer å anvende teorien på min empiri og å diskutere teorien i lys av mine resultater og refleksjoner.

4.9 Ivaretagelse av reliabilitet og validitet

Jeg vil i det følgende beskrive hvordan jeg har prøvd å ivareta henholdsvis reliabilitet og validitet under de ulike fasene i forskningsprosessen. Det hevdes at forskerens viktigste virkemiddel i pålitelighetens tjeneste er å gjøre leseren til en informert ledsager som gis innsikt i de betingelser som kunnskapen er utviklet under (Malterud 1996:25). Dette har vært mitt hovedanliggende under fremstillingen av hele metodekapitlet.

Reliabilitet har med nøyaktighet å gjøre. Det er viktig at data ikke er samlet inn på en slurvete måte, og at analysefasen har vært preget av systematikk og grundighet (ibid:24). Jeg har synliggjort dette ved å presentere mitt utgangspunkt, min førforståelse, min kunnskap om feltet og mine teoretiske perspektiv gjennom de tre første innledende kapitlene. Jeg har også klargjort min rolle overfor informantene og feltet forøvrig. Videre har jeg beskrevet hvordan jeg i selve intervjusituasjonen var oppmerksom på betydningen av auditivt gode lydbåndopptak. Jeg foretok både intervju og transkripsjon selv, for å motvirke avvik mellom disse. Jeg har beskrevet hvordan jeg prøvde å være tro mot informantens utsagn ved transkripsjonen og hvor systematisk analysen ble foretatt på de ulike trinnene. Videre har jeg ved utvelgelse og bearbeiding av sitat som er benyttet i resultatkapitlet, søkt å gjengi informantens utsagn på en nøyaktig måte.

Å validere vil si å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet (Kvale 1989:73). En viktig forutsetning for validitet er at det er konsistens mellom alle leddene i forskningsprosessen; fra problemstilling, til teoretisk perspektiv, metode, analyse, resultater og diskusjon. Dette har vært min overordnede ledestjerne under planleggingen og utførelsen av arbeidet. Intervju som metode ble bestemt av problemstillingen, da intervju ble vurdert til å være en metode som ville kunne gi valide svar på problemstillingen. Under selve datainnsamlingen var det viktig å ha problemstillingen før øye hele tiden under spørsmålsstillingen, slik at svarene som ble avgitt var relevante i forhold til oppgavens problemstilling. Videre brukte jeg intervjusituasjonen aktivt for å sjekke ut om min tolkning av informantens utsagn var gyldig.

I analysefasen har jeg gjennom rekontekstualisering sjekket at funnene mine hadde belegg i rådataene. Jeg har søkt å begrense forskerskjevhet ved å ikke avslutte analysen for tidlig og ved å utforske alle muligheter jeg kunne se i materialet. Videre har jeg prøvd å vekke funnene riktig, det vil si å gi dem deres rettmessige betydning. Jeg har også utforsket avvikende tilfeller.

For å styrke resultatenes validitet før hovedfagsoppgaven ble levert, har jeg presentert resultatene på et møte for kommuneergoterapeuter i fylket, hvor også noen av informantene var tilstede. Disse informantene bekreftet beskrivelsen av sin virkelighet. Tilhørerne ga dessuten uttrykk for gjenkjennelse og at resultatene hadde åpnet for ny

innsikt. Informantenes fysiske nærvær under presentasjonen på møtet førte til at jeg ble bevisst den enkeltes informants bidrag til konklusjonene. Tilstedeværelsen av informant 4a førte f.eks til at jeg identifiserte og ble bevisst hennes bidrag. Det opplevdes for meg som tilfredsstillende å bli bevisst den nære sammenhengen det var mellom den enkelte informants bidrag og mine konklusjoner. Dette tok jeg til inntekt for at funnene mine hadde belegg i materialet.

Jeg har i fremstillingen i resultatkapitlet prøvd hele tiden å presisere hvem kunnskapen er gyldig om og har spesielt differensiert mellom ergoterapeut i somatikk og ergoterapeut i psykiatri. Videre har jeg gjennom eksempler og sitater vist at konklusjonene hadde belegg i materialet.

4.10 Styrke og svakhet ved metode

Designet

En svakhet ved oppgaven kan være at det kun er ergoterapeuter som er blitt intervjuet. Jeg hadde opprinnelig ønske om å intervju både ergoterapeutens nære samarbeidspartnere og hennes leder. Jeg ønsket å få fatt i *deres* bilde av ergoterapeuten og ergoterapeutrollen. Dette ble ikke gjort på grunn av begrensede ressurser. Jeg har i stedet intervjuet ergoterapeuten om hva hennes inntrykk av samarbeidspartneres og ledes oppfatning av henne er. Det å ha intervju med primærkilder, ville ha styrket validiteten av disse funnene.

Forming av ergoterapitjenesten foregår i et samspill mellom mange ulike parter, hvorav brukeren er en av dem. Brukeren er ikke en passiv mottager av tjenester fra ergoterapeuten. Også brukerne med deres ulike behov er med på å forme ergoterapeutens yrkesutøvelse (Ytrehus 1994:29). Brukernes aktive rolle i utformingen av tjenesten er ikke vektlagt i denne undersøkelsen og det kan ses på som en svakhet. Nødvendigheten av å la brukernes behov for ergoterapitjenester bli førende for utforming av tjenesten er imidlertid understreket.

Utvalget på 10 informanter kan synes lite for å belyse problemstillingen. Jeg la imidlertid en del arbeid ned i å finne et utvalg med stor variasjonsrikdom og syntes selv at jeg endte opp med et utvalg som kunne belyse mange sider av kommuneergoterapeuters yrkesutøvelse og yrkesrolle (se vedlegg 8). Det var spesielt verdifullt at jeg fikk med kommuneergoterapeuter som arbeidet innen psykiatri i utvalget, fordi inkludering av denne gruppen tydeliggjorde kontrastene mellom ergoterapeut i somatikk og i psykiatri. Jeg synes imidlertid at et utvalg med kun tre ergoterapeuter innen psykiatri, innebærer et for begrenset materiale til å kunne generalisere innen dette fagfeltet. Alt i alt var de 10 intervjuene ganske omfattende. De

resulterte i et stort materiale som syntes å gi et bredt og differensiert bilde. De to prøveintervjuene må dessuten regnes med, i den forstand at de var med på å bedre min forståelse av feltet. Jeg opplevde imidlertid ingen følelse av “metning” etter 10 intervju, jeg syntes stadig at jeg fikk nye opplysninger. Det betyr nok at flere informanter ville ha tilført materialet enda større informasjonsrikdom, men jeg tror ikke at hovedkonklusjonene ville blitt annerledes med større utvalg.

Forskerrollen

Det å forske på egen yrkesgruppe kan innebære ulemper, såvel som fordeler. Som tidligere beskrevet syntes jeg det fortrinnsvis har vært en styrke at jeg selv er ergoterapeut. Min feltkunnskap medvirket til at jeg klarte å sette sammen et utvalg med bredde, og min bakgrunn som ergoterapeut gjorde det lettere å få innpass i feltet. Jeg tror også at mitt kjennskap til faget og erfaring som kommuneergoterapeut har medvirket til at jeg raskt forsto informantenes svar. En annen fordel med dette slik jeg ser det, er at min bakgrunn gjorde at jeg bedre kunne vurdere validiteten av dataene og hvorvidt de frembragte ny kunnskap.

På den annen side ville det være lett for meg som ergoterapeut å gå i den fellen at jeg overidentifiserte meg med mine informanter siden de representerte samme yrkesgruppe som meg selv. Faren var at jeg kunne gå for mye inn i ergoterapeutrollen, til trengsel for forskerrollen. “Når man studerer kolleger, er man mer tilbøyelig til å velge side. Man mister den akademiske distansen og får personlige interesser i det som skjer” (Repstad 1993:25). Feltblindhet gjør at nærheten til stoffet kunne føre til at jeg som forsker mistet evnen til å se alternative tolkninger eller negative konklusjoner (Malterud 1996:139). Det mest nærliggende ville vært å falle i profesjonskampgrøften, hvor jeg var opptatt av å forsvare ergoterapeuters fortreffelighet og å kjempe for utvidet terreng i stillingsmarkedet for yrkesgruppen.

Jeg tror ikke at jeg har overidentifisert meg med informantene slik at min tolkning er blitt unyansert og skjev. I den grad jeg har opplevd feltblindhet, så har det vært det å fullt ut oppdage hvilke muligheter som fantes i materialet mitt. Jeg kan likevel ikke komme fra mitt ståsted som ergoterapeut og det faktum at jeg naturlig nok er positivt innstilt til yrkesgruppen i utgangspunktet, men jeg har prøvd å ikke la dette påvirke fremstillingen.

5 RESULTATER

I dette hovedkapitlet presenteres resultatene fra min analyse og tolkning av intervjuundersøkelsen²⁴. Materialet består av lydbånd og utskrift fra intervju, bakgrunnsopplysninger om informanter og kommuner, samt feltnotater. For å ivareta hensynet til anonymitet, omtales ergoterapeutene med kode og kommunene/bydelene med fiktive navn.

5.1 Presentasjon av utvalget

I det følgende presenteres utvalget samlet. Spesielt interesserte lesere vil finne en nærmere presentasjon av de enkelte informanter og kommuner/bydeler vedlagt oppgaven (vedlegg 8)²⁵.

Samlet presentasjon av utvalget

I det aktuelle fylket var det i 1996 53 årsverk for kommuneergoterapeuter. Dette utgjør en dekningsgrad på drøyt 8000 innbyggere pr. ergoterapiårsverk²⁶. Det relativt høye antallet innbyggere pr. ergoterapeut, skyldes at halvparten av kommunene ikke hadde ergoterapeut. Blant de kommunene hvor det var ansatt ergoterapeut var gjennomsnittlig dekningsgrad 6700 innbyggere pr. ergoterapiårsverk i fylket.

Av hensyn til kommunenes/bydelenes identitet er innbyggertall oppgitt i kategorier på 5000 i figur 2. Gjennomsnittstallene i kolonnen helt til høyre er avrundet opp eller ned til nærmeste hundre. Som det fremgår av figuren var det i gjennomsnitt 16300 innbyggere pr. kommune/bydel som inngår i undersøkelsen. Det er 7400 innbyggere pr. ergoterapiårsverk i gjennomsnitt, med andre ord noe dårligere dekning enn fylkesgjennomsnittet på 6700.

Det hadde i gjennomsnitt vært ergoterapeut ansatt i de aktuelle kommunene/bydelene i 7 1/2 år, variasjonsbredden er her fra 3 måneder til 15 år.

²⁴ Jeg har vektlagt en mer skjematisk fremstilling av en mengde resultater fremfor fordypning i noen få resultater. Dette kapitlet kan følgelig betraktes som et kompromiss mellom to motstridende ønsker, der ønsket om å holde seg innenfor oppgavens rammer med hensyn til omfang sto i motsetning til ønsket om å utdype det empiriske materialet for å dokumentere dens belegg i konklusjonene som trekkes.

²⁵ Hensikten med dette er å vise utvalgets bredde. Dette gjelder for forhold som vedrører informantene og det gjelder demografiske forhold ved de aktuelle kommuner/bydeler. Det presenteres også litt historikk om ergoterapitjenesten i de enkelte kommuner/bydeler som bakgrunnsmateriale for resultatene som kommer senere.

²⁶ Kilde: Dette er upubliserte data fra 1996 som jeg har fått fra Statistisk Sentralbyrå.

Alle de 10 informantene var kvinner²⁷. Når det gjelder arbeidserfaring som ergoterapeut, varierte den fra 3 måneder til 33 år, med et gjennomsnitt på 10 1/2 år. Antall år arbeidserfaring som ergoterapeut i kommunehelsetjenesten varierte fra 3 måneder til 18 år, med et gjennomsnitt på 5 1/2 år.

	Stormvik kom- mune	Fjord- land kommune	Fjell- dal kom- mune	Øyevik kom- mune	Land kom- mune	Stad- vik bydel	Nes- dalen bydel	Sol- mark bydel	Gate- byen bydel	Gjenn- omsnitt
Antall innbyggere	15000- 20000	10000- 15000	5000- 10000	5000- 10000	10000- 15000	25000- 30000	20000- 25000	20000- 25000	15000- 20000	16300
%andel 67 år og eldre	7.5%	14%	17.6%	10%	12.4%	13.6%	24.7%	11.6%	18.2%	14.4%
%andel 18 (19) år og yngre	33.3%	29%	27.7%	30%	30.2%	28.5%	19%	25.9%	15.3%	26.5%
%andel voksne fra 19 (20) til 66 år	59.2%	57%	54.7%	60%	57.4%	57.9%	56.4%	62.5%	66.4%	59%
År med ergotera- peut ansatt i bydelen/ kommunen	3 år	15 år	9 år	7 1/2 år	2 år	10 år	4 1/2 år	9 år	9 år	7 1/2 år
Innbyggere pr. ergo- terapi årsverk	8589	6554	11133	5141	12500	6626	6737	5944	3553	7400

Figur 2: Utdrag av bakgrunnsopplysninger fra undersøkte kommuner/bydeler

To av informantene hadde stillinger øremerket psykiatri og en informant hadde stilling delt mellom psykiatri og somatikk. En informant hadde stilling øremerket barn og en annen informant hadde stilling delt mellom barn og psykisk utviklingshemmede. De resterende fem informanter arbeidet hovedsakelig i forhold til somatikk.

Merknad [OS1]:

²⁷ Jeg har i fremstillingen i resultatkapitlet valgt å skrive om informantene, ergoterapitjenesten og kommunehelsetjenesten i fortid, siden datainnsamlingen er et tilbakelagt stadium for meg. Resultatene har likevel gyldighet i nåtid.

5.2 Kommuneergoterapeutens arbeidsoppgaver og yrkesrolle

I dette underkapitlet vil jeg hovedsakelig svare på første spørsmål i problemstillingen min; hvilke arbeidsoppgaver har kommuneergoterapeuten og hva er det som særpreger yrkesrollen? I tillegg vil jeg trekke frem hvordan og hvor ergoterapeuten arbeider, hennes målgrupper, henvisningenes betydning og noen utfordringer kommuneergoterapeuter står overfor.

5.2.1 Tilrettelegging

Innledningsvis trakk jeg frem at to av kommuneergoterapeutens mest omfattende oppgaver er hjelpemiddelformidling og boligtilrettelegging. Tilrettelegging i ergoterapisammenheng har vært ensbetydende med boligtilrettelegging. Da jeg begynte å studere disse arbeidsoppgavene nærmere, forsto jeg at bildet var mer nyansert enn dette. Ut fra materialet kan det se ut som at tilrettelegging i kommuneergoterapisammenheng er et overordnet begrep og under denne samlebetegnelsen befinner det seg en rekke ulike tiltak som grovt kan sorteres i tre; organisatorisk/psykologisk tilrettelegging, fysisk tilrettelegging og tilrettelegging av egen arbeidssituasjon. Rent generelt kan tilrettelegging sies å være en målrettet endring for å bedre en situasjon. Felles for de tre kategoriene er at tiltakene iverksettes for å bedre individets mestring eller fungering i den aktuelle situasjonen. Alle tiltakene iverksettes som en reaksjon på et opplevd behov. En forskjell på dem er at fysisk tilrettelegging kun innebærer miljørettede tiltak hvor ergoterapeuten iverksetter tiltak for å endre det fysiske miljøet rundt brukeren. Organisatorisk/psykologisk tilrettelegging innebærer en kombinasjon av individrettede tiltak som psykologisk bearbeiding, samt miljørettede tiltak og organisatoriske forbedringer, for å bedre brukerens situasjon. Tilrettelegging av egen arbeidssituasjon er primært organisatoriske tiltak, men også tiltak for å bedre det psykososiale arbeidsmiljøet. Til forskjell fra de to førstnevnte kategoriene er det for denne formen for tilrettelegging sin del ikke lenger brukerens livssituasjon, men ergoterapeutens arbeidssituasjon, som er i fokus for endringene. Jeg behandler i det følgende de tre kategoriene av tilrettelegging hver for seg.

5.2.1.1 Organisatorisk/psykologisk tilrettelegging

Organisatorisk/psykologisk tilrettelegging innebærer en rekke tiltak. I den grad disse tiltakene er beskrevet tidligere i litteraturen, er det mer som enkeltstående tiltak. Mitt bidrag er å identifisere og samle dem under en overbyggende struktur, som jeg har valgt å kalle organisatorisk/psykologisk tilrettelegging. Det kan stilles spørsmålsteget ved om det er riktig å kalle disse tiltakene tilrettelegging, spesielt de som er av mer psykologisk art. Jeg synes selv at samlebetegnelsen organisatorisk/psykologisk tilrettelegging ikke

fungerer så bra som i de andre to tilfellene. Begrunnelsen for å kunne kalle tiltakene tilrettelegging er at også disse tiltakene iverksettes for å bedre individets mestring/fungering i den aktuelle situasjonen. Følgende forkortete intervjuutskrift viser at informanten opplever at hun driver tilrettelegging, men på en annen måte enn fysisk tilrettelegging. Den formen for organisatorisk/psykologisk tilrettelegging som informanten trekker frem her, har jeg kalt praktisk tilrettelegging.

Informant: *Struktur av hverdagen deres (viser til psykiatriske brukere) er veldig viktig.*

Intervjuer: *Vil du kalle det tilrettelegging?*

Informant: *Jeg vet ikke. Jeg kaller det strukturering.*

Intervjuer: *Jeg lurte på om ergoterapeuter i psykiatrien, jobber med tilrettelegging men på en annen måte (enn i somatikken)?*

Informant: *Ja, helt klart.*

Intervjuer: *Men ikke sånn som fysisk tilrettelegging at du går inn og manipulerer miljøet, gjør du det?*

Informant: *Nei, det går mer å motivere de til å tørre. Se på disse brukerne som er tungt deprimerte. Det går på motivasjon. ”Jeg orker ikke å gå på dagsenteret i dag, jeg har ikke lyst”. Hvordan skal jeg få dem med i sosiale aktiviteter? Det krever motivasjon hele tiden. Av og til bruker du belønning og av og til bruker du andre måter for å dra dem med. Jeg bruker iallfall en del sånn tilrettelegging. Jeg sier: ”Hvis jeg kjører deg, blir du med da?”. Så da tilrettelegger jeg for at de kan være med på aktiviteten.*

Ut fra informantenes brukerhistorier som presenteres i det følgende og basert på andre eksempler som det blir for omfattende å gå inn på, har jeg kommet frem til at organisatorisk/psykologisk tilrettelegging kan deles opp i ulike kategorier, slik figur 3 illustrerer. Disse omtales hver for seg i det følgende.

Organisatorisk/psykologisk tilrettelegging					
Tiltak:	Psykologisk tilrettelegging		Strukturering		Praktisk hjelp
Nærmere beskrivelse:	<i>Motivasjon og støtte</i>	<i>Praktisk tilrettelegging</i>	<i>Strukturering av hverdagen</i>	<i>Strukturering av aktiviteter</i>	Helt konkret hjelpe bruker med praktiske gjøremål
	Etablere tillit, få kontakt, motivere og støtte	Løse praktiske hindringer for å få bruker i gang med aktivitet	Analysere og strukturere dagsprogrammet til bruker	Tilrettelegge en ADL-aktivitet slik at bruker mestrer situasjonen	

Figur 3: Organisatorisk/psykologisk tilrettelegging

Psykologisk tilrettelegging

Motivasjon og støtte:

”I første omgang så må du få kontakt med bruker og fortelle hvem du er og hva du vil med ham. Bruke tid på det. Jeg driver motivasjonsarbeid for å få han ut av huset”.

Eksemplet viser hvordan ergoterapeuten vektlegger motivasjonsarbeid og bygging av et tillitsforhold som en forutsetning for å få bruker i gang med aktivitet. Dette er selvfølgelig en viktig oppgave med mange typer brukere, men likevel en mer omfattende oppgave med de psykiatriske brukere som lever en passiv og isolert tilværelse.

Praktisk tilrettelegging:

Se eksemplet på praktisk tilrettelegging som er trukket frem tidligere. Oppgaven innebærer at ergoterapeuten ordner med praktiske hindringer, som f.eks transport, som ledd i et motivasjonsarbeid med det formål at bruker skal delta i aktivitet.

Strukturering

Strukturering av hverdagen:

Informant: *I forhold til to brukere har jeg laget en helt sånn konkret timeplan med at da skal du stå opp, da skal du vaske klærne dine, da skal du vaske gulvet osv.*

Intervjuer: *Du strukturerer hele dagen?*

Informant: *Helt konkret til den minste detalj. Og de følger den helt slavisk. Det er fordi de har bodd på institusjon i veldig mange år og er vant til den her rutinen. Og når de kommer ut så følger de fortsatt de her rutinene, men de er helt avhengige av å se på timeplanen sin. Mandagen skal de skifte sengeklær, tirsdagen skal de vaske klær, onsdagen skal de...*

Intervjuer: *Du strukturerer hele livet deres?*

Informant: *Ja, faktisk. Det er artig for nå var jeg hos de folkene på mandag og spurte om de hadde vasket gulvet på lørdag. Det skal vaskes om lørdagen. De hadde vasket det fredagen, for da hadde de fri lørdag og søndag. Dette med at de hadde tatt fri, viser at de begynner å få fleksibilitet og det synes jeg er fint. (Og så senere i intervjuet): Slik jeg ser det er struktur av hverdagen deres veldig viktig. For har du struktur, så klarer de veldig mye seg selv, f.eks de unge schizofrene. Så jeg hjelper dem med å sette opp en oversikt..*

Dette sitatet kan ses på som uttrykk for en paternalistisk innstilling til brukeren, hvor ergoterapeuten om enn med de beste hensikter, i for stor tar avgjørelser over brukerens liv. Dette vil jeg vil komme tilbake til senere (kapitel 6.1.3). Det jeg her ønsker å rette fokus mot med dette eksemplet er hvordan ergoterapeuten strukturerer brukerens hverdag for å få ham til å gjennomføre og mestre de daglige gjøremål. Strukturering av hverdagen er et tiltak som er aktuelt for brukere som på grunn av mangel på initiativ eller av andre grunner trenger hjelp med å strukturere hverdagen og å etablere rutiner. Oppgaven innebærer f.eks å lage en ukesplan der alle brukers aktiviteter inngår og å følge opp denne.

Strukturering av aktiviteter:

“Jeg tenker på en eldre, litt mentalt redusert dame. Hun bodde alene og hadde problemer med å klare daglige ting som matlaging, husarbeid og stelle seg selv. Da gikk jeg gjennom alle ting som hun pleide å gjøre, som hun ønsket å fortsette med. Og i kombinasjon av å måtte

strukturere situasjonen litt mer ved å lage huskelapper og gjøre ting på samme måte hver gang, så greide hun seg forholdsvis bra etter en tid”.

Det jeg ville få frem ved dette eksemplet er hvordan ergoterapeuten går inn og strukturerer aktiviteter slik at brukeren mestrer dem, f.eks matlaging på eget kjøkken. Strukturering av aktiviteter kan være aktuelt for brukere med kognitiv svikt eller hukommelsesproblemer. Det kan dreie seg om å tilrettelegge de fysiske omgivelsene, å forenkle aktiviteten, å strukturere rekkefølgen de ulike oppgavene i aktiviteten skal utføres i, å lage huskeliste osv. Dette er en oppgave som utføres av flere informanter innenfor somatikk.

Praktisk hjelp

Informanten har vært inne hos et ungt samboerpar som ikke klarte å tørke klærne sine etter maskinvask:

“Vi har måttet kaste en del klær som bare har blitt vasket og blitt lagt på gulvet. De har stått på dem og dusjet og vasket dem igjen. Vi måtte rett og slett ta en dagnad og kaste klærne, fått tak i et tørkestativ og lagt klærne sammen for dem etter vask”.

En annen informant fortalte om en annen bruker:

“Det er en bruker som har drevet og flyttet og det ble veldig vanskelig. Så han ble motvillig og ville ikke ha noe med oss å gjøre, verken meg eller psykiatrisk sykepleier. Så vi har brukt veldig mye tid på å komme i dialog igjen. Og så endelig ble han bra. Han var veldig dårlig i en periode. Jeg har rett og slett hjulpet han med den flyttingen. Vi har planlagt det sammen, han har gjort det meste av flyttingen selv, men jeg har hjulpet han med å vaske ned leiligheten. Akkurat nå fungerer han veldig fint, altså. Han kommer på dagsenteret også, vi ser mye til han”.

Denne siste historien illustrerer flere poeng, den er blant annet et uttrykk for en mer deltagelsesorientert innstilling til brukere som jeg vil vise til senere i oppgaven. Videre viser historien hvor viktig det er for ergoterapeuten å ha et tillitsforhold til brukeren for i hele tatt å komme noen vei og den viser hvordan hun arbeider for å komme i dialog med brukeren. Det som imidlertid var hovedpoenget med denne og den forrige historien er å vise at ergoterapeuten om nødvendig konkret går inn og hjelper brukeren med å utføre en praktisk oppgave.

5.2.1.2 Fysisk tilrettelegging

For å illustrere bredden i oppgaven fysisk tilrettelegging, har jeg utarbeidet en figur hvor jeg har systematisert alle tiltak av denne kategori informantene holdt på med. For helhetens skyld synes jeg at jeg ikke kan unnlate å ha med oppgaven fysisk tilrettelegging, men da dette stort sett er arbeidsoppgaver som det er helt eller delvis kjent at ergoterapeuter holder på med og disse funnene er mindre interessante,

prioriterer jeg ikke å eksemplifisere fra materialet og omtale hvert tiltak i detalj. For mer spesifikk omtale av hvert tiltak, se vedlegg 9.

Som det fremgår av figur 4 innebærer fysisk tilrettelegging 6 ulike hovedtiltak, men flere av dem har også undergrupper. De ulike kategoriene er fremkommet ved en mer intuitiv samling av oppgaver som naturlig hører sammen fra min side. Det er ikke informantenes kategorier.

Noe av hensikten med denne fremstillingen, er å vise at formidling av tekniske hjelpemidler og boligtilrettelegging, tross alt bare er to av mange arbeidsoppgaver ergoterapeuten har innen fysisk tilrettelegging. Disse to oppgavene presenteres som de mest sentrale i alle fremstillinger av kommuneergoterapi (se Ytrehus 1994, Bjørlo 1996; Larsen m. fl 1994:34). Mitt bidrag her er å vise at det finnes en del beslektete arbeidsoppgaver som nyanserer dette bildet noe. Hva som er hensikten med tiltakene og hvordan oppgavene utføres, vektlegges ikke i denne fremstillingen.

Fysisk tilrettelegging	
Tiltak:	Nærmere beskrivelse:
Utvikling av spesialutstyr	Utvikle spesialtilpasninger for funksjonshemmede når ingen ferdige løsninger kan brukes
Delta i kommunal innkjøpskomite	Vurdere møbler og annet inventar som skal kjøpes inn til kommunale bygg
Tekniske hjelpemidler	<p>Individuell formidling av hjelpemidler til brukere Hjelpemidler til: -bevegelse, syn, hørsel, kommunikasjon</p> <hr/> <p>Kontaktperson Være kommunens kontaktperson overfor noen samarbeidsinstanser på fylkesnivå: -Hjelpemiddelsentral -Høresentral</p> <hr/> <p>Være medansvarlig for kommunalt hjelpemiddellager for korttidslån</p> <hr/> <p>Delta i innkjøpskomite ved planlagt innkjøp av tekniske hjelpemidler til kommunale institusjoner</p>
Ergonomi	Vurdere og tilrettelegge barnehage, skole, fritidshjem, besøkshjem, bil/buss, ungdomsklubb, arbeidsplass og ev. institusjon i forhold til en funksjonshemmet bruker
Boligtilrettelegging	Vurdere og tilrettelegge private hjem: -mindre tilpasninger i eksisterende bygg -ombygninger/påbygg -nybygg
Byggesak	<p>Kommunale institusjoner: Være med i planlegging av nye kommunale bygg som barnehage, skole, sykehjem, dagsenter og bofellesskap</p> <hr/> <p>Være med i planlegging av offentlig og private bygninger som er tilgjengelige for publikum</p>

Figur 4: Fysisk tilrettelegging, ulike tiltak

5.2.1.3 Tilrettelegging av egen arbeidssituasjon

Selv om mine spørsmål til informantene handlet om å kartlegge arbeidsoppgaver som er direkte brukerrettede, fikk jeg en del materiale som omhandlet tiltak for å tilrettelegge egen arbeidssituasjon. Dette synes jeg var et interessant funn. Behovet for å tilrettelegge egen arbeidssituasjon for kommuneergoterapeuter og hvordan dette ble gjort, er ikke beskrevet i litteraturen. Mitt bidrag i denne sammenheng er å identifisere hvilke arbeidsområder som er aktuelle å tilrettelegge og å beskrive disse.

Ergoterapitjenesten i den enkelte kommune befinner seg ofte i en etableringsfase hvor den skal finne sin plass i systemet. De arbeidsbetingelser som møter den nyansatte ergoterapeuten er ofte langt fra ideelle. Flere informanter påpekte at nyutdannede som starter som første ergoterapeut i en kommune eller bydel, slutter etter kort tid. Det er av flere grunner svært tøft å bygge opp en ny tjeneste, en viktig grunn er imidlertid at man har for mye å gjøre (se mer om dette i kapittel 5.4.2). Dersom man ikke klarer å tilrettelegge egen arbeidssituasjon, kan det gå slik denne informanten beskriver:

“Jeg har sett at også andre som gikk rett ut i en bydel eller en kommune etter skolen, der det ikke hadde vært ergoterapeut fra før, de fleste av dem har sluttet...Å komme ut for en plass der det ikke har vært ergoterapeut før, det er utrolig tøft” (nyutdannet informant som holdt på å bygge opp ergoterapitjenesten i en kommune/bydel)

Formålet med tilretteleggingen kan slik jeg ser det være å bygge opp en trygg, forutsigbar og oversiktlig arbeidssituasjon. Det å ha en avpasset arbeidsmengde, hvor ergoterapeuten har innflytelse og mulighet for samarbeid og sosialt fellesskap er også viktige hensyn. Det dreier seg med andre ord om å ha arbeidsbetingelser som gjør det mulig å gjøre en god jobb og trives i stillingen.

Kategorisering av tiltakene

Informantene brukte begrepet å *tilrettelegge et miljø for seg selv* slik kommende sitat viser. At informantene beskriver disse oppgavene som tilrettelegging er naturlig da dette er et innarbeidet begrep i ergoterapisammenheng som det er uproblematisk å overføre til andre sammenhenger. Informantene var imidlertid ikke bevisste på hvilke oppgaver slik tilrettelegging kunne innebære, de hadde ikke kategorisert tiltakene. Kategoriseringen er igjen foretatt av meg på basis av materialet og ut fra en vurdering av hvilke oppgaver som naturlig utgjør en egen enhet.

*“Det er viktig at du kan **sette grenser**. For deg selv iallfall. Du må passe på at du ikke blir oppspist. For du har et kontor, men ellers er du veldig mye på farten. Så du må **tilrettelegge et miljø for deg selv**. For ellers blir du veldig ensom. Og da er det fare for at du alltid er på farten, aldri får noen skikkelig tilknytning til folk og spiser matpakken din i bilen alene. Og det er ikke*

særlig gøy. Så jeg tror du må være strukturert og prøve å få det til sånn at du **har fellesskap med noen** her. At du tilrettelegger sånn at du kanskje er ute om formiddagen, men at du kan spise lunsj med noen kjente. Når jeg sier grenser... Du blir huket i gangen. Det er ulempen ved å ha kontor her på skolen. Du har ikke bare skolen som du har ansvar for, mens også andre ting, men det ser de ofte ikke fordi du ha kontorer her. Du blir huket i gangen og da får du en beskjed som du ikke tenker på når du går videre, fordi du tenker på noe helt annet. Du må være klar og si at du må skrive det ned. Om igjen og om igjen. Du må være strukturert og sette foten ned og si at nok er nok. Det hjelper hvis man kan det. Du må ha peiling på tilrettelegging. Når jeg sier tilrettelegging så tenker jeg ikke bare på å legge ramper og sånn, men også å se på dagen, inndeling av dagen og vaner. Å endre litt på det”.

I sitatet over beskrives informantens arbeidssituasjon fortløpende, hvor hun går fra det ene problemområdet direkte over i det neste. Etter mitt skjønn er det to tilretteleggingstiltak som vedrører egen arbeidssituasjon som kommer til syne i dette materialet; det å søke et sosialt fellesskap og det å sette grenser for egen tilgjengelighet. Dette er et eksempel på hvordan disse kategoriene har oppstått på basis av materialet (se mine uthevinger). Siste del av sitatet viser at informanten ikke differensierer mellom fysisk tilrettelegging (ramper og sånn), organisatorisk/psykologisk tilrettelegging (inndeling av dagen) og tilrettelegging av egen arbeidssituasjon. For informanten er alt sammen tilrettelegging.

Presentasjon av de enkelte tiltakene

Tilrettelegging av egen arbeidssituasjon	
Tiltak:	Nærmere beskrivelse:
Endre stillingens innhold	Arbeide for å få endret stillingens innhold
Sette grenser	Sette grenser for egen tilgjengelighet
Avgrense	Avgrense brukergrupper og geografiske områder
Strukturere arbeidsdagen	Planlegge og følge program for egen arbeidsdag
Søke et fellesskap	Skape et godt sosialt arbeidsmiljø
Redusere arbeidsmengde	Få opprettet flere ergoterapeutstillinger
Bedre samarbeidsstruktur - og rutiner	Få etablert en god samarbeidsstruktur- og rutiner
Bedre kontorforhold	Skaffe til veie hensiktsmessige kontorlokaler og kontorutstyr

Figur 5: Tilrettelegging av egen arbeidssituasjon

Endre stillingens innhold

Et eksempel på dette ble utført av en informant som ikke ønsket å arbeide bare med hjelpemidler og boligtilrettelegging slik tradisjonen i bydelen var for stillingen som barneergoterapeut, og satte som krav ved ansettelse at hun også skulle arbeide med ADL-trening og sanseintegrasjonstrening. Likeledes hadde ergoterapeuten som var i stillingen før henne i sin oppsigelse argumentert for at stillingen måtte begrenses fra å

være byomfattende til bare å dekke bydelen. Begge ergoterapeutene fikk ønskene sine gjennomført og fikk endret stillingens innhold.

Sette grenser

Dette innebærer å kunne sette grenser for egen tilgjengelighet. Flere informanter påpekte at det var et problem at de hele tiden fikk henvendelser i gangen på institusjonen slik det sitatet som ble presentert tidligere viste. Personalet kunne ha liten forståelse for at ergoterapeuten også hadde en jobb utenfor institusjonen å utføre. En informant begrenset denne pågangen ved i mindre grad å være tilstede i miljøet. En annen informant presiserte at hun ville ha alle henvendelser skriftlig. Det var imidlertid en del informanter som i liten grad satte slike grenser og som strakk seg langt for å være tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere.

Avgrense

“Det går ikke å fare sånn over alt liksom. Være litt her og litt der....Det jeg opplevde i sommer var at det ble for mange ting å forholde seg til. Det ble liksom sånn harelabb over alt mulig. Jeg vil gjerne gjøre en god jobb, ha litt kvalitet på jobben. Men du skal rekke over hundretusen ting. Det er vanskelig...Så jeg følte et veldig sterkt behov for å avgrense”.

De fleste informantene i kommunene/bydelene som inngår i undersøkelsen opplevde en underdekning av ergoterapeuter i forhold til det de syntes var behovet²⁸. Dilemmaet ergoterapeuten sto overfor var kvantitet versus kvalitet. Det å begrense antall brukere medførte at hun kunne gjøre en kvalitativt bedre jobb for noen brukere, men hun ville ikke kunne gi et tilbud til like mange brukere som før. En slik avgrensning av brukere, kunne også være i henhold til geografiske soner.

“Du må sette foten ned og si: Nei, sorry jeg kan ikke dekke den sonen for nå skal jeg gjøre andre ting”. Men det er veldig vanskelig å dra seg ut av noe. Personlig er det vanskelig og systemet krever det av deg. Du skal være veldig bevisst på at det var dette jeg skulle si nei til”.

Strukturere arbeidsdagen

“Jeg jobber for at min arbeidsdag skal være litt mer strukturert. Jeg har satt av tid på timeplanen at jeg skal bruke så og så lang tid på sykehjemmet, og så og så mange timer med barna på Nesdalen skole og det øvrige til åpen omsorg. Jeg prøver liksom å timeplanfeste hvor mye tid jeg skal ha på hver enkelt”.

Å strukturere arbeidsdagen innebar blant annet å lage en arbeidsplan og følge denne. Spesielt dersom man hadde en stilling hvor man skulle fordele seg på ulike brukergrupper, var det viktig å følge en fordelingsnøkkel slik sitatet viser. Struktureringen innebar også å sortere oppgavene, legge en plan, gjøre avtaler med f.eks

²⁸ Dette er ikke unikt for ergoterapeuter. De fleste yrkesutøvere vil vel si at de opplever en underdekning av sin yrkesgruppe.

brukere og å overholde denne planen. Som en informant sa: *“Du må være strukturert i arbeidet ditt, for å klare å sortere alle oppgavene”*.

Søke et fellesskap

Kommuneergoterapeuten var ofte på farten i kommunen/bydelen. Dersom hun var alene ergoterapeut i kommunen var hun ikke alltid en del av en naturlig kollegagruppe. Det kunne derfor være en fare for at hun ikke fikk tilknytning til et nært fellesskap og at hun ble ganske ensom i jobben slik sitatet som ble presentert innledningsvis viste. Felles lokaler og samorganisering med fysioterapeutene, var tiltak som var med på å skape et sosialt arbeidsmiljø for ergoterapeuten.

Redusere arbeidsmengde

“Min kollega Eli (ergoterapeut som arbeider innen somatikk i samme kommune) har så mye å gjøre at hun nesten må la være å ta telefonene. For det er så stor pågang. Og da blir det vår oppgave å prøve å få flere stillinger (informant som arbeider innen psykiatri)”.

Etterspørselen etter spesielt den somatiske ergoterapeuten var stor. Det var vanskelig for informantene å avvise brukere som ønsket et tilbud. Antallet innbyggere pr. ergoterapiårsverk, fra 6000 til 12500 innbyggere som det var i seks av kommunene/bydelene i undersøkelsen, gir en pekepinn på ergoterapeutens arbeidsmengde²⁹. Løsningen ergoterapeuten så på dette problemet var ofte å få tilført mer ressurser. Flere av informantene hadde imidlertid lyktes med dette og fått flere stillinger over tid.

Bedre samarbeidsstruktur- og rutiner

“Jeg tenker at det som ville gjort meg mer tilfreds i jobben var at jeg sto i et mer dialogfellesskap med noen andre samarbeidspartnere. I et mer forpliktende samarbeid”.

“Det har vært veldig mye rot, ikke noe system på noen ting (viser til samarbeidsrutiner). Jeg har brukt mye tid på sånne ting”.

Det var flere kommuner/bydeler som ikke hadde et velfungerende tverrfaglig team som en ny ergoterapeut ville være en naturlig del av. Det var derfor viktig for informantene å få etablert samarbeidsfora -og rutiner som ville lette samarbeidet mellom yrkesgruppene. Et tettere og mer forpliktende samarbeid, ville ha ført til en mer tilfredsstillende jobbsituasjon for flere av informantene slik det første sitatet viser.

Bedre kontorforhold

²⁹ Dette må tas med det forhold at det ikke er en entydig sammenheng mellom dekningsgrad og behov for helsetjenester.

“Jeg føler at jeg ikke blir så veldig verdsatt. Grunnen til at jeg sier det er blant annet arbeidsgivers tilrettelegging av kontormuligheter og kontorutstyr. Jeg har et kontor som jeg deler med to andre. Det er et laboratorium i samme rom og legekontor (dette er på sykehjemmet). Jeg har ikke datamaskin. Alt kontorutstyr jeg har er stort sett kassert fra andre. Jeg trenger litt mer mulighet til å jobbe alene”.

Noen informanter var misfornøyde med sine kontorforhold slik dette sitatet viser. Mange informanter hadde måttet stå på for å få bedret sine kontorforhold og hadde lyktes med dette over tid.

5.2.2 Forskjeller mellom ergoterapeut i somatikk og ergoterapeut i psykiatri

5.2.2.1 Ulik arena og ulikt fokus

Ergoterapeuten innen somatikk og ergoterapeuten innen psykiatri arbeider på ulike arenaer og har noe ulikt fokus som jeg vil vise i det følgende.

Ergoterapeut innen somatikken

Når en ser bort fra informantene som arbeidet med barn³⁰, arbeidet ergoterapeuten i somatikk stort sett i brukerens hjem. Det var brukerens fungering i daglige gjøremål i eget hjem og det å ha en funksjonell bolig som var i fokus for ergoterapeutens intervensjon. Oppgaven fysisk tilrettelegging var denne ergoterapeutens største oppgave, og slik tilrettelegging skjedde hovedsakelig i brukerens private hjem.

“Det inntrykket jeg har er at de jobber nesten kun med hjelpemidler (viser til kolleger som arbeider med eldre og tildels voksne fysisk funksjonshemmede). Og de går veldig mye hjem til folk. Jeg jobber veldig mye i skole og barnehage (informanten arbeider med barn) og de er egentlig hjemme og tilrettelegger i hjemmet (viser til de andre ergoterapeutene i bydelen)”.

Denne informanten var bevisst på behovet for å tilrettelegge for deltagelse i aktivitet.

“Tanken er at når vi endelig har funnet en sittestilling som er bra for barnet, da bør ikke vårt arbeid slutte der. Da kan jeg være behjelpelig med å finne noen aktiviteter som stimulerer barnet. Og at kanskje barnet kommer på et høyere nivå. Hos et sterkt funksjonshemmet barn har jeg f.eks gjort litt med brytere, slik at han kan bruke litt håndfunksjon. Han kan slå på kassettpiller og noen leker som reagerer på en bryter”.

En annen informant påpekte at hun var blitt økende bevisst på nødvendigheten av å arbeide på andre arenaer enn i brukerens hjem, slik det litt ufullstendige sitatet under viser.

“Det er iallfall en ting som jeg har vært veldig mye oppmerksom på i det siste. At en må være obs og ta med den biten og. At en ikke stopper ved brukerens utgangsdør.

³⁰ I mitt materiale var barneergoterapeutene å betrakte som ergoterapeut innen somatikk, fordi de arbeidet primært med barnets somatiske problemer.

Ergoterapeut i psykiatri

Ergoterapeuten i psykiatri derimot, var mer bevisst på viktigheten av å komme seg ut og holde på med aktiviteter utenfor hjemmet for brukeren. Dette er selvfølgelig nært relatert til brukergruppens psykiske problemer som medførte at de i stor grad isolerte seg hjemme og hadde liten eller ingen sosial kontakt. Informantene begrunnet sin faglige orientering slik:

- "Det stemmer at jeg er utadrettet i forhold til sosiale aktiviteter. I psykiatrien er det så veldig mange som sitter alene i hjemmene, er isolert og har lite nettverk".

- "Vi ser gjerne at det å komme seg ut av leiligheten, kan bidra til å minske angsten".

- "Jeg driver vanngymnastikk med en gruppe damer som har forskjellig problematikk (psykiske problemer). Mye går på å tenke sosialt, det å komme seg ut. Så får det fysiske være underordnet det målet".

En informant innen psykiatri fortalte følgende historie:

"Det gjelder en ungdom som bor hjemme hos foreldrene sine. Utgangspunktet var at han ikke tør å være alene hjemme og ikke tør å ta buss. Det er de to tingene som stopper han i hans funksjonsnivå. Han blir isolert og blir en veldig stor belastning for foreldrene. Målet hans var å få seg sertifikat og å få seg arbeid. Og så var spørsmålet, hvor skal vi begynne? Jeg vurderte det slik at han ikke var moden, det var ikke snakk om å prøve å trene på å være alene hjemme eller trene på å ta buss. Og da fant jeg ut at vi prøver å få arbeid til han. Vi søkte han inn på ASVO som er en vernet bedrift og der fikk han jobb. Og så var spørsmålet; Hva med transport? Vi har funnet en ordning nå med arbeidskontoret, der han blir kjørt og hentet av en annen arbeidstaker som jobber på samme sted. Denne arbeidstakeren får godtgjøring for det. Vi har avtalt at etter jul, skal vi begynne å jobbe med buss. Nå er han moden for det for nå føler han at han mestrer noe. Jeg vet at foreldrene og gutten har snakket mye om å ta sertifikat for at han kan bli mer selvstendig. Da kan han gjøre ting selv om de er vekk, han kan ta seg en kjøretur. Så jeg fant ut at han skulle begynne å kjøre og fikk han med på det. Han har tatt en del kjøretimer nå og det går veldig bra. Han lyser opp og nå er han moden for å snakke om hva han skal gjøre når han kommer hjem. Han synes ikke lenger at det gjør noe å være alene hjemme, for nå er han så trett at han kan gå å legge seg. Han har gjort noe i løpet av dagen som gjør han fysisk trett og han blir sliten fordi han har konsentrert seg".

Det er mye som kunne vært kommentert ved historien. Det som jeg vil trekke frem ved eksemplet er imidlertid ergoterapeutens fokus på å få brukeren i gang med aktivitet utenfor hjemmet.

Disse ergoterapeutene tok på seg rollen som koordinator og spilte på tilgjengelige ressurser i kommunen for å få brukerne i gang med aktivitet og sosial kontakt. De kontaktet kulturkontor, støttekontakt, kjøreskole, kommunale aktivitetstilbud m.m, i tillegg til at de igangsatte og selv ledet ulike aktivitetsgrupper (se mer om dette i det følgende). De tok også initiativ til samarbeid med offentlige instanser som arbeidskontor og vernet bedrifter for å få brukeren inn i arbeidslivet.

5.2.2.2 Ulike arbeidsoppgaver

Ergoterapeut i psykiatri

En av de viktigste oppgavene den psykiatriske ergoterapeuten hadde var å igangsette og drive aktivitetsgrupper. Et viktig formål med dette var sosial trening og å få brukerne til å knytte sosiale bånd. Psykiatrisk ergoterapeuts viktigste oppgave er å bygge opp et sosialt nettverk rundt personen (Thyness 1995:13). Informanten i det følgende sitatet påpeker at det sosiale aspektet ved aktivitetsgrupper er viktig for å få i gang en utviklingsprosess hos brukeren.

“Det sosiale er ofte det overordnede målet. Får du en gruppe som du føler tilhørighet til, så kommer ofte inspirasjon for å lære noe i gruppen og da er det lettere å ta tak i andre ting. Blir man trygg på de andre, så ser man at man ikke er så ille selv likevel”.

Disse informantene igangsatte og ledet mange ulike typer grupper. Variasjonen spant fra fysiske aktiviteter, til samtalegrupper, spill og skapende aktiviteter, f.eks svømming, trim, utflukter, gåturer, bordtennis, kortspill, mental-helsegruppe, høytlesning, kreativ gruppe, kunstmaling osv. Informantene var etter min mening svært kreative og initiativrike når det gjaldt å starte ulike aktivitetsgrupper.

Ergoterapeut i somatikk

Aktivitetsgrupper, i tillegg til sosial trening, ADL-trening og organisatorisk/psykologisk tilrettelegging, var de viktigste brukerrettede oppgavene for informantene som arbeidet innen psykiatri. Også noen informanter innenfor somatikk igangsatte slike aktivitetsgrupper som i noen tilfeller ble selvdrevne etterhvert, men de fleste var lite engasjerte i slike oppgaver. Flere informanter innen somatikk trakk frem at de hadde truffet mange ensomme, eldre mennesker som av ulike årsaker var isolerte hjemme, og at de burde ha prioritert å få denne gruppen ut i sosial kontakt. Det hadde de av ulike grunner ikke gjort. Kanskje fordi oppgaver innen fysisk tilrettelegging tok overhånd. De var imidlertid bevisste på viktigheten av at bruker er i aktivitet. De så sin rolle som å være en organisator som spilte på kommunens tilgjengelige ressurser eller å tilrettelegge fysisk for sosial aktivitet utenfor hjemmet. De så det å få bruker i gang med aktiviteter utenfor hjemmet eller å sette i gang og drive aktivitetsgrupper selv, i mindre grad som sitt ansvar. Det var imidlertid en økende bevissthet blant noen informanter om at dette også er en ergoterapioppgave. En informant hadde planene klare:

“Jeg har planer om å starte en turgruppe, der jeg kan bruke eldre som bor i bydelen som er forholdsvis friske og oppegående personer, ta rullestolsbrukerne ut fra sykehjemmet. At vi kan gå sammen, Og gjerne avslutte med en sosial samling i kantinen. Det mener jeg er forebyggende arbeid, fordi de sitter hjemme isolert og kommer ikke seg ut, og da går den mentale og fysiske funksjonen veldig fort tilbake”.

Det kan imidlertid stilles spørsmålstegn ved om det er behov for kompetanse på ergoterapeutnivå for å utføre en slik oppgave, iallefall utover det å sette i gang gruppen.

I andre land er det vanlig at det finnes en assisterende yrkesgruppe som avlaster ergoterapeuten for slike enklere oppgaver (Stalker 1996:107).

5.2.2.3 Ulik tenkning

Ergoterapeuten i somatikk hadde større arbeidspress enn sin kollega innen psykiatri, slik denne informanten som har arbeidet innenfor begge fagfelt påpeker:

“Forskjellen på å være vanlig ergoterapeut og ergoterapeut innen psykiatrien, er at innen psykiatrien har du mye mer tid”.

Det kan virke som om ergoterapeutens tenkning er svært forskjellig avhengig av om hun arbeider i psykiatri eller i somatikk. Innen somatikken kan det se ut som at stort arbeidspress fører til målrasjonalitet. Oppgaven er å finne den raskeste vei frem til målet. Innen psykiatri er ergoterapeutens tenkning mer preget av en annen form for rasjonalitet slik sitatet under viser.

“Jeg føler at hvis jeg skulle jobbe med psykiatriske brukere, så ville jeg gått inn i det feltet alene. Jeg synes det er vanskelig å kombinere med alle disse her tilretteleggingsoppgavene (fysisk tilrettelegging), fordi det er så forskjellig tankegang. I psykiatrien blir en involvert på en helt annen måte enn sånn som jeg jobber innenfor denne jobben. Jeg føler at dette (somatikk) er et felt for seg. Det er krav til effektivitet, at jeg skal ekspedere sakene fort unna og sånn. Jeg kan ikke tenke sånn når jeg jobber med psykiatriske brukere. Da er tilstedeværelse og tilgjengelighet viktigere”.

Denne tenkningen virker i stor grad inn på arbeidsformen. Da tenkningen er forskjellig, kan det være vanskelig å kombinere disse to fagområdene i en stilling slik informanten i sitatet over antydte. Arbeidsoppgavenes karakter spiller nok også inn i dette bildet. Tekniske hjelpemidler er en konkret og håndgripelig oppgave hvor en raskt ser resultater. De tradisjonelle oppgavene innen somatisk ergoterapi er dessuten basert på “punktinnsats” f.eks i form av ett eller flere hjemmebesøk (Thyness 1995:14) og så er saken avsluttet. Dette i motsetning til arbeid med psykiatriske brukere som er mer tidkrevende og stiller større krav til mellommenneskelige relasjoner.

5.2.2.4 Konklusjon

Jeg har gjennom flere eksempler vist at arbeidsoppgaver, arena, tenking og fokus er forskjellig for ergoterapeut innen somatikk og i psykiatri. De har ulike arbeidsoppgaver, hvor den ene arbeider med fysisk tilrettelegging og den andre med organisatorisk/psykologisk tilrettelegging og aktivitetsgrupper. En annen forskjell er at den ene ergoterapeuten fokuserer på ADL-funksjon innenfor hjemmet, mens den andre fokuserer på ulike aktiviteter og sosial deltagelse utenfor hjemmet. Da disse ergoterapeutene tross alt har ulike målgrupper er det naturlig at deres tilnærming og arbeidsoppgaver blir noe forskjellige.

Forskjellene mellom dem er imidlertid så store at det kan være praktisk å dra et skille mellom dem for å lette fremstillingen videre i oppgaven. Jeg vil derfor i det følgende bruke henholdsvis betegnelsen *somatisk* ergoterapeut og *psykiatrisk* ergoterapeut for å differensiere mellom disse rollene. Skillet mellom dem er imidlertid ikke så skarpt som dette kan gi uttrykk for. Det er ikke slik at somatisk ergoterapeut ikke har med brukernes psykiske problemer å gjøre og omvendt. Det er derfor nødvendig å presisere at når jeg beskriver somatisk ergoterapeut så betyr det at hun hovedsakelig arbeider innen somatikk og at brukerens hovedproblem er av somatisk art. Det omvendte gjelder for psykiatrisk ergoterapeut.

5.2.3 Trening

ADL-trening

ADL-vurdering og ADL-trening er på mange måter kommuneergoterapeutens domene i det tverrfaglige teamet. Byggforskrapporten konkluderte med at det som oftest var ergoterapeuten i kommunen som hadde ansvaret for ADL-trening (Ytrehus 1994). Mitt materiale synliggjør forskjellen mellom å ha ansvaret for en oppgave og det å faktisk utføre den. Både somatisk og psykiatrisk ergoterapeut utførte ADL-vurderinger, men det var lite ADL-trening som ble utført av kommuneergoterapeutene i mitt materiale. Det var flere grunner til dette. En grunn som flere oppga var at det å ha fast avtale om ADL-trening over tid, låste ergoterapeutens timeplan og begrenset hennes frihet og fleksibilitet. En annen grunn som ble oppgitt var at dette tiltaket var mer tidkrevende enn fysisk tilrettelegging, og at ergoterapeuter av den grunn lettere tydde til hjelpemidler enn trening.

“Jeg tror nok at i den hektiske hverdagen som vi opplever på jobb, så tyr vi veldig fort til tilrettelegging, både med hjelpemidler og boligtilrettelegging” (på bekostning av ADL-trening).

En tredje grunn som ble oppgitt av informantene var at i kommuner med store geografiske avstander, ville det ta urimelig lang kjøretid for å kunne utføre oppgaven. I tillegg til dette vil lang reisetid medføre at informanten ikke kunne trene på aktiviteten på den tiden av døgnet hvor den naturlig foregår slik sitatet under viser.

“Det er min drøm å drive med ADL-trening. Jeg har gjort det et par ganger, og resultatet er at hele systemet, hele hverdagen og rutinene ryker. For det at du blir bundet opp en eller to plasser. Og det er ikke nok at jeg skal gjøre det i Stokkheim, der du kanskje bruker en halv time på å stikke bort å gjøre de. Men når jeg skal kjøre til Utheim for å gjøre det, da har jeg en halvtimes kjøring, og så har jeg et kvarters ferje og så et kvarter til en halvtimes kjøring igjen. Og da å stille opp kl. 7.30 om morgenen. Jeg er litt opptatt av at ADL-trening skal foregå når det er naturlig at det skjer. At ikke jeg kommer 13.30 om dagen og så skal han begynne å kle på seg og av seg igjen.

Somatisk ergoterapeut

Når det gjelder ADL-trening for somatiske brukere, kan jeg ut fra materialet skille mellom den som foregår på institusjon og den som foregår i brukers hjem. På institusjon, f.eks på sykehjemspost, rehabiliteringspost eller i skole og barnehage, lå forholdene bedre tilrette for ADL-trening³¹. I motsetning til tilretteleggingstiltak som er mer enkeltstående tiltak hvor ergoterapeuten kun treffer bruker et par ganger, er ADL-trening en oppgave som krever jevn oppfølging over tid, f.eks trening tre ganger pr. uke. Rent praktisk var dette lettere å få til for brukere som befant seg på institusjon, fordi brukeren da var lettere tilgjengelig for ergoterapeuten. Tiltaket var dessuten mer aktuelt for brukere som befant seg i en rehabiliteringsfase. De fleste informantene i undersøkelsen drev imidlertid i liten grad med ADL-trening overfor hjemmeboende brukere.

Motorisk trening

Det var ingen av informantene som drev spesifikk kognitiv trening. Flere drev imidlertid med motorisk trening i gruppe, gjerne i samarbeid med en fysioterapeut. Den av alle informantene som drev mest med trening var hun som hadde stilling øremerket barn. Hun anslo at 1/3 av hennes tid gikk til ADL-trening og sanseintegrasjonstrening.

Psykiatrisk ergoterapeut

Også psykiatrisk ergoterapeut drev til en viss grad med ADL-trening, men det var hovedsakelig I-ADL (instrumentell-ADL) slik også Meeson (1998b:10) rapporterte. I slike tilfeller var det ofte at brukeren manglet de allmenne ferdighetene som skulle til, f.eks i forhold til middagslaging og husarbeid. I noen tilfeller var ergoterapeutens oppgave mer å være tilstede, veilede og motivere, for at oppgaven i det hele tatt skulle bli utført. Her var problemet mer mangel på initiativ som over tid kunne føre til et stort hygienisk problem. Dette ble uttrykt slik av en informant: ”Mitt mål for den dagen i uken jeg er hjemme hos brukeren er at oppvasken skal bli tatt, at han skal sette på en klesvask og at han skal koste over gulvet”. Psykiatrisk ergoterapeut brukte også ADL-trening som en start for å få brukeren i gang, med plan om å utvide aktivitetsrepertoaret til mer sosiale aktiviteter etterhvert.

Sosial trening

Informantene innenfor psykiatri drev også med individuell, sosial trening. Det kunne skje ved at de tok brukeren med på kafè, handletur, kjøpesenter, kino eller en tilstelning. Flere informanter drev med busstrening med brukere. Dette var brukere med sosial angst som ikke turde å benytte offentlig transport eller å gå ut blant folk alene. Eller det

³¹ Når det er sagt, skal det tilføyes at ADL-trening foregår best i brukerens naturlige miljø og at overføringsverdien fra trening på institusjon til hjemmesituasjon er begrenset.

kunne gjelde brukere med manglende sosiale ferdigheter. Da kunne f.eks ergoterapeuten følge en bruker på psykiatrisk dagsenter og observere, støtte og korrigere brukerens adferd der.

“Det gjelder en mann på 28 år. Vi kartla interessene hans og fant at han interesserer seg veldig for å lage mat. Så det jeg har jobbet med nå er kjøkkentrening. Vi trener her på kjøkkenet på bo- og servicesenteret. Og da trener vi på helt praktiske ting. Han får være med å bestemme hva han skal gjøre. Jeg lager en enkel oppskrift som han skal følge. Jeg egentlig bare observerer at han gjør det. Og kartlegger hvilke ferdigheter han har, hvordan han fungerer i sosiale sammenhenger. Vi snakker veldig masse om hva han skal gjøre til neste uke. Han har så lite å gjøre at hver morgen reiser han til sentrum. Han reiser med åttebussen til byen og går inn på bussentralen og spiser svinestek til frokost. Og jeg forklarer han at det er ikke sånn det fungerer. Du spiser ikke svinestek til frokost, du spiser brødsriver til frokost”.

Dette eksemplet viser hvordan slik trening kan foregå i praksis og det viser den nære forbindelsen det kan være mellom ADL-trening og sosial trening i arbeidet med psykiatriske brukere.

5.2.4 Brukerne

Det var lite samsvar mellom demografiske data når det gjelder alderssammensetning i befolkningen i kommunen/bydelen og kommunenes/informantenes prioriteringer når det gjaldt aldersgrupper (se vedlegg 8 for utdyping av dette). Selv i kommuner med stor andel barn og en liten andel eldre, arbeidet den somatiske ergoterapeuten hovedsakelig med eldre. Og selv de mest barnerike kommunene hadde ikke prioritert stilling øremerket barn eller at ergoterapeuten hadde en stor andel av denne brukergruppen. Videre arbeidet psykiatrisk ergoterapeut hovedsakelig med voksne, og ga intet tilbud til barn med psykiske problemer. Det kan synes som om eldre brukere ble prioritert innen somatikken og voksne brukere innen psykiatrien.

Mange av informantene innen somatikk var i utgangspunktet ansatt for å betjene hele befolkningen. På tross av dette prioriterte de utelukkende brukere som primært hadde en fysisk funksjonshemming, fortrinnsvis eldre. Psykiatriske brukere og psykisk utviklingshemmede ble ikke prioritert av disse.

“Jeg jobber ikke innom psykiatrien. Det er en rullegardin som jeg har trukket ned for å overleve. Men jeg ser jo klart behovet for at jeg burde være der. Det samme gjelder psykisk utviklingshemmede. Det var også noe som jeg måtte rydde vekk. Jeg har jo hatt en halv stilling i en god del år i en så stor kommune, så det nytter bare ikke å gape over alt”.

5.2.5 Henvisninger

Det var en lav terskel når det gjaldt å henvise til kommuneergoterapi. Det var ikke en gang et krav om at henvendelsen skulle være skriftlig, mange henvendelser kommer ofte pr. telefon. På grunn av den lave terskelen kom henvisningene fra mange hold.

Fremfor alt tok brukerne direkte kontakt selv. Etterhvert som ergoterapitjenesten ble mer etablert i en kommune og nådde flere brukere, var det også flere tidligere brukere som tok kontakt når de hadde et nytt behov. Ved første gangs kontakt ble de ofte henvist av en annen instans, men ved senere behov tok de eller deres pårørende kontakt selv.

“Det er en veldig lav terskel inn til oss, altså klienten kan bare ringe selv. Og jeg er blitt veldig godt kjent i kommunen og veldig mange kjenner meg. Og det medfører at veldig mange ringer meg”. (Senere i intervjuet): ”Hovedtyngden av henvisninger kom tidligere fra hjemmesykepleien, mens nå er det veldig mye klienten selv. Så jeg vil tro at minst 1/3 er det” (informant som har vært i mange år i samme kommune).

Et annet forhold som flere informanter påpekte var at pågangen fra brukerne og samarbeidspartnere bare økte og økte ettersom ergoterapitjenesten ble mer kjent og utbygget i kommunen/bydelen.

“Hvis jeg tenker på tilrettelegging i form av hjelpemidler, så har det blitt mer og mer. Men det tror jeg går på at folk har blitt mer og mer oppmerksom på det. I vår kommune så har iallefall trykkesjefen sagt at det har vært nærmest en eksplosjon når det gjelder forbruk av tekniske hjelpemidler. Bare på de ti siste årene så har det skjedd veldig mye”.

En barneergoterapeut var opptatt av at hun ikke fikk de henvisninger som hun burde ha hatt. Hun erfarte at hennes samarbeidspartnere barnefysioterapeutene gjentatte ganger feilvurderte behovet for ergoterapi og ikke trakk henne inn. Etter flere år ble kanskje barnet henvist av en annen instans. Hadde henvisningen kommet tidligere, kunne ergoterapeuten ha hjulpet familien på et langt tidligere tidspunkt.

“Når jeg er kjent med barnet, så kan jeg spørre foreldrene hvordan det går på det og det området. Da kan jeg styre det. Mens når fysioterapeuten skal bedømme om jeg skal bli trukket inn, så tenker hun at jeg trengs ikke. Hun har for lite kunnskap. Så det kan hende at en del ting blir liggende som jeg kunne ha hjulpet til med. Det har jeg sett flere ganger. Når jeg endelig kommer inn fordi Opplund (2.linjetjeneste) har formidlet kontakt, så kunne jeg ha vært der et år eller to før og da kunne jeg ha avlastet foreldrene ganske bra. Og det er dumt”.

Videre opplevde hun det som et problem at hun aldri mottok henvisninger fra kommunelegene. Alle slike henvisninger gikk til barnefysioterapeutene. Begge eksemplene på manglende henvisninger skyldtes etter informantens vurdering mangelfulle kunnskaper om hva barneergoterapeuten hadde å tilby. Problemet var nå delvist løst ved at ergo- og fysioterapitjenesten har felles henvisningsskjema og i fellesskap fordeler oppgavene. På denne måten klarte ergoterapeuten å fange opp flere behov.

5.2.6 Særtrekk ved yrkesrollen

Nedenunder presenteres en del egenskaper som kreves av eller er karakteristiske for kommuneergoterapeuten. Noen ganger er særtrekkene sammenfallende for somatiske og psykiatriske ergoterapeuter, andre ganger er de ikke det. Disse særtrekkene er kommet

frem ved å sammenfatte informantenes vurderinger. Når man trekker frem særpreg ved en yrkesgruppe, kan det være en fordel å se det i forhold til en annen gruppe.

Referansegruppen er i noen tilfeller de andre yrkesgruppene i kommunehelsetjenesten og i noen tilfeller sykehusergoterapeutene. I den grad mine funn sammenfaller med andres, påpekes dette.

Praktisk kunnskap og problemløsningsevne

“Vi skal tilrettelegge både på den ene og på den andre måten. Man må ha en viss praktisk kunnskap. Noen ganger må du snu på flisen. Det er ikke alltid du har så mye å hjelpe deg med... Du må snu på flisen og se hva du får til med de midlene du har... Vi blir veldig gode til å ta ting på sparket”.

“Det er sånn at når sykepleieren står fast, ikke får noe til, eller en ikke kommer lenger, da kontakter hun ergoterapeuten”.

Informantene hadde ofte kreative og problemløsende evner som gjorde at de kunne finne løsninger på et praktisk problem og å selv kunne utføre disse løsningene. Når somatisk ergoterapeut var hjemme hos brukere, hadde hun ikke så mye utstyr å hjelpe seg med og måtte derfor være oppfinnsom og bruke det som var for hånden slik som også Levine m.fl (1993) beskriver. Det innebar også å ha praktiske ferdigheter, f.eks å kunne skru på en rullestol eller utføre annen fysisk tilrettelegging selv. Den somatiske ergoterapeutens problemløsningsevne var en egenskap som ofte var kjent blant hennes samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten slik det siste av de to sitatene over viser. Denne kreative problemløsningsevnen er et unikt trekk ved ergoterapeuter generelt (Mattingly & Flemming 1994:111-112), ikke bare kommuneergoterapeuter, og bidrar til å skille denne yrkesgruppen fra andre.

Selvstendighet

“I kommunehelsetjenesten så er du alene der og da ute hos brukeren. Det er ingen å rådføre seg med i situasjonen. Så du må ta veldig mye avgjørelser på egenhånd. I motsetning til når du er inne (på institusjon), så er det alltid mange å diskutere med”.

“Jeg jobber mye mer selvstendig ute i kommunehelsetjenesten (enn i 2. linjetjenesten). Du har på en måte mer ansvar for brukerne selv”.

En kommuneergoterapeut må trolig i større grad enn en sykehusergoterapeut være selvstendig. Grunnen til dette er at hun ofte er alene på hjemmebesøk til brukere og må da ta avgjørelser på egen hånd slik informanten beskriver. Hun kan være den eneste helsearbeideren som er involvert i brukeren og har følgelig ingen samarbeidspartnere i kommunen (Isaac 1990). Hun jobber heller ikke så nært opp til et tverrfaglig team som sykehusergoterapeuter ofte gjør. Hvis hun er alene ergoterapeut i kommunen, har hun heller ikke mulighet til å rådføre seg med kolleger i det daglige slik som sykehusergoterapeuten har.

God kontaktevne

“Du bør ha lett for å komme i kontakt med folk. Du banker på en ny dør flere ganger i uken., personer som du aldri har sett før og du skal opparbeide et tillitsforhold og en dialog”.

“Det er utrolig viktig å kunne kommunisere. Dette her å kunne bygge opp tillit. Jeg kan godt gå to og tre ganger på hjemmebesøk for å bygge opp tillit hos en bruker” (informant som arbeider innen psykiatri).

Kommuneergoterapeuten banker som informanten sier på en ny dør flere ganger i uken, kanskje mer enn hjemmesykepleier og hjemmehjelp som i større grad har faste brukere. Det er derfor viktig at ergoterapeuten raskt kan etablere kontakt og oppnå tillit. Dette gjelder ikke minst for psykiatrisk ergoterapeut.

Dyktig sjåfør

“Du må ikke være skvetten for å kjøre bil. Du skal ut på is, holke, glatte og smale veier”.

Alle informantene bortsett fra én kjørte til og fra hjemmebesøk i egen bil. Spesielt i utkantkommuner med store innbyrdes avstander ble det trukket frem at det var viktig at man ikke var redd for å kjøre bil i all slags vær (Levine m.fl 1993). Dette er ikke en aktuell problemstilling for sykehusergoterapeuter. I den grad de drar på hjemmebesøk med en pasient, skjer det med taxi eller annen spesialtransport.

Samarbeidsevne

“Før var det ikke så mange å samarbeide med, men i dag stilles det langt større krav til samarbeidsevne. Dette her med å involvere flere etater, flere yrkesgrupper og jobbe mer i team” (informant som har vært i samme kommune i 18 år).

Informantene hadde stort sett svært mange samarbeidspartnere og dette i seg selv forutsatte evne til samarbeid. Pleie- og omsorgsavdelingen hadde som regel delt kommunen inn i geografiske soner med et team i hver sone. Det var ofte ikke nok ergoterapeuter i kommunen til å dekke alle sonene. Dette medførte at ergoterapeuten måtte samarbeide med medarbeidere fra alle eller noen av sonene. I tillegg til dette hadde spesielt somatisk ergoterapeut mange eksterne samarbeidspartnere, spesielt i forbindelse med fysisk tilrettelegging. Somatisk ergoterapeut har derfor et spesielt høyt antall samarbeidspartnere.

Oppsøkende generalist

“Du skal sette deg inn i ting. Det er akkurat som allmennleger. Du skal kunne veldig mye. Så vi blir ikke spesialister på noen ting. Så uansett må jeg hente frem, ringe rundt og høre for å innhente informasjon hvis jeg får en ny diagnose eller ny bruker som jeg føler meg utrygg i forhold til de problemene som jeg skal løse. (Senere i intervjuet): Jeg er ofte på telefonen til

ergoterapeuter som jobber i nabokommunene. For vi har veldig like problemstillinger og vi trenger støtte til ting. Jeg ringer også for å høre om de har vært borti like tilfeller som jeg kommer borti. For å høre hvordan man løser det. Så jeg er ivrig på telefonen. Jeg må snakke med noen jeg og. Vi har jo ikke faglig miljø, bortsett fra det jeg kan få med andre yrkesgrupper, så jeg må være aktiv” (informant som er eneste ergoterapeut i kommunen).

“For det finnes jo diagnoser som en får bare én gang pr. femte år. Så en må være flink til å finne ut av ting på egen hånd og ikke bli skremt av at det er noe en ikke har vært borte i før. Og en må søke informasjon fra andre eller litteraturen”.

Ergoterapeuten innenfor somatikk var generalist innenfor dette området. Det innebar at det var relativt stor bredde i de sykdomsgrupper og tildels aldersgrupper ergoterapeuten var i kontakt med. Dette stilte krav til allsidighet og bredt kunnskapsnivå, i motsetning til barneergoterapeut og psykiatrisk kommuneergoterapeut som i større grad kunne spesialisere seg på én aldersgruppe eller noen få diagnoser. Sykehusergoterapeuter er også en gruppe som har større mulighet til spesialisering. Nødvendigheten av å ha en bred kunnskapsbase for kommuneergoterapeuter understrekes også av Liabø (1995) og Punwar (1994). Som generalist og fordi ergoterapeuten ofte er alene av sitt slag i kommunen, var det som eksemplene over viser nødvendig at hun aktivt går ut og innhenter kunnskap som hun mangler hos andre, enten det er hos ergoterapeutkolleger, bøker eller andre kilder. For ergoterapeut som er nyansatt eller arbeider alene, er det viktig at hun etablerer kontakt med andre ergoterapeuter for støtte og gjensidig utveksling av erfaringer (Punwar 1994; Hurff m.fl 1990). Sykehusergoterapeuten er i en annen situasjon fordi tjenesten er etablert og fordi hun ofte tilhører et ergoterapifaglig fellesskap.

Konklusjon

I kapitel 2.3.2 beskrev jeg en del typiske egenskaper ved kommuneergoterapeutrollen som er trukket frem av andre (se Levine m.fl 1993:828-830; Punwar 1994:174-178; Liabø 1995:30). Disse var fleksibilitet og evne til omstilling, evne til å kommunisere, kreativitet, evne holde ut faglig og sosial isolasjon, det å inneha en allsidig kunnskapsbase, gode kjøreegenskaper, sette seg mål for egen faglig utvikling, samt ha evne til å administrere og organisere egen tid. Mine funn bekrefter i stor grad dette, i tillegg til at jeg har trukket frem andre egenskaper som det å være en oppsøkende generalist og det å ha evne til samarbeid. Det området hvor det er størst sammenfall er den evnen som jeg har kalt praktisk kunnskap og problemløsningsevne og som Levine kaller kreativitet. Det går ut på det samme, nemlig å ha praktiske ferdigheter og kreativ problemløsningsevne som gjør at ergoterapeuten kan klare å løse et praktisk problem hun står overfor.

Når det gjelder forskjeller og likheter mellom somatisk og psykiatrisk ergoterapeut, vil jeg si at likheter mellom de to er evne til samarbeid, selvstendighet og det å være oppsøkende. Begge ergoterapeuter er mye på farten i jobben i egen bil og bør ha gode

kjøreegenskaper. Forskjeller mellom de to rollene er slik jeg ser det at somatisk ergoterapeut i større grad er generalist og har flere eksterne samarbeidspartnere. Psykiatrisk ergoterapeut trenger ikke å ha praktisk kunnskap i samme grad som somatisk ergoterapeut som driver med fysisk tilrettelegging, men kravet om kreativitet med hensyn til problemløsning er like stort. Videre stilles det nok høyere krav til kommunikasjonssevne for psykiatrisk ergoterapeut.

5.2.7 Noen utfordringer nye og erfarne kommuneergoterapeuter står overfor

Nye kommuneergoterapeuter

“Det er tydelig at det absolutt skulle ha vært veiledning for ergoterapeuter. Fordi at det er et nytt område og fordi jeg er så ny. Jeg har brukt litt tid på å lete etter hva slags rolle jeg egentlig skal ha” (relativt nyutdannet informant som skal etablere seg innen psykiatri).

Det å etablere en ny tjeneste eller et nytt fagfelt innenfor en eksisterende ergoterapitjeneste, er en krevende prosess (Isaac 1990:5) og den utføres ofte av nyutdannede ergoterapeuter slik eksemplet over viser. Ved etablering av nye fagfelt har man i tillegg få rollemodeller, fordi fagfeltene er så nye at det har ikke vært mange kolleger i tilsvarende stillinger før.

Flere informanter etterlyste faglig veiledning i denne situasjonen. Det er svært sjelden kommuneergoterapeuter har tilbud om veiledning (Ibbotson 1983:162; Levine m.fl 1993; Punwar 1994). Det å få tilbakemelding fra en veileder fra egen yrkesgruppe på hvordan en fungerer i jobben og å kunne diskutere egen rolleutforming med en kollega, var et savn fra flere informanter. Behovet for veiledning var dessuten stort når ergoterapeuten var eneste representant for yrkesgruppen i en kommune slik eksemplet under viser.

“Jeg synes at det er et problem at jeg aldri får tilbakemelding fra en annen ergoterapeut ...Man er avhengig av å få tilbakemelding, man kan ikke jobbe i et tomrom. Det synes jeg er viktig i en sånn jobb jeg har.Så det er vel et problem som vi ofte har, vi ergoterapeuter som jobber alene”.

Erfarne kommuneergoterapeuter

Erfarne kommuneergoterapeuter som har vært lenge i samme kommune, sliter med andre problemer. Mulighetene til å skifte arbeid, er svært begrenset for en ergoterapeut som bor og arbeider i en utkantkommune. Det er ikke alternative jobber å søke på, så ergoterapeuten blir værende i stillingen i en årrekke. Da er man etter informantenes oppfatning avhengig av å hele tiden kunne gripe fatt i nye utfordringer for at arbeidet skal være meningsfylt.

“Det er klart at når en har vært så lenge i en stilling så blir man utbrent...For arbeidsbelastningen er såpass hard at jeg merker det veldig godt. Så jeg tror ikke at jeg holder ut til jeg blir 67 år og hva gjør jeg da?”

Denne informanten hadde i perioder hatt engasjementstillinger i andre kommuner som medførte svært lang reisevei, for å få et avbrekk og fornyet inspirasjon. Hun opplevde det etter mange år i samme jobb som et problem at hun ikke lenger visste hvordan hun skulle gå videre.

“Det er sikkert mange utfordringer i jobben som du kunne gripe fatt i, hvis du bare visste hvordan du skulle gripe fatt i de. Men det vet jeg ikke”.

En annen informant var frustrert på grunn av mangelen på utfordringer i jobben etter mange år i samme stilling. Hun syntes ikke at hun fikk benyttet bredden i sin kompetanse. Hun arbeidet innenfor somatikken som eneste ergoterapeut i kommunen. Hun hadde tidligere hatt flere rolleutvidelser, men var nå overarbeidet og fikk ikke tilført flere stillinger enn sin ene. Nå mistrikket hun og hadde tatt permisjon fra jobben.

“Hovedgrunnen til at jeg har permisjon var delvis at jeg følte jeg var veldig lei av å jobbe på den måten som jeg jobbet. Jeg følte at jeg må gjøre en forandring hvis jeg skal orke å fortsette. Det går vel på dette med at jeg føler at jeg har for lite utfordringer i jobben. Jeg føler at faget vårt har mer å tilby enn det jeg får brukt i den sammenhengen”.

Veiledning kan i slike tilfeller bidra til at ergoterapeuten kommer på et høyere refleksjonsnivå og blir i stand til å innta et metaperspektiv på egen praksis (Lauvås og Lauvås 1994:185). Det kan kanskje bidra til at en ser på ens arbeidssituasjon med nye øyne og ser nye muligheter situasjonen. Når man har vært lenge på et sted, klarer man ikke lenger å se på egen rolle og yrkesutøvelse med selvkritiske øyne. En annen erfaren ergoterapeut som også var eneste ergoterapeut i kommunen, beskrev dette ganske treffende: *“ Du ser ikke skogen for bare trær”*. Man kommer inn i et etablert mønster hvor det å løfte seg opp til en posisjon hvor en kan se utover “skogen”, er vanskelig å få til. Den mest åpenbare løsningen på problemet; å skifte jobb for en periode eller permanent, er ikke i dette tilfellet et realistisk alternativ.

5.3 Kommuneergoterapeutens rolleutvidelse

I dette kapitlet besvarer jeg hovedsakelig det andre spørsmålet i problemstillingen; hvordan utvider ergoterapeuten sin yrkesrolle? I tillegg vil jeg beskrive forventninger som rettes til ergoterapeuten, samt beskrive ergoterapitjenestens utvikling i en kommune.

5.3.1 Forventninger til kommuneergoterapeuten

Det dreier seg om ergoterapeutens opplevelse av hvilke forventninger som rettes mot henne fra samarbeidspartnerne. Forventningene springer ut fra den kunnskap og erfaring disse gruppene har i forhold til kommuneergoterapi. Ofte er den kunnskap vi har om andres yrkesroller mangelfull og overfladisk. Forventningene vi stiller til disse rollene kan derfor bli konvensjonelle og stereotype, og bunne i manglende kunnskap om de enkelte rollene og funksjonene (Lauvås og Lauvås 1994:64; Larsen m.fl 1994:40).

Forventninger fra samarbeidspartnerne

Mange av informantene erfarte at forventningene som ble rettet mot dem var uklare og unyanserte. De syntes ikke at samarbeidspartnerne hadde et klart bilde av hva ergoterapeuten kunne bidra med. Kunnskapsnivået var relativt lavt. For somatisk ergoterapeuts vedkommende, ble de spesielt fra pleiergruppen tilskrevet en rolle som gikk ut på at ergoterapeuten kunne bidra med tekniske hjelpemidler. Dette er i overensstemmelse med funn i andre undersøkelser (Stalker 1996:106; Ytrehus 1994:41).

“Hvis de har et bilde av meg, så går det på tekniske hjelpemidler. Det er mange som ikke har et bilde”.

“Jeg har opplevd at forventningene fra sykepleier har gått på hjelpemiddelformidling. At det vil de ha hjelp til i fra meg. Jeg tror nok at det er for lite kunnskap”.

Sammenheng mellom forventninger og arbeidsoppgaver

“Jeg føler at det er en begrenset del av ergoterapi som er kjent. Det er mange ting som jeg kunne tenke meg å jobbe mye mer med”.

Dette sitatet viser den nære sammenhengen det er mellom hvilke arbeidsoppgaver som det er kjent at ergoterapeuten holder på med og hva hun faktisk gjør, med andre ord at forventningene eller kunnskapsnivået til samarbeidspartnerne påvirker ergoterapeutens arbeidsoppgaver. Denne påvirkningen kan også skje i omvendt rekkefølge som i det neste eksemplet, at forventningene dannes ut fra hvilke arbeidsoppgaver ergoterapeuten faktisk utfører.

“Forventningene går nødvendigvis mye på tekniske hjelpemidler og sånn, fordi det er jo det vi gjør”.

Dette er følgelig en tosidig prosess hvor forventningene påvirker arbeidsoppgavene på den ene siden og arbeidsoppgavene påvirker forventningene på den andre siden (se mer om dette i kapittel 6.1.4).

Forventningene om at ergoterapeuten skulle ta seg av arbeid med tekniske hjelpemidler kom til uttrykk gjennom henvisningene, og henvisningenes innhold la betydelige føringer på hvilke arbeidsoppgaver ergoterapeuten skulle ha.

“På en måte føler jeg en viss frihet, men på en annen måte så er henvisningene veldig førende”.

Oppsummering og konklusjon

Dersom informantenes oppfattelse av samarbeidspartneres forventninger sammenfaller med hva de faktisk forventer, kan mine resultater bekrefte det flere har hevdet (Stalker m. fl 1996; Liabø 1995; Correia 1981; Isaac 1990:3; Larsen m.fl 1994:14), nemlig at samarbeidspartnere ikke kjenner bredden i ergoterapeutens kompetanse. Pågangen på tekniske hjelpemidler var stor og at det var denne oppgaven som av samarbeidspartnere ble vurdert til å være den somatiske ergoterapeutens primære oppgave. Disse funnene må tas med det forbehold at det er ergoterapeuten som har formidlet dem, ikke primærkildene selv.

Det er et gjensidig påvirkningsforhold mellom samarbeidspartneres forventninger og ergoterapeutens handlinger. Det er også en nær sammenheng mellom samarbeidspartneres kunnskapsnivå om bredden i ergoterapi og hvilke arbeidsoppgaver ergoterapeuten faktisk utfører. Samarbeidspartneres kunnskapsnivå gjenspeiles i henvisningens art, og disse henvisningene er svært førende for hvilke arbeidsoppgaver og brukergrupper ergoterapeuten griper fatt i.

5.3.2 Rolle- og domeneutvidelse

Egenskapsforklaring eller systemforklaring

En informant beskrev et problem som hun hadde strevd med i alle år hun var alene ergoterapeut i kommunen. Det gjaldt hvorvidt det var arbeidsbetingelsene med stort arbeidspress eller henne som person, som hadde gjort at hun ikke hadde utviklet nye områder for ergoterapitjenesten.

“Når du er alene (som ergoterapeut i kommunen) så begynner du å lure på om det er jeg som ikke våger meg bort i nye oppgaver eller jeg som ikke kan det, eller har det med

arbeidssituasjonen å gjøre? Er det systemet eller er det min person? Og det har vært et utrolig slitsomt spørsmål i disse årene jeg har vært alene. Det er mye bedre nå som jeg har noen å diskutere det med”.

En informant som hadde utvidet sin rolle til stadig nye områder, mente at jobben som kommuneergoterapeut var allsidig hvis man selv ønsket det. Man hadde mulighet til å utvide arbeidsoppgavene, men man hadde også mulighet til å begrense dem hvis det var det man ønsket. Nyansatte og nyutdannede ergoterapeuter starter ofte med et begrenset knippe av arbeidsoppgaver og griper gjerne fast i noe håndfast og konkret som hjelpemidler og boligendringer innledningsvis. Utfordringen slik noen av informantene så det, var å ikke bli værende i det.

“Jeg tror nok at jeg i dag har større forventninger til meg selv om at jeg må ivareta flere felt. På en måte ha en viss oversikt. I begynnelsen var det veldig greit at det var et begrenset felt jeg skulle prioritere. Da var det eldre innenfor åpen omsorg. Det var satsingsområdet den gang”.

“Det er lett å bare ty til hjelpemidlene, utfordringen er jo å gjøre noe mer”.

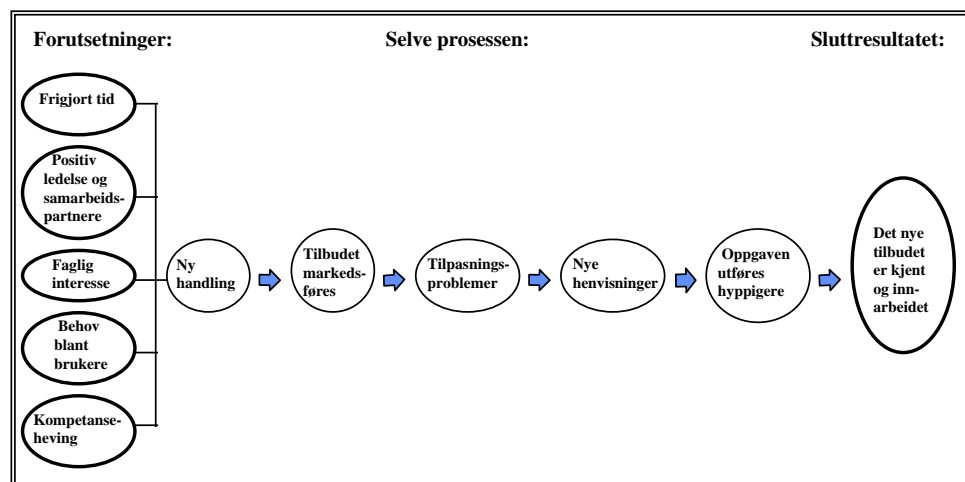
Rolleutvidelsesprosessen

Mange av informantene hadde imidlertid utvidet sin personlige rolle eller vært med å utvikle ergoterapitjenesten i en mer pluralistisk retning³². Dette hadde nok med utvalgets sammensetning å gjøre. I et representativt utvalg ville nok relativt sett færre ergoterapeuter ha vært med på en slik utvikling. Hvis jeg tar med domeneutvidelser som behandles i det følgende, kan mine funn bekrefte det Stalker m.fl. (1996:106) hadde funnet, nemlig at nesten alle ergoterapeutene i undersøkelsen hadde utvidet rollen. Jeg har ut fra en sammenfatning av materialet laget en modell som viser rolleutvidelsesprosessen (figur 6). Som alle andre modeller, innebærer også denne en forenkling av virkeligheten. Å gjennomgå en slik prosess er ikke unikt for ergoterapeuter, den gjelder trolig også for andre profesjoner som skal rydde seg plass i et etablert system.

Forutsetninger

Når ergoterapeuten utvider rollen sin er det ofte en del forutsetninger som er tilstede, som sitatene i det følgende viser, selv om det ikke er nødvendig med alle. En forutsetning som er av helt avgjørende betydning, er at ergoterapeuten får frigjort ressurser til å utvikle det nye området. Det kan enten skje ved at hun avlastes visse oppgaver, får permisjon i en periode eller blir tilført ressurser ved at ny ergoterapeut ansettes. Frigjøring av ressurser forutsetter villige samarbeidspartnere og en ledelse som er positiv til tiltaket, og det er den andre forutsetningen som bør være tilstede. Uten

samarbeid, blir det svært vanskelig å få etablert nye arbeidsområder. Videre har hun ofte en faglig interesse innenfor et nytt felt som hun ønsker å utvikle. En annen forutsetning er at hun opplever et udekket behov blant brukerne på dette feltet. Den siste forutsetningen er at ergoterapeuten har anledning til å bygge opp sin kompetanse på det nye feltet, enten det er ved kurs, selvstudier eller hospitering.



Figur 6: Rolleutvidelsesprosessen

“Det må rett og slett ryddes plass for å få det til. Du må kutte ut noe av det du holder på med. Og vi må selvfølgelig snakke med andre berørte parter. Vi har jo ryddet plass til dette med unger. Men en må ikke tro det går på et halvår. Så det er vel mer om en har “guts” til å gå igang”.

I sitatet over understreker informanten nødvendigheten av å få frigjort tid, aksept fra samarbeidspartnere, samt nødvendigheten av initiativ og engasjement fra ergoterapeutens side for å få til en rolleutvidelse.

“Jeg gjorde et fremstøt i forhold til det å satse på barn, for det var det ikke gjort fra før. Det begynte med at jeg hadde samarbeid med en logoped og vi diskuterte en del fag og hadde et veldig stimulerende samarbeid på det. Så vi tilrettela en temadag (for personalet) og tok opp en del spørsmål omkring det. Vi lagde en ressursperm (en metode- og informasjonsbok for personalet). Arbeidet foregikk delvis på fritid og delvis i arbeidstid. Så det var et forsøk på å bane vei for nye oppgaver, men det nådde ikke frem på det tidspunktet. Det var rett og slett tidspress. At vi ikke så noen mulighet til å opprette flere stillinger. Og at det innenfor den stillingen jeg hadde, ville tatt for mye tid å gå inn på det”.

Dette eksemplet understreker også betydningen av samarbeid, personlig engasjement og kompetanseoppbygging. Dette tiltaket mislyktes i følge informanten fordi hun ikke

³² I kommuner/bydeler med flere ergoterapeuter er det vanskelig å skille mellom en individuell rolleutvidelse og utvikling av ergoterapitjenesten som helhet. Fremstillingen her differensierer ikke mellom disse nivåene.

fikk frigjort tid til å utvikle det nye området og viser hvilken avgjørende betydning denne forutsetningen har.

“Jeg fikk så mange saker som gjaldt hørsel som jeg følte at jeg ikke løste på en god måte (hun viser til hørselshjelpemidler, spesielt høreapparater)....Jeg følte at jeg måtte gi et tilbud til de og. Jeg kan ikke si at de må vente i et halvt år til det kommer en spesialist til kommunen, før de får hjelp. Det syntes jeg var uforsvarlig. At de skulle vente så lenge før de fikk noen som helst hjelp. Så jeg følte at jeg måtte gjøre noe for å bedre tilbudet. ...Så jeg tok kontakt med hjelpemiddelsentralen og spurte om jeg kunne få litt opplæring og litt hjelp til å takle de sakene. Og da fikk jeg en audiopedagog til å komme og lære meg opp og bruke utstyret, fire dager gjennom et år. Så da fikk jeg en god innføring i hvordan jeg skal takle de sakene. Og det resulterte i at jeg ble hørselskontakt i kommunen”.

Dette eksemplet understreker for det første at ergoterapeuten opplever et behov blant brukerne som ikke er tilfredsstillt, dernest hvordan hun fikk hjelp til å bygge opp sin kompetanse innenfor for det nye arbeidsområdet.

Selve prosessen

Selve prosessen initieres gjerne ved at ergoterapeuten starter å handle på en ny måte. Det nye tilbudet blir etterhvert kjent blant samarbeidspartnerne. Dette vil i en periode føre til mindre tilpasningsproblemer inntil de forstår at det nye området også kan være ergoterapi. Deretter kan det skje en selvforsterkende positiv prosess, hvor nye henvisninger på utviklingsområdet, fører til at ergoterapeuten utfører oppgaven oftere og får bygget opp sin kompetanse, som igjen medfører at tilbudet blir mer kjent og benyttet.

“Når jeg tenker tilbake på hvordan jeg begynte å involvere meg i det , f.eks i byggesaker. Jeg hadde god kontakt med vernepleier som jobbet her og de har jo hatt mye med HVPU-reformen og alle som skulle ut og ha egne boliger. Hun dro meg med i det. Så begynte jeg å gå inn uten at jeg er blitt bedt spesielt om det, for jeg synes at det har vært så spennende. Og vi har diskutert det i teamet. Og på den måten har jeg kommet mer med. “Kan ikke du bli med på det møtet, for nå skal jeg ha møte med arkitekten og se på det?... Så det har blitt mer og mer. Nå gjør de ikke noe med nybygg uten at jeg er med på det”.

Dette sitatet viser blant annet informantens engasjement og hvordan hun ble dradd med av en samarbeidspartner da et nytt behov blant brukerne oppsto. Det primære som jeg vil vise i dette eksemplet er imidlertid hvordan informantens nye tilbud ble kjent og innarbeidet i kommunen.

Sluttresultatet

Sluttresultatet er at et nytt arbeidsområde er innarbeidet. Det nye tilbudet er kjent blant samarbeidspartnerne og de sender henvisninger i henhold til dette. Men dersom ergoterapeuten ønsker å utvide rollens innhold på et nytt område, må hun gjennom samme prosessen på nytt som følgende sitat viser.

“Vi hadde en nyutdannet ergoterapeut her og hun opplevde veldig sterkt at vi var en tjeneste som ble regnet med, en etablert tjeneste. Her må du ikke rydde plass for deg. Det som kan bli problematisk eller som krever noe, det er vel at hvis en ønsker å utvikle tjenesten, at en skal rydde seg ny plass, da kommer vi ikke til duk og dekket bord. For i og med at jeg har vært alene ergoterapeut så lenge, så er det klart at jeg har formet ergoterapitjenesten på godt og vondt. Det som jeg er opptatt av, det er det andre opplever som ergoterapi. Og når det kommer nye ergoterapeuter da, så blir det litt rusk i maskineriet til dess en oppdager at det er ergoterapi det er. Og det tror jeg at vi kommer til å oppleve igjen hvis det blir en stilling til og vi skal utvide arealet vårt litt” (informant som har jobbet lenge i samme kommune).

Kommentar om domeneutvidelse

Ved domeneutvidelser skal ikke ergoterapeuten utvide den eksisterende rollen, men skape en ny ergoterapeutrolle. Denne ergoterapeuten vil antagelig i grove trekk gå gjennom den samme rolleutvidelsesprosessen som beskrevet over. Kravet til kompetanseoppbygging er imidlertid større og arbeidet med å frigjøre tid er et tilbaketrukket stadium i og med at stillingen er blitt opprettet. En positiv ledelse og villige samarbeidspartnere er også en forutsetning som i utgangspunktet er tilfredsstillende ved at stillingen er opprettet. Det var faktisk de nærmeste samarbeidspartnere som barnefysioterapeuter, psykiatrisk sykepleier og vernepleier som i tillegg til ergoterapeutene hadde ivret for at informantenes stillinger ble opprettet, henholdsvis innen fagfeltene barn, psykiatri og psykisk utviklingshemmede.

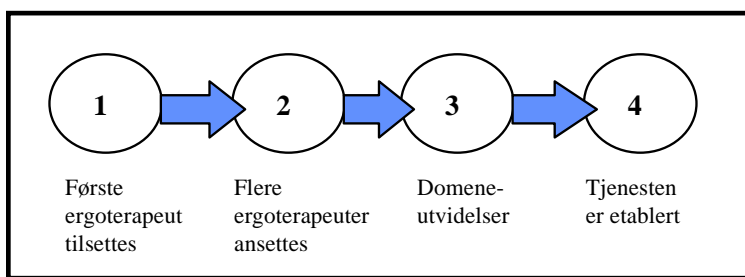
Konklusjon

Så tilbake til informanten som spurte om det var henne som person eller systemet som hadde ført til at hun ikke hadde utviklet nye områder for ergoterapitjenesten. Svaret på hennes spørsmål er vel at det er flere faktorer som virker sammen, men at det vil variere i hvilken grad det er egenskapsforklaring, relasjonsforklaring eller systemforklaring som er mest utslagsgivende. I mitt materiale var det ingen entydige mønstre i hvilke forklaringstyper som hadde størst forklaringskraft. I noen tilfeller er det åpenbart at det hovedsakelig er systemforhold som kan forklare ergoterapitjenestens stagnasjon. Når kommunen på tross av en overveldende arbeidsmengde og åpenbare behov blant brukerne, ikke prioriterer opprettelse av nye stillinger for ergoterapeut, blir dette en bremse for ergoterapitjenestens utvikling kvalitativt såvel som kvantitativt. Det er likevel et faktum at ergoterapeuten med sitt engasjement og sine faglige interesser har reell mulighet til å utvikle rollen sin, men det er viktig å presisere at egenskapsforklaringer, ikke alene gir en fullgod forklaring på hvorfor noen ergoterapeuter som ønsker det overskrider grensene for egen rolle og andre ikke klarer det. Relasjonelle forklaringer er en vel så viktig forklaring på dette. Det faglige miljøet blant ergoterapeutkollegene, virker inn på ergoterapeutens eventuelle ønske om rolle- og domeneutvidelse. Et stimulerende og utviklingsorientert fagmiljø kan bidra til endring av yrkespraksis. Likeledes vil en del av de forutsetningene for

rolleutvidelsesprosessen som er beskrevet over, f.eks det å ha positiv ledelse og samarbeidspartnere, være en relasjonell forklaring.

5.3.3 Faser i etablering av kommunal ergoterapitjeneste

Ut fra materialet kan det se ut som om etablering av ergoterapitjenesten i en kommune eller bydel er en prosess som går gjennom ulike faser. Hensikten med den trinnvise modellen som presenteres i det følgende er imidlertid ikke å kunne bestemme hvilken fase de enkelte ergoterapitjenester befinner seg på, til det er de ulike trinnene for lite entydige. Hensikten med modellen er mer å tydeliggjøre at alle ergoterapitjenester går gjennom en langvarig prosess som følger et noenlunde fastlagt mønster, før de er etablerte i sine respektive kommuner/bydeler. Prosessen hadde tatt ca. 9 år for de to ergoterapitjenestene i materialet som etter min vurdering hadde lyktes å bli etablerte. Da datamaterialet er noe tynt til å belyse dette fullt ut, må disse funnene tas med noe forbehold. Grunnen til at datamaterialet er noe begrenset på dette området, er nok at denne tolkningen går utover informantenes selvforståelse og er mer basert på mine refleksjoner over mønstre i materialet. Utviklingen kan arte seg slik:



Figur 7: Faser i etablering av kommunal ergoterapitjeneste

Fase 1) Første ergoterapeut ansettes

Det har skjedd en utvikling i kommunen/bydelen forut for at den første ergoterapeuten ansettes, som gjorde at de prioriterte å opprette en stilling, men dette har jeg ingen opplysninger om. Mine opplysninger starter i det øyeblikk den første ergoterapeuten er ansatt. Denne pioneren blir møtt med svært uklare forventninger, basert på et mangelfullt kunnskapsnivå om hva ergoterapeuten kan bidra med, slik jeg har vist tidligere. Det kan imidlertid være en klar forventning om at ergoterapeuten skal arbeide i forhold til eldre funksjonshemmede. I den grad det stilles forventninger til ergoterapeuten utover dette, går det på at hun skal ta fatt i tradisjonelle arbeidsoppgaver som tekniske hjelpemidler og boligtilrettelegging. Og det er faktisk disse oppgavene ergoterapeuten griper fatt i. Ergoterapeuten gjør kanskje noen fremstøt for å markedsføre tilbudet. Hun får etterhvert svært mye å gjøre. Arbeidssituasjonen hennes er ikke tilrettelagt og hun blir ikke regnet

med av samarbeidspartnere og ledere. Denne pioneren brøyter vei for de ergoterapeuter som kommer senere.

“Hun ergoterapeuten som begynte her (viser til første ergoterapeut i bydelen) har virkelig brøytet vei for oss. Mange av arbeidsoppgavene lå der og ventet på oss og vi kunne gli inn i det mønsteret” (ergoterapeut som arbeider i bydelen i dag).

Det som denne ergoterapeuten gjør av oppgaver, oppfattes som det kommuneergoterapi handler om.

“For i og med at jeg har vært alene ergoterapeut så lenge, så er det klart at jeg har formet tjenesten på godt og vondt. Det som jeg er opptatt av, det er det andre opplever som ergoterapi” (en annen pioner).

Ergoterapeutens påvirkningsmulighet i denne fasen er stor. Dette fremgår av følgende budskap en informant ble møtt med da hun startet i jobben som første ergoterapeut i bydelen:

“De sa til meg: “Vær så god, her er Nesdalen bydel, 20.000 mennesker. Vi har ingen stillingsinstruks, vi har ingen... Det er opp til deg å bygge opp tjenesten”. Det synes jeg egentlig var spennende, men også kjempeskremmende. Som nyutdannet å gå inn i noe sånt.

Har ergoterapeuten profilert seg på tradisjonelle arbeidsoppgaver, så er dette nå blitt kjent og denne typen henvisninger tiltar i omfang. Etter en tid dukker det opp av seg selv noen nye oppgaver som ergoterapeuten griper fatt i eller hun tar selv initiativ til å utføre nye oppgaver. Henvisningene fortsetter imidlertid å øke, i tillegg til at gamle brukere med nye behov tar kontakt. Behovet for å tilrettelegge arbeidssituasjonen blir mer og mer påtrengende.

“I begynnelsen syntes jeg at det var fint at det var et begrenset felt jeg skulle prioritere. Det var eldre innenfor åpen omsorg. Det var satsingsområdet. Men så ble det endret på, etterhvert så ble det hele befolkningen. Det kom henvendelser i flere sammenhenger. Det har kommet henvendelser fra funksjonshemmede barn. Og dette med boligsaker. Så det har stadig blitt flere oppgaver å ta seg av” (informant som var første ergoterapeut i kommunen).

Fase 2) Flere ergoterapeuter ansettes

Dersom ergoterapeuten har lyktes i å overbevise sine ledere og kommunepolitikere om sin nytteverdi, prioriteres opprettelse av en ny stilling. Den nye ergoterapeuten går vanligvis inn i samme rolle som den etablerte ergoterapeuten for å avlaste henne. De deler kommunen/bydelen mellom seg geografisk, slik at både antall brukere og samarbeidspartnere pr. ergoterapeut reduseres.

“Det som det er behov for hvis vi får en stilling til, er å fordele de to sonene mellom ergoterapeutene. For da kunne vi gått mer inn i dialog med de som jobber i sonene og få mer... den utvekslingen kunne skje mer dynamisk. Det tror jeg det er veldig behov for å gjøre noe med, hvis jobben skulle bli tilfredsstillende. Så det mener jeg det er behov for”.

På tross av dette får samarbeidspartnerne en ny modell i rollen og et litt mer nyansert bilde av ergoterapeutrollen, slik denne informanten beskriver.

“Så jeg følte at det var bra at det kom inn en annen ergoterapeut med kanskje en annen innfallsvinkel enn meg. En annen person iallfall, sånn at samarbeidspartnerne får oppleve ergoterapi fra flere vinkler enn akkurat meg”.

Flere ergoterapeuter fører gjerne til en viss rolleutvidelse, men fortsatt får ikke ergoterapeuten utnyttet bredden av sine kunnskaper og til fulle vist sin kompetanse. Fortsatt er det flere brukergrupper som ikke får et tilfredsstillende tilbud.

Fase 3) Domeneutvidelser

Fortsatt har ikke ergoterapeutene prioritert å etablere nye fagområder. De står overfor et dilemma når de får en ny stilling; skal den nye stillingen brukes til å avlaste de andre eller skal den øremerkes nye grupper som ikke får et tilbud i dag?

“Som ergoterapeuter har vi egentlig stukket veien ut veldig selv...Hvis vi har utsikt til en stilling til så er det veldig viktig å sette seg ned og se på hva vi gjør, hva vi burde gjøre og hva er vår drøm å få lov til. Som sagt styrer vi det veldig selv, men selvfølgelig innenfor de rammene vi har. (Senere i intervjuet): Hun som nå er vikar har veldig lyst til å gå inn i psykiatrien. Så vi sitter og pirker litt borti ting. For å se om vi kan få en åpning der”.

Dersom domeneutvidelser prioriteres, vil det føre til et bredere tilbud til brukerne og trolig et mer riktig bilde av ergoterapeutens kompetanse blant samarbeidspartnere.

Fase 4) Ergoterapitjenesten er etablert

“Vi hadde en nyutdannet ergoterapeut her og hun opplevde veldig sterkt at vi var en tjeneste som ble regnet med, en etablert tjeneste. Her må du ikke rydde plass for deg.”

Ergoterapitjenesten består nå av flere ergoterapeuter og antall innbyggere pr. årsverk er betydelig redusert. Alle aktuelle brukergrupper og aldersgrupper i kommunen har et tilfredsstillende ergoterapitilbud. Ergoterapitjenesten er kjent og blir verdsatt i kommunen, og ergoterapeuten er representert i fora hvor avgjørelser fattes som har direkte innvirkning på tjenesten. Samarbeidspartnere har et differensiert bilde av hva ergoterapeuten kan bidra med og sender henvisninger som dekker et vidt spekter av arbeidsoppgaver og brukergrupper.

Et eksempel på dette var ergoterapitjenesten i Stadvik bydel. Dette var den bydelen i materialet som fremfor noen var etablert i henhold til en slik beskrivelse. Bydelen hadde hatt ergoterapi i 9 år og hadde nå 3.75 stillinger (5900 innbyggere pr. årsverk).

Ergoterapitjenesten var ledet av en ergoterapeut og hun var medlem av et lederfora. Begge informantene opplevde at forventningene rettet til dem fra samarbeidspartnere

var differensierte. De fleste aktuelle brukergrupper og aldersgrupper i bydelen hadde et tilfredsstillende tilbud om ergoterapi. Begge informantene hadde en kombinasjon av tradisjonelle og utradisjonelle arbeidsoppgaver. De syntes at de hadde mange utfordringer i jobben og at ergoterapitjenesten stadig var i utvikling slik disse ikke helt dekkende utdragene fra de to intervjuene viser.

“Vi får være med på kurs som interesserer oss. Veldig oppbaking på det vi har lyst til. Vi får være med på stabsmøter, hver mandag morgen treffer jeg pleie- og omsorgssjefen. Vi har mye kontakt med sykepleiere og er liksom en del av miljøet. Sykepleierne er ganske bevisst på hva de kan bruke meg til.

“Jeg trives jo skikkelig bra i den jobben jeg har her. Og etter hver forandring så synes jeg at det er blitt mer og mer oppgaver som jeg synes er spennende... Forventningene er ikke lenger bare på hjelpemidler. Det var kanskje det i begynnelsen, men det har det vært en forandring på. ...Vi er en yrkesgruppe som blir verdsatt her i bydelen”.

5.4 Profesjoner, arbeidsfordeling og organisasjon

Ergoterapeutene arbeider ikke alene, men i en organisasjon i et samarbeid med andre yrkesgrupper. En beskrivelse av ergoterapeutens arbeidsoppgaver og yrkesrolle blir ikke fullstendig dersom arbeidsfordelingen med andre profesjoner, organisatorisk tilknytning og organisasjonens påvirkning på ergoterapitjenesten utelates. Det er det dette kapitlet handler om. Dette kapitlet besvarer hovedsakelig det tredje spørsmålet i problemstillingen. Spørsmålet var hvilke forhold det er som påvirker hvilke arbeidsoppgaver ergoterapeuten har og hennes mulighet for rolle- og domeneutvidelse.

5.4.1 Arbeidsfordeling mellom profesjonene

Arbeidsfordelingen mellom de ulike yrkesgruppene er ikke definert en gang for alltid. Roller forandres over tid og nye aktører med forskjellig syn på rollens innhold kommer til (Lauvås og Lauvås 1994:66). Feiring (1994:224) har vist at arbeidsfordelingen mellom yrkesgruppene er preget av tvetydighet og kontinuerlige forhandlinger. I en studie av dette ville det beste være å basere seg på observasjonsdata med fokus på hvordan slike beslutninger og eventuelle forhandlinger foregikk i praksis. Siden min informasjonsinnhentning er basert på intervju, tar jeg forbehold om at materialet kan være noe begrenset for å belyse dette.

Arbeidsfordeling mellom ergoterapeuter og andre

Informantene hadde ikke eksempler på at de selv søkte å skjerme sitt domene fra inntrengere. På grunn av stort arbeidspress, satte en del av informantene pris på at andre yrkesgrupper tok over noen av deres arbeidsoppgaver. En informant hevdet at hun aldri hadde kjempet for å få nye arbeidsoppgaver, bare for å bli kvitt de eksisterende. Det er likevel grunn til å anta at dette skjer og at det gjenspeiler at informantene på et vis er "blinde" for eget felt.

Informant: *Jeg har så mye å gjøre at det gjør ikke noe om noe forsvinner ut.*

Intervjuer: *Har du eksempler på at du har kjempet for ikke å miste arbeidsoppgaver til andre?*

Informant: *Nei.*

Intervjuer: *Det har bare vært det omvendte problemet?*

Informant: *Ja.*

Da oppgaven med formidling av tekniske hjelpemidler lett kunne ta overhånd, ønsket flere informanter avlastning fra andre yrkesgrupper på dette feltet. Noen av informantene hadde få betenkeligheter med å overlate kurante hjelpemidler som seng, toalettforhøyer og badekarhjelpemidler til sykepleiere. Kostbare, avanserte og sjeldne hjelpemidler derimot, overlote de ikke til andre. På dette området mente de at de selv hadde en fagekspertise som ikke kunne erstattes av andre.

Ergoterapeuten hadde et eksklusivt ansvar for boligtilrettelegging. Men innenfor andre oppgaver som f.eks tekniske hjelpemidler delte de to terapeutgruppene ansvaret mellom seg. Fysio- og ergoterapeutene hadde de fleste steder hatt en del grenseoppganger når det gjaldt hvilken yrkesgruppe som hadde ansvar for hvilke hjelpemidler, og forholdet var nå stort sett avklart og uproblematisk.

“Vi har hatt noen diskusjoner på fysioterapeutmøte, der jeg er blitt invitert, hvor vi har diskutert hvem som gjør hva innenfor hjelpemiddelformidling. Vi har etablert en praksis kan du si. En måte som vi til en viss grad har vært fornøyde med. Fysioterapeuten tar alle mobilitetshjelpemidlene og jeg har tatt ADL-hjelpemidler. Vi har gjort det sånn at hvis fysioterapeuten allerede er inne i bildet med andre hjelpemidler og dette kommer som et av flere behov, så søker de om det samtidig. Sånn at vi har ikke en så klar grenseoppgang at det skal gå til meg”.

Som sitatet viser hadde de en dialog på hvem det passet best for å ta oppgaven i det enkelte tilfellet, så systemet tillot en viss smidighet. Feirings (1992) beskrivelse av tvetydighet og kontinuerlige forhandlinger er ikke så dekkende på dette området. Situasjonen var mer preget av avklaring, men at det av og til var behov for nye forhandlinger. Dersom det stemmer at forholdet er så godt mellom ergoterapeuter og fysioterapeuter innenfor en felles arbeidsoppgave som formidling av tekniske hjelpemidler som dette kan tyde på, er dette uventete resultater. Mitt inntrykk etter samtale med informantene var at de stort sett hadde et godt og uproblematisk forhold til fysioterapeuten. Dette kan synes merkelig ut fra det faktum at yrkesgruppene har svært mange arbeidsoppgaver som er beslektede, der man kunne forvente en kamp om dominans. En forklaring på det tilsynelatende gode forholdet kan være at ergo- og fysioterapeuten begge er minoritetsgrupper i forhold til den store pleiergruppen og at de søker sammen ut fra troen på at det vil styrke dem begge. De legger til side sine mindre kontroverser seg i mellom og danner en allianse fundert på en felles rehabiliteringsideologi som en motvekt mot pleiergruppens pleierrettede fokus. De har dessuten kompetanse som de opplever utfyller hverandre i jobben (Larsen m.fl 1994:43-44), mer enn overlapper hverandre. I tillegg til et tett samarbeid, har disse yrkesgruppene ofte også et nært sosialt fellesskap, som delvis kan tilskrives mangel på kolleger fra egen yrkesgruppe. Dette bidrar også til å sveise dem sammen.

Informantenes rolle- og domeneutvidelser

Informantenes rolleutvidelser ble noen ganger møtt med motstand fra de andre yrkesgruppene. Et eksempel på dette opplevde en informant som ønsket i større grad å arbeide med barn. Hun møtte motstand på dette fra sin nærmeste leder og oppfattet at dette gikk på at området barn skulle reserveres til fysioterapeuter.

“Jeg vet ikke om jeg har rett, men jeg føler veldig sterkt at det er sånn at bydelsfysioterapeuten mener at det er fysioterapeuter som skal ha med barn å gjøre. Hun har sagt at det ikke er rom for at jeg går mer inn på dette området”.

Et annet eksempel var den nyansatte barneergoterapeuten som i motsetning til sine forgjengere i stillingen ikke ville begrense seg til bare å drive med tekniske hjelpemidler og boligtilrettelegging. Informanten stilte krav om at hun også skulle få anledning til å drive med ADL-trening og sansintegrasjonstrening og at ansvaret for tekniske hjelpemidler ble fordelt mellom henne og barnefysioterapeuten. Trening hadde til da vært barnefysioterapeutens domene. Informantens krav førte til en så stor konflikt mellom de to samarbeidspartnerne at ledelsen måtte trekkes inn.

I en kommune fikk psykiatrisk team oppgaven med å drive undervisning om sitt virke utad til samarbeidspartnere og til videregående skoler. Denne oppgaven som i utgangspunktet var ment å være et tverrfaglig anliggende, ble helt overtatt av en yrkesgruppe, psykiatriske sykepleiere. Informanten mente at dette skyldtes at oppgaven ga dem mye oppmerksomhet og hadde høy status. Abbott (1988:120) hevder at oppgavens status er av stor betydning i en vurdering om den er verdt å kjempe for. At oppgaven hadde høy status kan være grunnen til at det oppsto problemer mellom yrkesgruppene i alle eksemplene over.

På tross av de eksempler som her er trukket frem, var det kun i liten grad at ergoterapeuten prøvde å innta domener som allerede var okkupert av andre. Det mest typiske var imidlertid at ergoterapeutens rolleutvidelse var innenfor et område hvor ingen andre yrkesgrupper hadde etablert seg eller innenfor et område som allerede var ergoterapeutens domene. Et eksempel på det siste er rolleutvidelse innenfor området fysisk tilrettelegging, som mer er en rolleutvidelse i dybden enn i bredden. Det innebærer at rolleutvidelsen foregår innenfor et område som i utgangspunktet tilhører ergoterapeuter. I slike tilfeller ble ikke ergoterapeuten møtt av motstand på samme måte, da gikk hennes frustrasjon mer ut på å få det nye arbeidsområdet innarbeidet og kjent blant samarbeidspartnerne.

5.4.2 Ergoterapeutens handlingsfrihet

Et flertall av informantene syntes at de hadde stor frihet i jobben. De var faglig autonome og bestemte selv hvilke arbeidsoppgaver og brukergrupper de skulle ivareta. Videre fastla de i stor grad deres timeplan selv, den var i liten grad styrt av utenforliggende forhold som daglige møter osv. To informanter beskrev sin frihet slik:

“Vi har frihet under ansvar. De som administrerer oss, satser på at vi gjør det vi gjør fordi vi mener at det er viktig for brukerne”.

“Jeg står veldig, veldig fritt. Egentlig så styrer jeg dette her selv. Selvfølgelig under visse forutsetninger, men jeg føler meg veldig fri”.

Det var fritt opp til ergoterapeuten å gjøre mindre justeringer i sin jobb. Mer radikale endringer av rollens innhold ble imidlertid diskutert med kolleger og tatt opp med leder. Aksept fra leder var en forutsetning f.eks ved satsing på nye områder. Lederen i avdelingen hadde imidlertid liten innvirkning på hvordan ergoterapeuten utfører ulike arbeidsoppgaver (Ytrehus 1994:49), slik følgende sitat viser:

Intervjuer: *Opplever du noen faglig styring fra sjefens vedkommende, eller noe føringer fra hennes side på hva du skal gjøre og ikke gjøre?*

Informant: *Neida,, vi er veldig fristilt. Vi kan gjøre hva vi vil.*

Ergoterapeuten i psykiatri var kanskje den som hadde størst handlingsfrihet. Grunnen til at psykiatriske ergoterapeuter følte seg friere, hadde trolig sammenheng med at de ikke hadde det samme arbeidspresset og effektivitetskravet over seg som ergoterapeuter innen somatikk hadde.

“Jeg har så stor frihet, jeg kan finne på hva f.. jeg vil. Det er ingen som bryr seg om det”.

Hun refererte her til sin leder som var uinteressert i hva hun foretok seg. Dette eksemplet illustrerer at når friheten blir for stor, opplevdes det som negativt. Det innebar at ingen stilte forventninger til og viste interesse for ergoterapeuten. Denne informanten ønsket seg mer føringer ovenfra, f.eks i form av en stillingsinstruks.

Faktorer som begrenser handlingsfriheten

Arbeidsmengden var som tidligere påpekt stor, spesielt for somatiske ergoterapeuter. Ergoterapeutens arbeidsdag ble følgelig preget av handlingstvang, som var nødvendig for å få oppgaver unna.

“Selv om jeg er fri i forhold til mine arbeidsoppgaver og at jeg ikke egentlig føler meg styrt av bydelsfysioterapeut og helsesjef, så er jeg opptatt av å holde meg til arbeidsoppgavene og ikke tenke nytt... Jeg er opptatt av å gjøre det jeg skal gjøre og føler meg lite fri til å tenke nytt”.

Den største hindringen for ergoterapeuten når det gjaldt nyutvikling, var i følge informantene at eksisterende brukere ville bli skadelidende. Utvikling av nye områder krevde frigjøring av tid eller tilføring av nye ressurser.

“Egentlig følte jeg at jeg hadde stor frihet, men oppgavene var så mange at det begrenset friheten. At det er altfor mange ting å ivareta til å kunne velge det inn i nye former”.

Ergoterapeutene hadde slik de så det ikke mulighet til å prioritere vekk brukere. En eventuell satsing på nye områder ville føre til dårligere tilbud eller dårligere kvalitet på tilbudet for de eksisterende brukergruppene i følge informantene.

“Hvis jeg skal gå inn i et nytt opplegg, så må det gå ut over noe. Samtidig så vet jeg at jeg må betjene alle henvisningene som kommer. Så da må jeg gjøre det likevel, og da må jeg gjøre det mer mekanisk og overfladisk”.

Henvisningene ergoterapeuten mottok var svært styrende for hvilke brukergrupper og arbeidsoppgaver hun hadde. Deres innhold og antall påvirket i stor grad ergoterapeutens arbeidssituasjon. Hun var til en viss grad prisgitt de henvisningene hun fikk.

“På en måte føler jeg en viss frihet, men på en annen måte så er henvisningene veldig førende”.

Ergoterapeuten var motvillig til å ha for mange faste avtaler som låste hennes arbeidsdag og begrenset hennes handlingsfrihet, f.eks faste møter og brukere med et fast treningsopplegg over tid. Spesielt ergoterapeuter som var tilknyttet dagsenter, opplevde det som et problem at en del av deres tid var låst. De kunne dermed ikke med samme fleksibilitet plote inn nye individuelle avtaler.

Flere informanter hadde fått høre at utlysningsteksten slik den var formulert den gangen de selv eller deres forgjenger ble ansatt, var juridisk bindende for deres arbeid i dag.

“Jeg fikk ikke lov til å arbeide med barn, fordi jeg primært var ansatt for eldre eller for voksne. Det sto i stillingsannonсен. (Senere i intervjuet): I følge bydelsfysioterapeuten, så er det juridisk bindende det som står i utlysningsteksten på en stilling”.

Dette ble av informanten opplevd som en ugunstig avgrensning. Da informanten arbeidet mer med barn enn forventet, fikk hun beskjed fra sin leder om at det var eldre hun ble ansatt for å ivareta.

Konklusjon

En rekke artikler har fremhevet kommuneergoterapeutens sterke faglige selvstendighet og handlingsfrihet (Ytrehus 1994:8; Elster og Hegerstrøm 1995:195; Bjørlo 1996: 45; Vik 1997: 8). Mine funn bekrefter også dette, men påpeker at det finnes en del faktorer som begrenser handlingsfriheten, bl.a henvisningenes omfang og innhold. Det er også et paradoks at ergoterapeuten på den ene side føler en stor grad av handlingsfrihet, samtidig som hennes handlingsrom i en viss grad er begrenset. En forklaring på hennes opplevelse av frihet er det faktum at det ikke er noen som instruerer ergoterapeuten i hva hun skal gjøre og ikke gjøre. Det er ikke føringer fra enkeltmennesker, men mer systemforhold som stor etterspørsel som setter grenser for hennes handlingsfrihet. Dette er ikke så truende for hennes opplevelse av faglig autonomi. Likeledes gir det å fritt kunne planlegge egen arbeidsdag, i høy grad en opplevelse av frihet. I tillegg til dette er det nok ikke alle ergoterapeuter som opplever et behov for å utvikle ergoterapitjenesten, de får dermed ikke utfordret sin handlingsfrihet på samme måte.

5.4.3 Organisasjonens påvirkning på ergoterapeutens yrkesutøvelse

Jeg presenterte i kapittel 3.2.2 en del overindividuelle forhold som kunne påvirke yrkesrollen. I undersøkelsen min lette jeg etter forhold på organisasjonsnivå som medførte føringer på ergoterapitjenestens innhold, men det var lite å finne. Organisasjonen som sådan setter i liten grad rammer som direkte påvirker ergoterapeutens arbeidsoppgaver eller brukergrupper. Ingen av informantene hadde f.eks stillingsinstrukser. Nedfelte målsettinger i virksomhetsplaner og lignende var så generelle at de i liten grad påvirket ergoterapeutens daglige virke, i tillegg til at ergoterapeuten ofte utarbeidet denne selv slik sitatet under viser.

“Det finnes forsåvidt virksomhetsplan, men det er jo sånn som vi har utarbeidet selv på bakgrunn av hva vi faktisk har gjort”.

Lederen grep sjelden inn og instruerte ergoterapeuten i hva hun skulle gjøre. De eksempler på føringer fra organisasjonens side som var å finne, var for det første når ergoterapeuten var ansatt på øremerkete midler, f.eks statlige psykiatrimidler. Da var hun forpliktet til å arbeide med den brukergruppen pengene var tiltenkt. Utlysningsteksten ved annonsering av stillinger, var imidlertid en annen føring som det kan være vanskelig å komme unna. Kommunens prioritering med hensyn til å opprette ergoterapeutstillinger eller ei, var naturligvis en avgjørelse som hadde stor betydning på ergoterapitjenestens utvikling.

Konklusjon

Organisasjonens formelle struktur i form av gitte retningslinjer begrenset i liten grad ergoterapeutens handlingsrom. Det er heller ikke mange politiske eller organisatoriske føringer fra organisasjonens side som påvirker innholdet i ergoterapeutens daglige faglige arbeid, annet enn som tidligere påpekt henvisningenes innhold og omfang i den grad disse kan betraktes som føringer fra organisasjonen. Kommuneergoterapeuten har stor faglig selvstendighet og er i stor grad skjermet for byråkratisk kontroll og styring (Bjørlo 1996:45). Ledelsens prioritering av nye ergoterapeutstillinger har imidlertid avgjørende betydning for ergoterapitjenestens videre utvikling.

5.4.4 Betydning av organisatorisk plassering av ergoterapitjenesten

Informantene var i tre av kommunene/bydelene i undersøkelsen organisert i pleie- og omsorgsavdeling (Stadvik, Fjellidal og Stormvik bydel/kommune) og i 6 av bydelene/kommunene organisert i helseavdeling (Fjordland, Øyevik, Nesdalen, Solmark, Gatebyen og Land bydel/kommune). I helseavdeling var ofte ergo- og fysioterapi en felles tjeneste med en formell leder. Denne lederen var alltid fysioterapeut.

Informantenes erfaringer med organisatorisk tilknytning var svært varierende og vanskelig å tyde på noen områder. Ergoterapeutens opplevelse av handlingsfrihet var den samme uansett hvilken avdeling hun var tilknyttet. Hun opplevde ikke mer føringer fra ledelsen i den ene eller andre avdelingen. Organisatorisk tilknytning hadde imidlertid noen steder betydning når det gjaldt hvilke brukergrupper ergoterapeuten hadde. Informantene var delte i sin oppfatning av hvorvidt henvisningene ville vært de samme med en annen organisatorisk tilknytning. Deres erfaringer var også delte når det gjaldt hvorvidt ergoterapeuter organisert i pleie- og omsorgsavdeling hadde samme mulighet til å arbeide med forebygging, habilitering og rehabilitering som ergoterapeuter organisatorisk tilknyttet helseavdeling.

Organisatorisk plassering hadde liten betydning når det gjaldt informantens mulighet til å utvikle rollen og tjenesten såvidt jeg kunne se. Mye kan tyde på at rolleutvidelsesprosessen og fasene i tjenesten gjennomgikk for å bli etablert, var den samme uavhengig av organisering i helseavdeling eller pleie- og omsorgsavdeling slik jeg vurderer det ut fra sammenligninger mellom eksemplene på dette i materialet. Dette er imidlertid mer basert på mine refleksjoner enn på uttalelser fra informantene.

Organisatorisk tilknytning var av betydning når det gjaldt å kunne ha innflytelse på avgjørelser som fattes på administrativt nivå og for å få informasjon om hva som skjer. For å få en representant i et lederforum, må vedkommende ha en personalgruppe av en viss størrelse bak seg. Dette var en viktig fordel ved å være felles tjeneste med fysioterapeutene, nemlig at lederen for tjenesten var representert i ledergruppen. En informant som var egen tjeneste under pleie- og omsorgsavdeling, opplevde det å være en tjeneste alene som et stort problem.

“Vi har en ledergruppe innenfor helse- og sosial, der alle yrkesgruppene er representerte, men ikke ergoterapeut. Jeg har ikke budsjettansvar og da kan jeg ikke være i ledergruppen. Mens de andre er ledere på hver sine avdelinger, står jeg alene for min yrkesgruppe og skal forvalte et fag innenfor en sammenheng. Men jeg står ikke i en sammenheng som jeg føler utfordrer meg... Jeg blir ikke regnet med”.

Konklusjon

Hvor ergoterapitjenesten var plassert på organisasjonskartet, hadde liten betydning for informantenes opplevelse av handlingsfrihet og faglig autonomi, ei heller på informantenes mulighet til å utvikle rollen og tjenesten. Organisatorisk plassering hadde noen steder betydning i forhold til hvilke arbeidsoppgaver og brukergrupper ergoterapeuten hadde, mens det andre steder ikke hadde betydning. Noen informanter mente at det å være organisert i pleie- og omsorgsavdeling begrenset deres mulighet til å arbeide med rehabilitering/habilitering og forebygging. Organisatorisk plassering kan imidlertid være av betydning når det gjelder å skaffe seg en innflytelsesrik posisjon i

systemet. Flere av informantene anså at en felles ergo- og fysioterapitjeneste var den organisering som var best egnet til å skaffe informantene en slik påvirkningsmulighet.

6.0 DISKUSJON AV RESULTATER

I dette hovedkapitlet vil jeg drøfte resultatene. Jeg vil trekke frem noen resultater som jeg drøfter mer inngående. Jeg vil også diskutere resultatene i lys av den teori som ble presentert i kapitel 3. Videre vil jeg vurdere resultatenes validitet, generaliserbarhet og originalitet, som i realiteten innebærer en vurdering av deres betydning.

6.1 Problematisering av noen av resultatene

6.1.1 Tilrettelegging

Å tilrettelegge egen arbeidssituasjon er ikke noe unikt for ergoterapeuter, oppgaven utføres trolig av de fleste yrkesgrupper. Det er likevel grunn til å tro at dette behovet er større for ergoterapeuter enn for en del andre mer etablerte yrkesgrupper. Behovet som kommuneergoterapeuter har for å tilrettelegge egen arbeidssituasjon må ses i lys av fagets korte historie. Ergoterapitjenesten i den enkelte kommune befinner seg i en etableringsfase hvor den skal finne sin plass i systemet. Det at kommuneergoterapeuter opplever et behov for å tilrettelegge egen arbeidssituasjon, kan dessuten være et uttrykk for den sosiale posisjon, status og anseelse faget har i samfunnet. Ergoterapeuter opplever at faget fortsatt er lite kjent og anerkjent i kommunehelsetjenesten. For andre yrkesgrupper som er mer etablerte og anerkjente, vil det ikke være samme behov for å tilrettelegge egen arbeidssituasjon. Fysioterapeutyrrket f.eks, er både kjent i befolkningen og har relativt høy anseelse (Ramsøy og Hvinden 1988:33). Dette i tillegg til at de gjennom år som obligatorisk tjeneste har ryddet seg en plass i kommunehelsetjenesten, medvirker til at de med all sannsynlighet ikke opplever det samme behovet som ergoterapeuter for å tilrettelegge egen arbeidssituasjon. Ergoterapeuters behov for å tilrettelegge egen arbeidssituasjon er slik jeg ser det et uttrykk for at faget fortsatt ikke har en etablert posisjon i kommunehelsetjenesten.

Tilretteleggingsbegrepet

Slik som tilrettelegging er presentert i denne oppgaven kan det tas til inntekt for at jeg synes at tilrettelegging er en overbyggende struktur innen kommuneergoterapi. Dette kan det stilles spørsmålstegn ved. Å kalle alt tilrettelegging kan være et kunstig grep uten substans som tildekker andre interessante forhold ved ergoterapeutrollen.

Begrepet tilrettelegging er i norsk ergoterapisammenheng nært knyttet opp til en bestemt definisjon av funksjonshemming (se Ivar Lie 1996:15). Den går ut på at det for funksjonshemmede er et misforhold mellom individets funksjonsevne og omgivelsenes krav, det er de aktivitetsproblemene dette medfører som utgjør selve funksjonshemmingen. For å kunne delta i samfunnets aktiviteter må det være et rimelig

samsvar mellom personens forutsetninger og aktivitetens funksjonskrav. Ergoterapeutens virkemidler for å minske dette misforholdet, er trening for å høyne brukernes funksjonsnivå og *tilrettelegging* for å minske omgivelsenes krav. Slik dette tilretteleggingsbegrepet er brukt har det i stor grad vært myntet på fysisk tilrettelegging. Nelson (1995:779) beskriver dette som terapeutisk kompensering. Det går ut på å finne en vei rundt et vanskelig problem. Kompenseringen medfører at brukeren settes til å gjøre oppgaven/aktiviteten på en noe uvanlig måte for å kunne oppnå samme resultat som han hadde oppnådd dersom han hadde kunnet utføre aktiviteten på den sosiokulturelt vanlige måten. Et slikt tilretteleggingsbegrep fungerer på de to kategoriene tilrettelegging som medfører endringer i *brukerens* livssituasjon. Med tiltak for å tilrettelegge *ergoterapeutens* arbeidssituasjon stiller det seg annerledes, fordi dette ikke medfører at f.eks oppgaven å *sette grenser* utføres på en uvanlig måte. Av den grunn er kategorien *tilrettelegging av egen arbeidssituasjon* ikke helt på linje med de to andre kategoriene. Ergoterapeuten har ikke aktivitetsproblemer i situasjonen slik brukeren har og har heller ikke behov for å utføre oppgaven på en annerledes måte. Behovet for å tilrettelegge skyldes i dette tilfellet i større grad ugunstige arbeidsforhold enn et misforhold mellom individets funksjonsevne og miljøets funksjonskrav. Det kan følgelig stilles spørsmålsteget ved samlebetegnelseens berettigelse på alle disse tre kategoriene. Definisjonen av tilrettelegging, som en målrettet endring for å bedre en situasjon, blir så vidt at den f.eks også kan gjelde behandling. Når jeg på tross av den kritikken som er anført likevel benytter dette begrepet, er det i mangel av et bedre og mer dekkende begrep. Det kan imidlertid konstateres at informantene har slike oppgaver og selv beskriver arbeidet innen disse tre områdene som tilrettelegging. Tilrettelegging er slik jeg ser det ikke en overbyggende struktur innen kommuneergoterapi, men det er oppgaver kommuneergoterapeuten holder på med og selv beskriver som tilrettelegging, som det for to av kategoriene vedkommende ikke er blitt fokusert på tidligere.

6.1.2 Differensiering av yrkesrollen

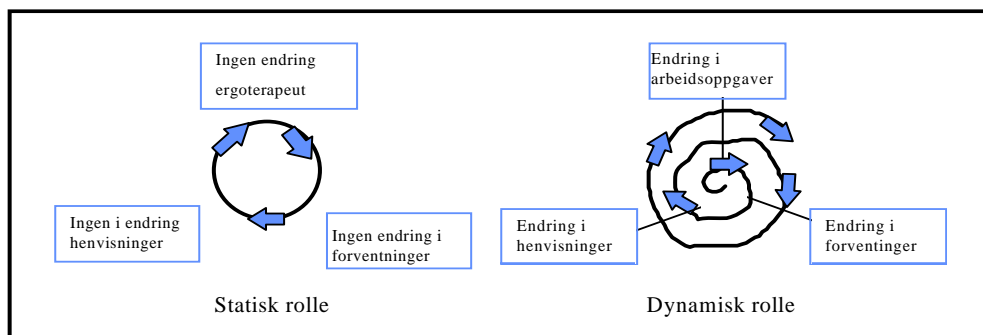
Så tilbake til de to eksemplene jeg trakk frem tidligere (kapitel 5.2.2.1) på ulik holdning til brukeren fra ergoterapeutens side. Den ene ergoterapeuten kan karakteriseres som deltagelsesorientert, mens den andre hadde en mer paternalistisk stil. Dette er et interessant funn, selv om det må tas med forbehold da jeg har begrenset materiale som belyser dette, (da dette var på siden av oppgavens fokus). Det kan imidlertid tyde på at variasjonen i ergoterapeutens stil er stor. Jeg har tidligere vist at f.eks oppgaven fysisk tilrettelegging er mer variert enn tidligere antatt og at det finnes noen oppgaver som utføres innen kommuneergoterapi som til nå er lite beskrevet (f.eks organisatorisk/psykologisk tilrettelegging). Alt i alt viser dette at yrkesrollen som kommuneergoterapeut er mer differensiert enn antatt innledningsvis.

6.1.3 Statisk versus dynamisk yrkesrolle

For å tydeliggjøre kontrastene mellom to ulike yrkesroller, har jeg laget en figur hvor dette fremkommer (figur 8), hvor den statiske yrkesrollen representerer den ene ytterligheten og den dynamiske yrkesrollen den andre. Selv om disse rollene er ekstremer på hver sin kant, syntes jeg at jeg så roller i materialet (inkludert prøveintervjuene), som hadde ansporing til en slik fordeling. Mitt utvalg var nok mest representert i den dynamiske rollen, men jeg antar at jeg med et representativt utvalg ville fått flere informanter med tradisjonelle arbeidsoppgaver og en mer statisk yrkesrolle. Poenget med å trekke dette frem er å vise den nære sammenhengen det er mellom ergoterapeutens handling, forventninger og henvisninger fra samarbeidspartnere, samt å vise hvor viktig det er at ergoterapeuten aktivt arbeider for å endre sine arbeidsoppgaver.

Som jeg har vist tidligere er det en gjensidig påvirkning mellom ergoterapeutens handling og de forventningene som rettes mot henne. Den statiske yrkesrollen tar sitt utgangspunkt i at ergoterapeuten ikke tar på seg nye arbeidsoppgaver eller brukergrupper, med andre ord ikke endrer handlingsmønster. Da vil heller ikke forventningene til ergoterapeuten endres, med det resultat at henvisningene fra samarbeidspartnere forblir de samme. Dette er en statisk situasjon som ikke fører til nyutvikling.

I det motsatte tilfellet har vi ergoterapeuten som har mulighet for og tar initiativ til å utvide rommet for egen yrkesrolle. Hun starter å handle på en ny måte. Dette medfører at forventningene fra samarbeidspartnere endres, som igjen medfører at de henviser nye oppgaver til ergoterapeuten. Dette blir en dynamisk situasjon som fører til nyutvikling og en stadig utvidelse av yrkesrollens innhold³³.



Figur 8: Statisk versus dynamisk rolle

³³ Implisitt i denne fremstillingen fremkommer et syn på at rolleutvidelse for kommuneergoterapeuter er positivt. Dette kan ses på som et uttrykk for profesjonsinteresser. Det er derfor viktig å presisere at rolleutvidelse også kan foregå i dybden ved en videreutvikling og differensiering av bestående oppgaver, med andre ord mer som faglig utvikling av ergoterapitjenesten. Ensidig rolleutvidelse i bredden, medfører i større grad å befeste fagets utbredelse og posisjon og er således mer uttrykk for profesjonsfremmende interesser.

Endring av forventninger og normer, endring av henvisninger og utvidelse av rolleinhold er en prosess, men som må, slik jeg ser det, initieres og holdes vedlike ved at ergoterapeuten sprenger grenser for sin yrkesutøvelse. Hvorvidt ergoterapeuten blir værende i de tradisjonelle oppgavene eller utvider sin yrkesrolle, har etter mitt skjønn til en viss grad med ergoterapeutens vurdering av befolkningens behov å gjøre, men også i hvilken grad hun er orientert mot utvikling og endring versus stabilitet og opprettholdelse av status quo. Det handler også om i hvor stor grad hun er opptatt av å imøtekomme forventninger fra samarbeidspartnerne.

Det er vanskelig å tolke informantenes svar på dette området. Enhver vil vel på direkte spørsmål hevde at en er interessert i å utvikle det faglige tilbudet. Det er også et stort skritt fra vilje til handling på dette feltet. Nå skal det tilføyes at det også er andre faktorer som spiller inn her, f.eks en del forutsetninger som bør være tilstede for at en rolleutvidelse kan finne sted. At det kun er egenskapsforklaringer, som f.eks at det utelukkende er ergoterapeutens personlige engasjement, faglige interesse og driftighet til å tilrettelegge egen arbeidssituasjon som er bakgrunnen for informantens rolleutvidelse, er det vanskelig å finne hold for i materialet.

6.1.4 Faser i utvikling av kommunal ergoterapitjeneste

Implisitt i skisseringen av de ulike fasene en ergoterapitjeneste gjennomgår, ligger en forståelse av at det å bli en etablert tjeneste, er det endelige målet, i tillegg til at rolleutvidelse er en ønskverdig endringsprosess. Det kan stilles spørsmålstegn ved om dette er riktig. Det er to sider i denne saken. På den ene siden står brukerne med deres behov for et tilfredsstillende ergoterapitilbud og på den andre siden står ergoterapeutene med sitt behov for ha en etablert posisjon i kommunehelsetjenesten, en levelig arbeidssituasjon og interessante arbeidsoppgaver. I dette tilfellet er imidlertid begge parters behov sammenfallende. Både brukernes behov for et mer differensiert tilbud som når flere, og ergoterapeutenes behov for en avpasset arbeidsmengde, en befestet posisjon og en utfordrende jobb, tilfredsstilles i større grad når ergoterapitjenesten er ordentlig etablert. Rolleutvidelse er et skritt på veien mot et slik etablering. Da brukernes behov for ergoterapitjenester bedre kan tilfredsstilles i en kommune med en etablert ergoterapitjeneste, har ikke jeg så store betenkeligheter med å antyde at rolleutvidelse er ønskelig og at ergoterapitjenestens mål er å bli etablert.

Ergoterapeuten har stor mulighet til påvirkning i den første fasen, det er derfor svært viktig at hennes tidlige valg med hensyn til hvilke arbeidsoppgaver og brukergrupper hun skal ha, er veloverveide. Det kan synes som om den nyansatte somatiske ergoterapeuten i liten grad stopper opp og reflekterer over hvordan hun skal utforme rollen. Hun samler i liten grad informasjon om brukere, samarbeidspartnere og kommunens ressurser, før hun bestemmer hvordan stillingen skal utformes, slik som

anbefalt av Isaac (1990:6). Hvis det har vært andre ergoterapeuter i kommunen før henne, går hun for fort inn i det mønsteret som er gått opp av forgjengeren. Dersom hun er den første ergoterapeuten i kommunen kaster hun seg i mange tilfeller over de mest prekære arbeidsoppgavene for å få oppgavene unna. Dette kan ses på som et uttrykk for samarbeidsstrategien for domeneutvidelse. Ergoterapeuten tar på seg arbeidsoppgaver som tekniske hjelpemidler og boligtilrettelegging og gjør sine tjenester uunnværlige. Det å starte med de tradisjonelle oppgavene kan ses på som et springbrett for å komme videre til andre oppgaver. Det som skjer er imidlertid at disse oppgavene blir så omfattende og arbeidskrevende at de hindrer en utvidelse av rollens innhold.

6.1.5 Noen kritiske bemerkninger til den somatiske ergoterapeutens yrkespraksis

Valg av bruker- og aldersgrupper

Det er en utbredt oppfatning blant ergoterapeuter at henvisningenes innhold er et uttrykk for de ulike alders- og brukergruppers reelle behov for ergoterapi i kommunen og at det derfor ikke er behov for å prioritere andre grupper, men dette stemmer bare delvis etter min vurdering. I flere kommuner/bydeler i materialet var henvisningene stort sett i forhold til eldre funksjonshemmede, men da det ble åpnet for at ergoterapeuten også kunne arbeide med barn eller psykiatriske brukere, startet et skred av henvisninger innen disse nye områdene. Dette kan bety at det er flere brukergrupper og aldersgrupper som har et udekket behov for ergoterapi, som ikke kommer frem via de vanlige kanalene. Dette understøttes av en undersøkelse foretatt av Larsen m.fl (1994:14). Dette aktualiserer imidlertid igjen den problematiske relativiteten ved behovsbegrepet som er så nært knyttet til en snever eller vid definisjon av helse og funksjonshemming. Konklusjonen at det er et udekket behov for ergoterapi i kommunehelsetjenesten, må tas med et slikt forbehold.

Kommuneergoterapitjenesten er som andre kommunale tjenester hjemlet i kommunehelstjenesteloven. I henhold til kommunehelstjenesteloven (1982) skal kommunen sørge for nødvendig helsetjeneste for kommunens befolkning. Dette kan tolkes dithen at alle brukergrupper og aldersgrupper som har behov for nødvendig helsetjeneste i form av ergoterapi, bør få det der hvor det er ansatt ergoterapeut. De eldre, somatiske brukerne, ble i stor grad forfordelt av informanter som i utgangspunktet var satt til å betjene hele befolkningen i kommunen. De som ikke fikk et tilfredsstillende tilbud om ergoterapi var yngre somatiske brukere, psykiatriske brukere og psykisk utviklingshemmede. Tilbudet var så urettferdig fordelt, at en kan snakke om en ikke-tilsiktet forskjellsbehandling. Dette aktualiserer en del etiske problemstillinger som jeg nøyer meg med å påpeke, bl.a spørsmålet om dette er et faglig forsvarlig tilbud basert på likeverdighet. Til ergoterapeutens forsvar skal det tilføyes at ergoterapitilbudet ofte utvikles for å komplettere det eksisterende tilbudet i kommunen, og at manglende satsing på noen bruker- eller aldersgrupper kan skyldes at disse i utgangspunktet hadde

et tilfredsstillende tilbud. En annen grunn er ergoterapeutens store arbeidsmengde med et påtrengende behov for å avgrense omfanget. En tredje forklaring er at det tilsynelatende er funksjonshemmede eldre som er den mest trengende gruppen, det er iallfall deres behov som blir oppfanget i størst grad.

Etablerer først ergoterapitjenesten seg innenfor tradisjonelle somatiske oppgaver, vil tilbudsgenerert etterspørsel etter min vurdering etterhvert føre til at arbeidsmengden blir overveldende. På grunn av dette prioriterer ergoterapeutene at nyansatte ergoterapeuter går inn i samme oppgaver, for å avlaste de øvrige. Dette er etter min mening en ond sirkel som det er vanskelig å komme ut av. De vil nok aldri få så mange stillinger at det til fullt ut vil dekke etterspørselen, for etterspørselen øker som kjent i takt med at tilbudet utbygges (Sosial- og helsedepartementet, Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998-2001:3). Selv i den bydelen i undersøkelsen hvor ergoterapeutdekningen var best, 3500 innbyggere pr. ergoterapiårsverk, opplevde ergoterapeutene svært stor pågang etter tekniske hjelpemidler. Når de øvrige brukergruppene må konkurrere om ergoterapeutens oppmerksomhet på lik linje med de eldre somatiske brukerne, vil de ofte tape i denne konkurransen. Det å kombinere fagfeltene somatikk og psykiatri i en stilling kan derfor være uheldig, fordi de psykiatriske brukerne lett da vil bli nedprioritert til fordel for de somatiske brukerne. Disse marginale gruppene må derfor prioriteres ved at stillinger eller deler av stillinger øremerkes dem spesielt. Jeg er med andre ord av den oppfatning at ergoterapeuten må søke å innrette sitt tilbud mot alle aktuelle alders- og brukergrupper, ikke bare være rettet mot de grupper som tilsynelatende trenger tilbudet mest. Etterspørselen etter ergoterapitjenester rettet mot eldre funksjonshemmede kan vel så godt være et uttrykk for samarbeidspartnerens kunnskapsnivå om ergoterapi og ergoterapeutens tradisjonsbundethet, som et reelt uttrykk for at denne gruppen har større behov enn andre grupper, slik jeg ser det.

Faglig orientering mot ADL-funksjon i eget hjem

Jeg har gjennomgått datamaterialet på utkikk etter ideologiske eller prinsipielle argumenter for at de somatiske ergoterapeutene foretrekker ADL-aktiviteter og å arbeide i brukerens hjem, men har ikke funnet noe slikt. Informantene hadde heller ingen motstand mot å tilrettelegge på andre arenaer enn i brukerens private hjem. Jeg tror derfor at en forklaring på hvorfor de gjør dette ligger i selve brukergruppen. Disse ergoterapeutene har hovedsakelig eldre brukere. Som jeg var inne på i sted er det grunn til å tro det finnes mange barn, unge og voksne med somatiske funksjonshemminger som ikke har tilbud om ergoterapi. Hadde ergoterapeuten i større grad gitt et tilbud til disse, ville det nok vært mer naturlig å rette fokuset mot utadrettede aktiviteter. De eldre brukerne som er i flertall, er ofte skrøpelige og fornøyde med å klare seg hjemme og har

ikke behov for å delta i aktiviteter utenfor hjemmet. Jeg er enig med en informant som uttrykte det slik:

“Eldre synes at det er kjekt at de kan klare seg selv, f.eks. det å kle på seg. De er fornøyde med det og de bruker en god tid av dagen på sånne aktiviteter. Med yngre igjen, merker jeg at de prioriterer å komme seg ut. De vil ikke bruke alle kreftene på å kle på seg og ikke orke mer etterpå. Det er en aldersforskjell der”.

En annen grunn til en slik hjemorientering er trolig at det var en etablert tradisjon og at informantene hadde problemer med å bryte en innarbeidet vane. Meeson (1998b:61) beskriver hvordan kjennskap til en arbeidsoppgave, medfører at den foretrekkes. Det er mye som tyder på at ergoterapeutens tradisjon for å fokusere på hjemmets aktiviteter har sin forklaring i fagets historiske utvikling. “På 50-tallet var lønnsarbeidsmarkedet menns domene, mens hjemmearbeidsmarkedet tilhørte kvinnen. Arbeidsterapeutene den gang var unge kvinner som hadde erfaring fra den produksjon som foregikk i hjemmene” (Nilsskog 1991:45). De kvinnelige arbeidsterapeutenes kjennskap til hjemmets aktiviteter, kan ha medført at det var disse aktivitetene det ble fokusert på i behandlingen, og at dette utviklet seg til en tradisjon innen faget.

En tredje grunn er at ergoterapeuten som arbeidet innen somatikk manglet en naturlig tilknytning til et aktivitetssenter og det å ha utadrettet virksomhet som er mer definert arbeidsoppgave, slik som ergoterapeuten i psykiatri hadde. Alle informantene innen psykiatri var tilknyttet et eller flere psykiatriske dagsentra. Her hadde de tilgjengelige lokaler som lettet den praktiske gjennomføringen av aktivitetene.

Vel, uansett forklaring, ergoterapeuten har en viktig oppgave i å tilrettelegge for at brukeren kan delta i aktiviteter utenfor hjemmet (Pentland m.fl 1992:128). Det kan gjelde utdanning, arbeid, fritidsaktiviteter og aktiviteter på kommunale dagsentra. Prioritering av de alders- og brukergrupper som i dag ikke får et tilfredsstillende tilbud, vil til en viss grad av seg selv medføre et skifte i ergoterapeutens fokus og arbeidsoppgaver.

Effektivitetskrav

Som jeg har beskrevet tidligere arbeider den somatiske ergoterapeuten hardt for å få oppgavene unna. Det å arbeide for effektivt, kunne gå utover kvaliteten på tjenesten som ble ytt. Det medførte at ergoterapeuten sjelden fikk tid til å stoppe opp og tenke nytt. Hun arbeidet seg inn i et mønster som hun ikke kom ut av. Jeg vil påstå at ergoterapeutens prioritering av å arbeide med tekniske hjelpemidler til en viss grad var resultat av vanetenkning, i tillegg til bekvemmelighetshensyn. Konsekvensen kunne iallfall bli at eksisterende praksis ble sementert.

Selv om mange av informantene i somatikk, tidligere hadde arbeidet i psykiatrisk 2.linjetjeneste, gikk de likevel inn i det samme mønsteret som alle andre ergoterapeuter innen somatikk. En informant som hadde arbeidet både innenfor somatikk og psykiatri i samme kommune opplevde det samme, nemlig at hennes rolle innenfor somatikk ble tradisjonell og styrt av handlingstvang, men at hennes rolle innenfor psykiatri var helt annerledes. Egenskapsforklaring alene kan dermed ikke forklare dette fenomenet, forklaringen må nok ligge på flere nivå. Det er hevdet at systemet, representert ved politisk og administrativ ledelse, ikke aksepterer at ergoterapeuten prioriterer grupper som krever mye ressurser, f.eks psykiatriske brukere (Thyness 1995:14). Jeg fant ingen bekreftelse på den påstanden i mitt materiale. Forklaringen er heller at ergoterapeuten under et stort arbeidspress føler seg forpliktet til å velge ut de brukerne som hun kan oppnå mest for på kortest mulig tid. Det store arbeidspresset, påvirker etter min mening hele ergoterapeutens arbeidssituasjon i så stor grad at hun prioriterer effektivitet fremfor alt annet. Dette er også en måte å tilrettelegge egen arbeidssituasjon på; å prioritere å få unna presserende arbeidsoppgaver fremfor å utvikle rollen og faget. Dette er imidlertid en situasjon som på lengre sikt kan føre til utilfredshet i jobben for den enkelte og i større sammenheng kan føre til stagnasjon i fagets utvikling.

Den somatiske ergoterapeutens prioritering av effektivitet, er følgelig en stor bremse for evaluering av eksisterende yrkespraksis og utvikling av ergoterapeutrollen- og tjenesten. Stalker m. fl (1996:107) fremhever at den konstante etterspørselen etter tekniske hjelpemidler og boligtilrettelegging og det medfølgende presset for å redusere ventelister, er en stor hindring for videreutvikling av tjenesten.

6.2 Vurdering av resultater i lys av teori

I denne delen fjerner jeg meg mer fra empirien og kommer med noen refleksjoner på mer fritt grunnlag i lys av de teoretiske perspektivene som ble presentert i kapittel 3.

6.2.1 Profesjonssystemteori

Profesjonsutvikling

Ergoterapeuter er en relativt ny aktør i kommunehelsetjenesten. Fagets innsats for å finne seg en plass i kommunehelsetjenesten, kan i lys av profesjonssystemteori ses på som et ledd i fagets profesjonsutvikling. Profesjoner utvikles når myndighetsområder er ledige (Abbott 1988:3), og dette er en viktig grunn til fagets ekspansjon i kommunehelsetjenesten. Arbeidsoppgaver som fysisk tilrettelegging, organisatorisk/psykologisk tilrettelegging, ADL-trening og aktivitetsgrupper er eksempler på områder i materialet som ingen andre yrkesgrupper hadde eksklusiv kontroll over, og som stort sett var ledige.

Når kommuneergoterapeutene beveger seg fra somatikken til psykiatrien, er det et uttrykk for at faget har en overbyggende kognitiv struktur som legitimerer dette. Disse er bl.a ergoterapifagets nyere teorier med vektlegging av sammenhengen mellom menneske, aktivitet og samfunn (se kapittel 2.1.1). Tilfanget av disse teoriene har etter min mening hevet abstraksjonsnivået av kunnskapsbasen, slik at den nå kan favne flere brukergrupper og arbeidsoppgaver. I dag er det vidt definerte feltet *menneskelig aktivitet*, innenfor livsomsrådene omsorg, lek, utdanning, arbeid og fritid som er fagets kjerneområde. Det er meget sannsynlig at profesjonen i en fremtid med strammere arbeidsmarked vil prøve å innta nye myndighetsområder eller domener, og argumentasjon vil nok bli lettere på grunn av fagets mer overbyggende kognitive struktur rundt feltet menneskelig aktivitet. Dette kunnskapsområdet legitimerer etter min vurdering at den somatiske ergoterapeuten inntar andre arenaer enn brukerens hjem som arbeid, utdanning og fritid. Faget har imidlertid en helt klart mindre overbyggende kognitiv struktur enn f.eks lege- og sykepleieryrket, så det er store begrensninger i hvilke myndighetsområder og domener som det kan forsvares å innta.

Arbeidsoppgavens status

Arbeidsoppgavens status er av betydning når det gjelder om det blir en kamp om den eller ikke (Abbott 1998:120). Jeg tolker det slik at grunnen til at informantene var lite villige til å gi fra seg oppgaven formidling av avanserte, kostbare tekniske hjelpemidler til andre yrkesgrupper, blant annet skyldes at denne oppgaven har høyere status enn mer kurante, billige hjelpemidler som også andre yrkesgrupper har kompetanse til å formidle. Denne kampen mellom profesjonene står imidlertid kun om arbeidsoppgaver og brukergrupper som kan medføre sosial mobilitet oppover i yrkeshierarkiet. Yrkesutøvere i helsetjenesten tillegger arbeidsoppgaver og brukergrupper ulik status. Det er f.eks vanlig at arbeid med barn har høyere status enn arbeid med eldre og dette kan forklare bydelsfysioterapeutens motvilje mot at barnefysioterapeuten delte dette domenet med ergoterapeuten. Det å være skal-tjeneste i kommunehelsetjenesten er også en posisjon som gir status. Ergoterapeuters iver etter å bli en av kommunehelsetjenestens basistjenester, kan blant annet tilskrives at det ville gi ergoterapifaget mer prestisje og verdsettelse og bidra til å heve yrkesgruppens status.

Rolleutvidelser i dybden medfører en nyansering av arbeidsoppgaver innenfor samme felt. Det kan synes som om rolleutvidelser i bredden ble møtt med større motstand enn rolleutvidelser i dybden, kanskje fordi arbeidsområdet i det sistnevnte tilfellet i større grad var ledig. At området var ledig kan ses på som uttrykk for at det har lav status og at det derfor er ingen andre som vil ha det.

Ergoterapeuten har som tidligere beskrevet stor handlingsfrihet, men denne medaljen har også sin bakside som en av informantene satte ord på med en viss harme i stemmen:

“Jeg har så stor frihet, jeg kan finne på hva f.. jeg vil. Det er ingen som bryr seg”.

Ergoterapeuten kan antagelig gjøre som hun vil, dersom det er innenfor et område ingen vil ha. Så på den ene siden er det en fordel å ha så stor handlingsfrihet som ergoterapeuten har, men på den andre siden er denne friheten et uttrykk for en likegyldighet fra samarbeidspartnere som oppleves som negativt. Denne likegyldigheten kan tilskrives arbeidsoppgavenes lave status som ikke stimulerer til konkurranse.

6.2.2 Drøfting av ergoterapeuters rolleutvidelse

Det kan synes som om ergoterapeuter er noe trege i å etablere seg på nye områder. På tross av nye brukergrupper i kommunehelsetjenesten, som psykisk utviklingshemmede og psykiatriske brukere, har ergoterapeuter vært sene i å involvere seg i disse. Selv gruppen barn, som ikke er en ny brukergruppe i kommunehelsetjenesten, er det først i de senere årene at kommuneergoterapeutene har begynt å innta.

Denne tregheten har ulike forklaringer som kan ses på fra ulike betraktningsmåter. Det er for enkelt å bare skylde på underdekning av ergoterapeuter og at faggruppen har hatt mer enn nok med å etablere seg innen somatikken, for å forklare ergoterapeutenes treghet. Bildet er mer nyansert enn som så. Normperspektivet kan gi en forklaring på hvorfor ergoterapeuten fortsetter å handle som før, nemlig for å imøtekomme forventninger fra omgivelsene. Forventningene fra samarbeidspartnerne, som blant annet kom til uttrykk gjennom henvisningene, var førende for informantenes arbeid og bidro til stabilitet og ensretting av yrkesutøvelsen. Anerkjennelse av yrkesgruppens kompetanse og politisk prioritering i kommunen er et annet moment som kan forklare dette bildet. Når det gjelder psykiatrisk sykepleiers raske overtagelse av området psykiatriske brukere, skyldes det trolig at de er en gruppe hvis kompetanse innen psykiatri er anerkjent og dessuten at stillinger for dem ble prioritert på kommunalt nivå da kommunene fikk overført statlige psykiatrimidler³⁴. Tilslutning fra publikum og politikere bidro til dette.

Ergoterapeutene på sin side har vært en gruppe som mer passivt har gått inn for å dekke etterspørselen der påtrykket var størst, nemlig i arbeidet med funksjonshemmede eldre. Vi har vært gjennom en periode med en meget stor generasjon av eldre, så etterspørselen etter hjelp av ergoterapeuter for denne aldersgruppen har naturlig nok vært stor. Dette har bidratt til at kommuneergoterapeutene har blitt værende i de bestående oppgavene, selv om det har kommet nye alders- og brukergrupper til. Dette kan skyldes manglende evaluering av egen yrkespraksis og av endringer i omgivelsene, som bidrar til opprettholdelse av status quo. Det kan også skyldes at ergoterapeutene vurderer at det er deres bestående tilbud som i størst grad imøtekommer befolkningens behov for hjelp.

Selv om det i økende grad forekommer rolle- og domeneutvidelser i kommuneergoterapitjenesten, er det fortsatt ikke slik at profesjonen som helhet holder på å invadere et nytt myndighetsområde. Selv om Ergoterapeutforbundet oppfordrer kommuneergoterapeuter til f.eks å prioritere mennesker med psykiske lidelser (Liabø 1994:3), har dette kun i mindre grad ført frem til nå. Grunnen til at det nå kan spores forsøk på å utvide rollen og fagets domene, tror jeg er flere. Det er behov for flere betraktningsmåter for å forklare dette fenomenet, som jeg vil tydeliggjøre i det følgende. For det første har fagets tilfang av nyere teorier, gitt det en overbyggende struktur som legitimerer domeneutvidelse til nye brukergrupper og arbeidsoppgaver (Abbotts teori). Ekspansjonen kan ses på som et uttrykk for profesjonens imperialistiske innstilling (Abbotts teori). I tillegg opplever ergoterapeuter at fagets fokus på menneskelig aktivitet innebærer et viktig supplement til andre profesjoners faglige bidrag (kunnskapsperspektiv). Dessuten er det en økende bevissthet om at ergoterapeuter også har en oppgave å gjøre i forhold til å få brukerne involvert i sosiale aktiviteter på arenaer utenfor hjemmet (kunnskapsperspektiv). Videre er det en økende bevissthet om det urimelige og etiske tvilsomme i at det kun er enkelte brukergrupper og aldersgrupper som skal nyte godt av kommuneergoterapeutens tilbud (kunnskapsperspektiv). Et annet moment er at mange ergoterapeuter opplever at de for sin egen del, for å få større utfordringer i jobben og få brukt hele bredden av sin kompetanse, må utvide rollen (egenskapsforklaring). I tillegg vil særinteresser og situasjonsbestemte forhold føre til at en del ergoterapeuter søker ny grunn (egenskapsforklaring, relasjonell forklaring eller systemforklaring). Ikke minst kan enkeltpersoners horisontale rolleutvidelser og domeneutvidelser være et resultat av et ønske om økt status og prestisje på egne vegne (egenskapsforklaring og valgperspektiv). Det siste momentet er at større utdanningskull de siste årene, har ført til et strammere arbeidsmarked spesielt i storbyene. Dette har ført til at yrkesgruppen i noe større grad søker ny grunn (systemforklaring og Abbotts teori). De forhold som her er trukket frem er de viktigste krefter til kommuneergoterapeutens rolle- og domeneutvidelse slik jeg vurderer det. Det er i lys av disse forholdene kommuneergoterapeutens bevegelse på dette området i dag må forstås. Som det fremgår av det som er skrevet over gir Abbotts teori ingen fullstendig forklaring på fenomenet, den må suppleres av andre betraktningsmåter. Dette er et eksempel på at det er riktig som det er hevdet at: ”Sosialt liv er for mangetydig til å la seg fange inn i èn enkelt modell” (Repstad 1997:64, Garsjø 1997:110).

6.3 Vurdering av resultatenes validitet, generaliserbarhet og originalitet

6.3.1 Validitet

³⁴ Kilde: Redaksjonell notis i Ergoterapeuten 1995;6:9.

Kvale (1997:227) hevder at validering innenfor en kvalitativ forskningstradisjon skal være en del av forskningens håndverk og at valideringen ikke bare skal omfatte observasjon, men også formidlingen og de pragmatiske effektene av funnene. Mitt håndverksmessige arbeid i valideringens tjeneste er presentert i kapittel 4. I det følgende presenteres validitet som formidling og handling.

Pragmatisk validitet vil si hvorvidt kunnskapen kan anvendes til noe. Spørsmålet dreier seg om hvorvidt mine resultater, kan fremkalle faktiske endringer i adferd. Å vurdere pragmatisk validitet før resultatene er offentliggjort, må nødvendigvis bli hypotetisk. Vurderingen som følger er nok derfor mer preget av håp enn av visshet. Jeg vil imidlertid tro at ergoterapeututdanningene i sin behandling av kommuneergoterapi i undervisningen kan dra veksler på den kunnskap som mine resultater har frembragt. Spesielt vil det være viktig å forberede kommende kommuneergoterapeuter på de utfordringer som venter dem ved oppbygging av en ny tjeneste og om viktigheten av å tilrettelegge egen arbeidssituasjon for å trives i stillingen. Videre tror jeg at kommuneergoterapeuter som arbeider alene utover det ganske land, vil ha nytte av å lese om kollegers erfaringer. De vil kunne kjenne seg igjen i andres beskrivelser og erfare at de faktisk ikke er alene om å oppleve det de opplever. Det kan styrke deres selvfølelse. Ikke minst håper jeg at mine resultater kan gi kommuneergoterapeuter inspirasjon og ideer på hvordan de kan utvikle rollen og ergoterapitjenesten videre. Dette vil i siste instans føre til en bedre helsetjeneste for mennesker som trenger kommuneergoterapi. Ledere på ulike nivå i kommunehelsetjenesten vil forhåpentligvis som et resultat av å lese denne oppgaven få større innsikt og forståelse for hvordan det er å være en liten yrkesgruppe som skal etablere seg i et nytt felt. Det er lov å håpe på at det kan føre til bedre tilrettelegging av ergoterapeutens arbeidsforhold, fra arbeidsgiverens side. Til slutt vil jeg trekke frem mitt håp om at forholdene legges tilrette for at kommuneergoterapeuter som har behov for det, kan få tilbud om ergoterapifaglig veiledning.

En forutsetning for at det som er beskrevet i foregående avsnitt vil kunne inntreffe, er at jeg har lyktes i å formidle forskningsprosessen og resultatene på en god måte, det som kalles kommunikativ validitet. Kommunikativ validitet innebærer at validiteten prøves i en dialog hvor argumentering avgjør hva som er valid kunnskap (Kvale 1997:221). Skriftlig formidling som f.eks denne oppgaven er et eksempel på, er ikke det rette stedet for dialog. Jeg har imidlertid i denne oppgaven prøvd å skrive lesevennlig og å presentere resultatene på en ryddig og overbevisende måte. Det blir opp til leseren å vurdere om jeg har lyktes med dette. Jeg har imidlertid planer om å formidle resultatene for ulike målgrupper i muntlige sammenhenger. Dersom jeg ikke klarer å formidle til lesere og tilhørere i ulike sammenhenger hva jeg har gjort, på en måte som andre forstår, forblir funnene mine private og den kommunikative validiteten blir lav.

6.3.2 Generaliserbarhet

I henhold til Schofield (1990 I: Kvale 1997:212) kan man skille mellom tre mål for generaliseringen, hvorav jeg griper fatt i to av dem. Det første målet er å studere *det som er*, det vil si å beskrive fenomenene slik de er. For deler av mine resultater, spesielt det som gjelder det typiske ved kommuneergoterapeutrollen, vil dette være målet for generaliseringen. Det andre målet er *det som kommer til å finnes*, det vil si å kunne generalisere om det som kanskje kommer til å finnes i fremtiden. Et av formålene med å ha et strategisk utvalg med stor variasjonsrikdom, var at dette kanskje kunne fortelle mer om hvordan fremtiden for kommuneergoterapeuter ville bli, ut fra en antagelse om at man fra oppdagelser i de mest utviklede tilfellene, skal kunne generalisere om hvordan fremtiden vil bli (ibid). Et representativt utvalg i en kvantitativ forskningstradisjon vil i større grad kun kunne fortelle om *det som er*.

Jeg vil hevde at mine resultater kan overføres til å gjelde kommuneergoterapeuter i andre fylker enn det aktuelle fylket som var involvert i undersøkelsen. Overførbarheten til utgangspopulasjonen er imidlertid ikke den samme som den ville ha vært med et representativt utvalg. Jeg mener likevel at jeg har avdekket noe generelt ved kommuneergoterapeuters yrkesrolle innenfor somatikk og psykiatri som kan overføres til å gjelde kommuneergoterapeuter generelt i Norge. Resultatene er imidlertid begrenset til å gjelde kommunehelsetjenesten og er ikke gyldige for ergoterapeuter ansatt på andre forvaltningsnivå.

Det er vanskeligere å vurdere om funnene mine er generaliserbare til å gjelde kommuneergoterapeuter i andre land. I ergoterapifaget er USA et land som det vises til i mange sammenhenger. I USA er rammevilkårene for kommuneergoterapitjenesten svært annerledes enn i Norge, dette gjelder spesielt den føringen forsikringselskapene utøver i sin finansiering av tjenesten. Jeg kjenner derfor ikke til forholdene godt nok til å kunne uttale meg om overførbarheten her. I Europa og spesielt i Skandinavia er derimot forholdene for kommuneergoterapeutene mer sammenlignbare med de norske. Jeg vil derfor anta at en del funn, spesielt om ergoterapeutens viktige rolle innen tilrettelegging, om rolleutvidelesesprosessen og om faser i etablering av ergoterapitjenesten, vil være aktuelle også i disse landene.

6.3.3 Originalitet

Min undersøkelse er meg bekjent den mest omfattende empiriske undersøkelsen som til nå har vært utført om kommuneergoterapeuter i Norge³⁵. Den har til en viss grad hatt en

³⁵ Brian Ellingham fullfører sin hovedfagsoppgave om kommuneergoterapi i disse dager. Hans oppgave er i skrivende stund ikke tilgjengelig. Oppgaven har en annen problemstilling enn min.

eksplorerende karakter. Det må derfor forventes at den skal føre til ny innsikt i problemområdet.

Jeg vil anta at mange ergoterapeuter vil nikke gjenkjennende til mange av mine resultater. Noe av kunnskapen jeg har fått frem har nok vært implisitt hos yrkesgruppen, og ikke artikulert skriftlig tidligere. I tillegg til dette har jeg fått frem en del sider ved kommuneergoterapeutgruppen som til nå har vært ukjente. Jeg vil hevde at min undersøkelse har gitt ny innsikt og den har bidratt til å nyansere og supplere den eksisterende kunnskapen på feltet. Dette gjelder spesielt forhold som bredde, særtrekk og utviklingsprosess.

7.0 AVSLUTNING

7.1 Sammenfatning

Siktemålet med denne oppgaven har blant annet vært å gi innsyn i hvordan kommunergoterapeutrollen er og hvordan den utvikles i en mer differensiert retning og hva som påvirker dette.

Ergoterapeuten opplever at hennes arbeidssituasjon i stor grad er preget av faglig autonomi og handlingsfrihet. Det at hun nærmest står fritt til å planlegge egen arbeidsdag, gir en god følelse av frihet. De forventninger samarbeidspartnerne internt i kommunehelsetjenesten har til ergoterapeutens bidrag, oppleves av ergoterapeuten i nyetablerte tjenester å være stereotype og unyanserte. Dette gjenspeiles i de henvisningene ergoterapeuten mottar. Henvisningene til den somatiske ergoterapeuten er konvensjonelle og handler stort sett om fysisk tilrettelegging. Spesielt den somatiske ergoterapeuten opplever et hardt arbeidspress, med stor pågang av henvisninger. Henvisningenes innhold og omfang er følgelig de faktorer som i størst grad begrenser ergoterapeutens handlingsfrihet og hennes mulighet til å utvikle rollen og tjenesten i en mer differensiert retning.

Organisatorisk plassering av ergoterapitjenesten i kommunehelsetjenesten har noen steder betydning for hvilke alders- og brukergrupper ergoterapeuten har, men lite på hennes muligheter til å forme rollen og tjenesten slik hun vil. Organisasjonen ergoterapeuten er ansatt i, kommer med svært få føringer som direkte innvirker på ergoterapeutens arbeidsoppgaver og mulighet for rolleutvidelse. Stillingsinstrukser forekommer ikke og virksomhetsplaner for kommunehelsetjenesten er for generelle til å innvirke konkret på ergoterapeutens arbeidsoppgaver og brukergrupper. Det at kommunen prioriterer å opprette nye stillinger eller ei, er den viktigste drivkraften eller bremsen for ergoterapitjenestens utvikling i en kommune. Det er ved ansettelser kommunen i størst grad påvirker den lokale utformingen av ergoterapeutrollen, ved at den i utlysningsteksten spesifikt redegjør for hva stillingen skal innebære. Dette blir bindende føringer for ergoterapeuten som ansettes.

Kommuneergoterapeutrollen er fortsatt preget av stabilitet, selv om det i mitt materiale finnes eksempler på endring i form av rolle- og domeneutvidelser. Ergoterapeuter har vært noe tilbakeholdne med å overta nye oppgaver som dukker opp i kommunehelsetjenesten. Denne mangelen på offensiv har mange grunner, hvorav noen av dem er en vurdering fra ergoterapeutenes side om at de faktisk imøtekommer befolkningens mest påtrengende behov, et ønske om å imøtekomme forventninger fra

omgivelsene, manglende metaperspektiv på egen yrkespraksis, stor etterspørsel og underdekning av yrkesgruppen, er noen av dem.

Ergoterapeutens rolleutvidelser er ofte vertikale og innebærer en differensiering innenfor bestående oppgaver som både er ledige og har lav status. Hun møter derfor ikke stor motstand ved slike ekspansjoner, mens det motsatte skjer dersom oppgavene hun starter med har høy status og i tillegg tilhører andre profesjoners domene. Motstanden mot rolleutvidelse inntreffer ved overtagelse av prestisjefylte oppgaver, da slike oppgaver medfører sosial mobilitet oppover i yrkeshierarkiet. Ergoterapeutens arbeidsoppgaver er på noen områder lite attraktive for andre profesjoner på grunn av sin lave status. Dette medfører at ergoterapeuten stort sett får arbeide i fred og det kan forklare hennes store handlingsfrihet i kommunehelsetjenesten.

De rolle- og domeneutvidelser som finner sted har flere forklaringer. Tilfanget av nye brukergrupper og et strammere arbeidsmarked er ytre omstendigheter som stimulerer ergoterapeuter til å søke ny grunn. Mer interne beveggrunner til endring kan være tilfang av nyere teori, økende bevissthet om behovet for å få bruker i gang med sosiale aktiviteter utenfor hjemmet, et syn på at ergoterapeutens nye tilbud er et viktig supplement til det bestående tilbudet, ønsket om anerkjennelse og høyere status, ønsket om å gi et mer likeverdig tilbud til hele befolkningen og behovet for å få brukt mer av sin ergoterapikompetanse i jobben.

Ergoterapeutens rolle- og domeneutvidelse, eller mangel på sådan, kan betraktes ut fra en rekke teoretiske perspektiv. Når det gjelder rolleutvidelse finnes det ikke en betraktningssmåte som alene gir en fullstendig forklaring på fenomenet. En yrkesutøver i samspill med omgivelsene kan synes å befinne seg i et spenningsfelt mellom krefter som er innrettet mot stabilitet og ensretting på den ene siden og krefter som er innrettet mot differensiering, utbredelse og utvikling på den andre siden. Kraftene som virker for stabilitet og ensretting, er forventnings- og normpress rettet mot yrkesutøveren for å få vedkommende til å handle innenfor visse forventede rammer for yrkesutøvelse (normperspektivet). På den andre siden er det en del krefter som drar en profesjon eller en yrkesutøver i motsatt retning. Dette er profesjonenes innebygde ekspansjonsdriv (Abbotts teori), et ønske om økt status og prestisje på egne vegne (valgperspektivet), samt at profesjonene representerer ulik forståelse av et problem og at de søker ny grunn ut fra en overbevisning om at de faktisk har noe å bidra med (kunnskapsperspektiv). For meg har det vært nyttig å se ergoterapeutrollens og ergoterapitjenestens utvikling i lys av alle disse perspektivene.

Utfordringer for fremtiden

Det er her på sin plass å gå tilbake til oppgavens utgangspunkt. Jeg beskrev innledningsvis en del kritikk som er rettet mot kommuneergoterapeutrollen. Dette var

blant annet at kommunergoterapeutrollen utøves med lite variasjon med hjelpemiddelformidling, boligtilrettelegging og tildels ADL-trening, som de viktigste arbeidsoppgavene, og at det er lite samsvar mellom ergoterapeutens brede kompetanse fra utdanningens side og det smale repertoar av arbeidsoppgaver hun i realiteten utfører. Videre var det at tilbudet hadde fått en slagside mot eldre befolkningsgrupper og brukere med somatiske lidelser. Jeg spurte meg selv om det virkelig kunne stemme at kommuneergoterapeuter arbeider så likt. Svarene på disse spørsmålene er ikke så entydige som skissert innledningsvis. Den viktigste grunnen til dette er at kommunergoterapeutrollen ikke lenger er synonym med den somatiske ergoterapeutrollen. Tilstedeværelse av psykiatrisk ergoterapeut, har tilført rollen noe nytt. For den somatiske ergoterapeuts vedkommende, kan det konstateres at spekteret av arbeidsoppgaver fortsatt er noe snevert, selv om en differensiering innenfor oppgaven fysisk tilrettelegging har funnet sted. Yrkesrollen er mer differensiert enn tidligere antatt, både på grunn av en differensiering i arbeidsoppgaver og brukergrupper, og på grunn av variasjoner i ergoterapeutenes personlige stil.

Den somatiske ergoterapeuten får ikke benyttet hele bredden av sin kompetanse så lenge hun stort sett prioriterer eldre fysisk funksjonshemmede brukere. Det kan imidlertid settes spørsmålsteget ved om det er et mål at ergoterapeuten skal bli en generalist på linje med en allmennpraktiker som behandler alle aldersgrupper og diagnoser både innen somatikk og psykiatri. Jeg tror at en spesialisering av oppgavene er hensiktsmessig. Ikke minst har jeg vist at det er vanskelig å kombinere arbeid med somatiske og psykiatriske brukere i én stilling. Behovet for å være generalist er imidlertid stort så lenge ergoterapeuten er den eneste av sitt slag i kommunen.

Selv om ergoterapi etterhvert er blitt et mer tilgjengelig tilbud i kommunehelsetjenesten, er det fortsatt ikke slik at alle brukergrupper i kommuner som har ergoterapeut, har tilbud om ergoterapi. Det gjenstår enda en del før myndighetenes idealer om et likeverdig tilbud til alle, er realisert. Og ikke minst gjenstår det en del før alle kommuner har en godt utbygget ergoterapitjeneste. Jeg har undret meg over at det innen ergoterapifaget er så lite diskusjon om fordeling av ergoterapitjenester til ulike bruker- og aldersgrupper. Jeg har antydnet at forklaringen på skjevfordelingen tildels ligger i manglende refleksjon rundt prioritering og målsetting, en oppfatning fra ergoterapeutens side at hennes tilbud faktisk imøtekommer befolkningens mest påtrengende behov, samt stor arbeidsbyrde og underdekning av tjenesten.

Denne undersøkelsen har avdekket hvilken vanskelig og langvarig prosess det er å etablere ergoterapitjeneste i en kommune. Dette gjenspeiles i ergoterapeutens behov for å tilrettelegge egen arbeidssituasjon for å trives i stillingen. Ergoterapeuten står i et dilemma mellom det å avgrense arbeidsmengden på den ene siden og det å gi et likeverdig tilbud til alle bruker- og aldersgrupper på den andre siden. Dette må ses i lys

av ergoterapifagets relativt korte historie i kommunehelsetjenesten, det begrensede tilfanget av nyutdannede ergoterapeuter pr. år og det faktum at ergoterapitjenesten er en frivillig tjeneste i kommunehelsetjenesteloven. Disse faktorene har medført en situasjon med underdekning av tjenesten i forhold til befolkningens antatte behov. Det er fare for at kommuneergoterapeuter fremover også vil måtte møte dette dilemmaet, inntil en gang i fremtiden ergoterapitjenesten er mer etablert og utbygget i kommunehelsetjenesten.

Kommuneergoterapeuter er en yrkesgruppe i vekst, både tallmessig og oppgavemessig. Yrkesrollen har endret seg over tid og har blitt noe mer mangfoldig. Det vil den helt sikkert fortsette med ettersom nye utfordringer, arbeidsområder og arenaer for yrkesutøvelse dukker opp. Kommuneergoterapeuter trenger kontinuerlig å videreutvikle sin rolle for å møte de skiftende utfordringer som møter dem. Dette fordrer et metaperspektiv på egen yrkespraksis som savnes hos en del kommuneergoterapeuter i dag.

I historisk perspektiv er kommuneergoterapitjenesten fortsatt i sin barndom eller begynnende pubertet. Ergoterapitjenesten og yrkesrollen er fremdeles i støpeskjeen. Det er grunn til å forvente store endringer og mer innbitt konkurranse om domener i fremtiden. Selv om profesjoner aldri står stille i sin utvikling og rollens form aldri vil bli endelig, er det grunn til å anta at kommunal ergoterapi i en etablert voksenalder vil ha en mer befestet posisjon og større domene.

LITTERATURLISTE

Abbot A. 1988. *The Systems of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago & London: The University of Chicago Press.

Askjem S. 1996. *Helse- og sosialarbeideres yrkesroller*. Oslo: Tano Aschehoug.

Aubert W. 1981. *Sosiologi 1. Sosialt samspill*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bjørlo K. 1996. *Det finnes ingen hovedveg. Om ergoterapeuters plass i kommunenes rehabiliteringsarbeid*. Byggforsk: Prosjektrapport 197.

Bredland E B, Linge O A og Vik K. 1996. *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Correia S. 1981. A Critical Self-analysis by Occupational Therapists in the Guy's Health District. *British Journal of Occupational Therapy* 2 (44):44-47.

Elster E, Hegerstrøm T. 1995. *Kommunale helsetjenester. Mangfold og muligheter*. Oslo: Tano A.S.

Feiring M. 1994. *Kampen om kontroll*. Magistergradsoppgave. Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo: Rapport nr 14.

Fog J. 1994. *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsintervju*. København: Akademisk Forlag.

Fogstad L, Hagland H. 1996. *Kommunehelsetjenesten. En arena for utvikling. Kommunefysioterapeutenes yrkesutøvelse og muligheter for kompetanseutvikling*. Hovedfagsoppgave. Universitetet i Oslo, Institutt for spesialpedagogikk i samarbeid med Høgskolen i Oslo, Avdeling for helsefag.

Garsjø O. 1997. *Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Giorgi A. 1994. Sketch of a Psychological Phenomenological Method. In: *Phenomenology and Psychological Research*, Giorgi A (ed). Pittsburgh: Duquesne University Press.

Goffman E. 1974. *Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Dreyers Forlag.

Grund J. 1995. *Helsepolitikk i 1990-årene. Effektivisering, spill eller utvikling*. Oslo: Tano.

Hofoss D. 1980. *Spesialisering av helsepersonell - hvorfor og hvordan*. NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning: Rapport nr 3.

- Holm J. 1997. Forbundsleder Karin Liabø om forskjellsbehandling mellom ergo- og fysioterapeuter: Helt uakseptabelt. *Ergoterapeuten* 11:12-13.
- Hurr J M, Lowe H E, Ho B J, Hoffman N M. 1990. Networking: A successful Linkage for Community Occupational Therapists. *American Journal of Occupational Therapy* 5(44):424-429.
- Ibbotson J. 1983. A Pattern of Supervision for Community Occupational Therapist. *British Journal of Occupational Therapy* 5(46):162-163.
- Isaac D. 1990. *Community Occupational Therapy with Mentally Handicapped Adults*. London: Chapman and Hall.
- Jensen K. 1987: *Hjemmet som arena for profesjonell omsorgsutøvelse*. Akerhus vernepleierhøgskole: Skriftserie nr 1.
- Kvale S. 1997. *Den kvalitative forskningsintervjuen*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale S. 1989. *Issues of Validity in Qualitative Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Kaale H. 1995. *Kommunefysioterapeutrolla - korleis den er og korleis den blir forma. Ein studie av fysioterapitenesten si utvikling under kommunehelsetjenesten*. Hovedfagsoppgave i samfunnsvitenskap. Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsvitenskap, seksjon for sosiologi og sosialpolitikk.
- Larsen M L, Johnsen E og Moldenæs T. 1994. *Samarbeid og profesjonalitet i kommunehelsetjenesten*. NORUT Samfunnsforskning: Rapport nr 1.
- Lauvås K, Lauvås P. 1994. *Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi*. Oslo: Tano A.S.
- Levine R E, Corcoran M A og Gitlin L N. 1993. Home Care and Private Practice. In: *Williard and Spackman`s Occupational Therapy*. Hopkins H og Smith H (ed). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Liabø K. 1998. Stadig nye utfordringer. *Ergoterapeuten* 1:3.
- Liabø K. 1995. Visjoner og strategier for ergoterapeutrollen i kommunehelsetjenesten. Orienteringsløp i ulendt terreng. *Ergoterapeuten* 6:26-31.
- Liabø K. 1994. Rehabiliteringstilbudet i kommunene - også for mennesker med psykiske lidelser? *Ergoterapeuten* 10:3.
- Lie I. 1996. *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk gjennomføring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lyngstad R. 1982. Profesjonalisering av sosialsektoren - føresetnad eller hindring for sosialpolitisk forebygging? I: *Forebyggende sosialpolitikk*. Lorentzen H (red). Oslo: Aschehoug & Co.

- Malterud K. 1996. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Marthinussen W. 1986. *Sosiologisk analyse. En innføring*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Mattingly C, Flemming M H: 1994. *Clinical Reasoning. Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*. Philadelphia: F A Davis Company.
- Meeson B: 1998a. Occupational Therapy in Community Mental Health. Part 1: Intervention Choice. *British Journal of Occupational Therapy* 1(61): 7-12.
- Meeson B: 1998b. Occupational Therapy in Community Mental Health. Part 2: Factors Influencing Intervention Choice. *British Journal of Occupational Therapy* 2(61): 57-63.
- Moe S. 1994. *Sosiologi i hundre år. En veileder i sosiologisk teori*. Oslo, Universitetsforlaget AS.
- Monsen M. 1987. Seminar om ergoterapeuter i primærhelsetjenesten: Ergoterapi som fag går en ny tid i møte. *Ergoterapeuten* 1:4-7.
- Nelson D L. 1995. Therapeutic Occupation: A Definition. *American Journal of Occupational Therapy* 10(50).
- Ness N E. 1997. Utgangspunkt for aktivitetsperspektivet. *Ergoterapeuten* 13:4-7.
- Nilsskog G. 1991. *Framvekst av arbeidsterapeut/ergoterapeutyrket i Norge. Perioden 1950-1980*. Oppgave til sosialpolitikk storfag. Universitetet i Tromsø.
- Pentland W, Krupa T, Lynch S og Clark C. 1992. Community Integration for Persons with Disabilities: Working together to Make it Happen. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 3(59):127-130.
- Punwar A L. 1994. *Occupational Therapy. Principles and Practice*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Ramsøy R G, Hvinden B. 1988. Aktet etter stilling og stand? Om anseelse i velferdsstatens yrker. I: *Betalt for å hjelpe. Yrker og arbeid i velferdsstaten*. Ellefsen B, Romøren T I (red). Oslo: Tano A.S.
- Repstad P. 1997. *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Repstad P. 1993. *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Repstad P. 1992. *Sosiologiske perspektiver på helse- og sosialinstitusjoner*. Oslo: Tano A.S.
- Solheim M. 1996. *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

- Spradley J. 1979. *The Ethnographic Interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Stalker K, Jones C og Ritchie P. 1996. All Change? The Role and Tasks of Community Occupational Therapists in Scotland. *British Journal of Occupational Therapy* 3(59):104-108.
- Stern P H. 1994. Eroding Grounded Theory. In: *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Morse J (ed). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Storvik A E. 1993. *Profesjonelle klientrelasjoner i privat og offentlig sektor*. Sifo: Arbeidsrapport nr 4.
- Thyness E M. 1995. Ting tar tid. Lag nye prioriteringslister. *Ergoterapeuten* 6:13-15.
- Townsend E. 1988. Developing Community Occupational Therapy Services in Canada. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2(55):69-74.
- Tuntland H. 1996. Medisinsk rehabilitering i kommunene. Søkelys på ergoterapeutrollen. *Ergoterapeuten* 3:30-33.
- Tuntland H. 1993. *Fra for få til for mange? En kvantitativ analyse av tilbud og etterspørsel vedrørende ergoterapeuter*. Oslo: Bislet Høgskolesenters skriftserie nr 2.
- Vik K. 1997. Hva skal ergoterapeuter være gode i? *Ergoterapeuten* 9:8-13.
- Wadel C. 1990. *Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten*. Flekkefjord: Seek forlag.
- Wilensky H. 1964. The Professionalization of Everyone? *The American Journal of Sociology* 2(LXX)137-58.
- Ytrehus S. 1994. *Ergoterapeuten i åpen omsorg. Organisering, rehabiliteringsoppgaver og samarbeidsrelasjoner*. Byggforsk: Prosjektrapport 157.
- Østerberg D. 1994. *Sosiologiens nøkkelbegreper*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag A.S.

Offentlige publikasjoner:

- Høgskolen i Bergen. 1993. *Fagplan Ergoterapeututdanningen*.
- Kirke,- utdannings- og forskningsdepartementet. 1997. *Rammeplan og forskrift for 3-årig ergoterapeututdanning*. Oslo.
- Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr 66.
- Lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 nr 81.
- NOU 1979:28: *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*.

Sosial- og helsedepartementet. 1997. *Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998-2001. Rett person på rett plass*. Oslo.

St. meld. nr. 50 (1993-94): *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*.

St. meld. nr. 37 (1992-93): *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*.

St. meld. nr. 36 (1989-90): *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane*.

St. meld. nr. 41 (1987-88): *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*.

OVERSIKT OVER VEDLEGG

- Vedlegg 1 Brev til informanter
- Vedlegg 2 Skjema om bakgrunnsopplysninger om informanter og kommunen/bydelen
- Vedlegg 3 Brev fra regional komite for medisinsk forskningsetikk
- Vedlegg 5 Samtykke fra informanten
- Vedlegg 6 Intervjuguide
- Vedlegg 7 Hovedkategorier med tilhørende koder og beskrivelse
- Vedlegg 8 Nærmere presentasjon av de enkelte informanter og kommuner/bydeler
- Vedlegg 9 Fysisk tilrettelegging - nærmere presentasjon av ulike tiltak informantene utførte

Hanne Tuntland
Nordahl Griegsvei 8
5040 Paradis

Vedlegg 1

Utmark, 13.10.97

Kjære kommuneergoterapeut Solfrid Myhre

Vedrørende deltagelse i undersøkelse om kommuneergoterapeutrollen

Jeg takker for at du sa deg villig til å delta i undersøkelsen. Formålet med studien er å bidra til å øke kunnskapen om kommuneergoterapeuter i Norge. Jeg er derfor glad for du vil dele dine erfaringer med meg. Jeg vil med dette informere litt mer om selve undersøkelsen. Temaet for min hovedfagsoppgave er kommuneergoterapeuters yrkesutøvelse og rolleutforming. Jeg presiserer at jeg er ute etter generelle trekk vedrørende kommuneergoterapeutrollen. I så måte var det tilfeldig at din kommune/bydel og du som person ble valgt til å delta. Jeg kommer til å intervju 10 ergoterapeuter fordelt på 8-10 kommuner/bydeler i x fylke.

Jeg kommer til din arbeidsplass og intervjuer deg der som avtalt pr. telefon. Intervjuet krever ingen forberedelse fra din side. Det vil ta ca. 2 timer. Jeg tar samtalen opp på lydbånd. Utskrift fra intervjuet vil bli anonymisert og det vil bli benyttet koder og ikke personnavn og stedsnavn under arbeidet. Lydbåndet makuleres når undersøkelsen er fullført.

Også i den skriftlige fremstillingen i hovedfagsoppgaven vil ditt navn og din kommune/bydel bli anonymisert, slik at du ikke kan identifiseres. Undersøkelsen er frivillig og du kan trekke deg på ethvert tidspunkt. For ordens skyld trenger jeg et skriftlig samtykke på at du er villig til å delta i undersøkelsen. Jeg ber derfor om at du underskriver vedlagte samtykke og sender det tilbake til meg.

Da jeg kun intervjuer ergoterapeuter, og ikke har noe med brukere å gjøre, er det ikke nødvendig at jeg får tillatelse fra ledelsen i kommunehelsetjenesten i bydelen/kommunen din til å utføre undersøkelsen. Dette har jeg fått bekreftet av Fylkeslegen i fylket. Jeg vil likevel sende et brev til ledelsen for å orientere om at undersøkelsen finner sted. I den grad du kommer til å snakke om konkrete brukere under intervjuet, ber jeg om at du anonymiserer disse.

For å forberede meg til intervjuet, vil jeg gjerne ha litt bakgrunnsopplysninger om deg som ergoterapeut og om kommunen/bydelen du arbeider i. Jeg har lagt ved et skjema som jeg håper at du kan sende tilbake i utfylt form snarest. Jeg vil dessuten gjerne ha kopi av virksomhetsplan og årsrapport fra i fjor dersom noe slikt eksisterer.

Tusen takk for hjelpen!

Vennlig hilsen

Hanne Tuntland
Hovedfagsstudent og ergoterapeut

Vedlegg

Skjema for bakgrunnsopplysninger

Opplysninger om ergoterapeuten:

Kodenr: _____

Kvinne:

Mann:

Din stilingsbetegnelse: _____

Antall år som ergoterapeut i kommunehelsetjenesten: _____ år

Hvilke(n) type(r) yrkespraksis har du hatt som ergoterapeut? Kryss av og angi antall år.

Kommunehelsetjensten, åpen omsorg/hjemmebaserte tjenester: _____ år

Kommunehelsetjeneste, institusjon for eldre/sykehjem: _____ år

Kommunehelsetjeneste, en kombinasjon av de to over: _____ år

Kommunehelsetjeneste, annen tilknytning enn over, hva: _____ år

Somatisk sykehus: _____ år

Psykiatrisk sykehus: _____ år

Lærer ergoterapeututdanning: _____ år

Annen yrkespraksis som ergoterapeut, hva: _____ år

Eventuell kommentar: _____

Hvor ble du utdannet som ergoterapeut? _____

Har du noen videreutdanning? Ja Nei

Hvis ja, hva slags videreutdanning og hvor lenge varte den? _____

Hvilken aldersgruppe er ditt hovedansvarsområde i nåværende stilling (flere kryss kan være aktuelt)?

Eldre

Barn/ungdom

Voksne

Eventuell kommentar _____

Hva er ditt hovedansvarsområde i nåværende stilling (flere kryss kan være aktuelle)?

Somatiske lidelser/sykdommer

Psykiatriske lidelser/problemer

Administrative oppgaver/ledelse

Annet, hva slags _____

I hvilken avdeling/seksjon er din stilling plassert på organisasjonskartet? _____

Hvilken yrkesgruppe tilhører din avdelings/seksjonsleder? _____

Tusen takk for hjelpen!

Skjema for bakgrunnsopplysninger

Opplysninger om kommunen/bydelen

Kodenr: _____

Denne siden trenger bare å fylles ut av en ergoterapeut i kommunen (i noen kommuner intervjuer jeg mer enn en ergoterapeut). Noen av opplysningene kan være vanskelige å få tak i. I verste fall får du la spørsmålet stå ubesvart. Dersom kommunehelsetjenesten har utarbeidet en årsrapport, vil nok noen av opplysningene fremgå der.

Jeg ber om å få tilsendt organisasjonskart over kommunens helsetjeneste og at ergoterapitjenestens plassering avmerkes på kartet.

Hvor mange innbyggere har kommunen/bydelen? _____

Hvor mange av innbyggerne er over 67 år, % av innbyggerne? _____

Hvor mange av innbyggerne er under 18 år, % av innbyggerne? _____

Hvor mange stillingshjemler for ergoterapeuter finnes i kommunen? _____

Hvor mange av kommunens ergoterapeutstillinger er besatt i dag? _____

Hvor lenge har helsetjenesten vært organisert som på vedlagte organisasjonskart? _____

Tusen takk for hjelpen!

Vedlegg 4

Hanne Tuntland
Nordahl Griegsvei 8
5040 Paradis

Inndalen, 20.11.97

Helsesjef Terje Viken
Fjelldal kommune
8472 Landsdel

Orientering om undersøkelse om kommuneergoterapeutrollen

Jeg er hovedfagsstudent ved Hovedfag i Helsefag, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Jeg planlegger å utføre en intervjuundersøkelse blant kommuneergoterapeuter i 9-10 bydeler/kommuner i X fylke som ledd i mitt hovedfagsoppgavearbeid. Temaet er kommuneergoterapeutens yrkesutøvelse og rolleutforming. Studiens formål er å bidra til å øke den forskningsbaserte kunnskapsbasen om kommuneergoterapeuter i Norge.

Jeg har hatt kontakt med ergoterapeut Solfrid Myhre i Fjelldal kommune. Hun har sagt seg villig til å delta i undersøkelsen. Intervjuet vil bli utført desember 1997.

Det er kun ergoterapeuter som er i fokus for min undersøkelse. Jeg vil ikke ha noe med brukere å gjøre direkte, ei heller indirekte i form av skriftlige taushetsbelagte opplysninger. I den grad vi kommer til å snakke om taushetsbelagte forhold under intervjuet, har jeg bedt ergoterapeutene om å anonymisere disse. Jeg har fått bekreftet av jurist ved Fylkeslegens kontor i fylket at jeg følgelig ikke trenger å be ledelsen i kommunehelsetjenesten om tillatelse til å utføre undersøkelsen. Av den grunn sendes dette brevet kun til orientering.

Vennlig hilsen

Hanne Tuntland
Hovedfagsstudent og ergoterapeut

Vedlegg 5

Bekreftelse

Jeg samtykker i å være med i Hanne Tuntlands undersøkelse om ergoterapitjenesten i kommunehelsetjenesten. Undersøkelsen skjer som ledd i hovedfagsoppgave i helsefag, Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet.

Jeg er informert om at opplysningene jeg gir vil bli behandlet anonymt. Jeg er også innforstått med at jeg er frivillig med i undersøkelsen og at jeg kan trekke meg dersom jeg måtte ønske det.

Dato: _____

Underskrift: _____

Arbeidsoppgaver, rammer

Beskriv en av dine vanlige arbeidsdager som ergoterapeut i kommunen!

Hvilke arbeidsoppgaver har du? Hvilke brukergrupper og aldersgrupper har du med å gjøre?

Hvorfor er formidling av tekniske hjelpemidler et så utbredt/viktig oppgave?

Hvilke tanker har du i forhold til tilrettelegging? Det med tilrettelegging innebærer et mangfold av ulike oppgaver. Hva gjør du?

Utfører du ADL-trening? Hvilke ADL-funksjoner trener du på?

Driver du motorisk eller kognitiv trening?

I hvilken grad opplever du arbeidspress? Venteliste?

Hvor arbeider du; kontoret, kontorfellesskap, brukers hjem, arbeidsplass, skole, barnehage?

Hvem får du henvendelser fra?

Egne forventninger, egen yrkesutøvelse, syn på rollen:

Var ergoterapeut en etablert yrkesgruppe i kommunen da du startet i jobben?

Hvilke forventninger har du til deg selv i rollen som kommuneergoterapeut i dag?

Hvordan gikk det til at du fikk de arbeidsoppgavene og brukergruppene du har fått?

Hva synes du særpreger arbeidet som kommuneergoterapeut?

Hvilke egenskaper, faglig og personlig, synes du er viktig at en kommuneergoterapeut har?

Hva synes du bør være forskjellen i oppgaver og arbeidsmåter mellom sykehusergoterapeut og kommuneergoterapeut?

Hvordan arbeider du for at brukeren skal kunne delta i meningsfulle aktiviteter i nærmiljøet? Fritid, skole og arbeid. Har du eksempler?

Andres forventninger

Hva består forventningene fra din ergoterapeutkolleger i?

Hvilket bilde har din overordnede (faglig eller administrativ leder) av deg og hva du kan bidra med?

Hvilket bilde har fysioterapeuten av deg og hva du kan bidra med?

Hvilket bilde har de andre yrkesgruppene av deg og hva du kan bidra med?

Hvilket bilde har brukerne brukerne (og pårørende) og pårørende av deg?

Hvilken status og verdsettelse har ergoterapeutene på din arbeidsplass og i din kommune?

Rolleutvidelse/endring

Hva er viktigst for deg i jobben, f.eks trygghet, forutsigbarhet og stabilitet, eller endring og nyutvikling, hvorfor?

I hvor stor grad har du frihet til å forme jobben slik du selv vil? Kan du velge og prioritere arbeidsoppgaver og brukergrupper?

Hvis du hadde mer tid, hvilke arbeidsoppgaver/brukergrupper ville du da prioritere?

Har din yrkesutøvelse endret seg sammenlignet med tidligere praksis, hvordan, på hvilke områder?

Har du eksempler på at du noen gang har gått aktivt inn for å endre på arbeidsoppgaver?
Har du eksempler på mer utradisjonelle oppgaver som du utfører?

Hva er de største hindringene for deg dersom du ønsker å forandre din yrkesutøvelse?

Hvor stor betydning har det å ha god dekning av ergoterapeuter når det gjelder det å utvide rollen? Hva fører flere stillinger til?

Synes du at rollen som kommuneergoterapeut har endret seg over tid, hvordan?

Blir ulike brukergruppers behov for ergoterapitjenester tilfredsstillt i dag slik du ser det?
Hvilke brukergrupper er det som ikke får et tilfredsstillende ergoterapitilbud av deg og dine kolleger i kommunen? Hvilke tanker har du om å utvikle et tilbud til dem?

Om spesialistrolle

Hvordan ble stillingen opprettet?

Er spesialiseringen et uttrykk for av bydelen/kommunen prioriterer den brukergruppen spesielt?

Er spesialiseringen i tråd med overordnet politisk prioritering av brukergrupper?

Profesjoner og domener

Er de ulike yrkesgruppers roller og arbeidsoppgaver oppe til diskusjon i teamet?

Har du noen gang tatt opp til diskusjon i teamet din rolle og arbeidsoppgaver som ergoterapeut?
Hvordan?

Har du prøvd eksempler på at du prøvd å endre/påvirke forventningene de andre yrkesgruppene har til deg, hvordan?

Er det viktig for deg å holde på sentrale arbeidsoppgaver, f.eks formidling av tekniske hjelpemidler?
Hvorfor? Har du eksempler på at du har kjempet for å ikke å miste arbeidsoppgaver til andre yrkesgrupper, hvordan og hvilke?

Er det noen nye arbeidsoppgaver som du har lyst på, som ikke er dine i dag?

Har du eksempler på at du har gitt fra deg arbeidsoppgaver til andre yrkesgrupper, hvordan og hvilke?

Organisasjon og endring

Opplever du faglig overstyring fra sjefens side?

Er føringer fra administrasjonen med og påvirker hvilke arbeidsoppgaver du har, f.eks stillingsinstruks, målstyring, virksomhetsplaner, styring fra leder?

Hvordan virker din stillingsplassering på organisasjonskartet inn på hvilke arbeidsoppgaver du har?

Hvordan virker din stillingsplassering på organisasjonskartet inn på din mulighet til å endre/utvikle rollen?

Hvilke ønsker har du med hensyn til ergoterapitjenestens organisatoriske tilknytning, hvorfor?

Hvordan er arbeidsmiljøet på din arbeidsplass? Endringsorientert?

Er det noe du sitter inne med til slutt?

Hovedkategorier med tilhørende koder og beskrivelse

Yrkesutøvelse

Arbeidsoppgaver	Hvilke typer oppgaver/tiltak utfører ergoterapeuten?
Brukergrupper	Hvem er brukerne?
Arena/fokus	Hvor arbeider ergoterapeuten og hva er hennes fokus i behandlingen?
Henvisninger	Hvem henviser til ergoterapi?

Yrkesrollen

Handlingsfrihet	Hvor stor frihet har ergoterapeuten til å prioritere som hun vil?
Særtrekk/rolletype/ status/historie	Hva er det karakteristiske for ergoterapeutrollen, dens status og lokale historie?
Endring/strategi	Hvilke strategier og planer har ergoterapeuten med hensyn til å utvikle rollen/tjenesten?

Samarbeid

Ergoterapeut vs. alene	Hvordan samarbeider ergoterapeuten med ergoterapeutkolleger, eventuelt hvordan er det å være alene ergoterapeut?
Andre	Hvilket forhold har ergoterapeuten til andre samarbeidspartnere?
Domener/ arbeidsfordeling	Hvordan foregår arbeidsfordelingen mellom yrkesgruppene? I hvilken grad foregår det kamp om domener?

Forventninger

Fra leder	Hvilket bilde har leder av hva ergoterapeuten kan bidra med?
Fra fysioterapeut	Hvilket bilde har fysioterapeuten av ergoterapeuten kan bidra med?
Fra andre samar- beidspartnere	Hvilket bilde har andre samarbeidspartnere, spesielt pleier- gruppen, i hva ergoterapeuten kan bidra med?
Fra brukere/ pårørende	Hvilket bilde har brukere og pårørende av hva ergoterapeuten kan bidra med?

Organisasjon

Organisasjonsmessig plassering	Hvor er ergoterapitjenesten på organisasjonskartet? Hvilken betydning har dette?
Føringer/ prioriteringer	Hvem i organisasjonen kommer med føringer som påvirker ergoterapitjenesten? Hva er disse?

Nærmere presentasjon av de enkelte informanter og kommuner/bydeler

Stormvik kommune

Stormvik kommune befinner seg på noen øyer med landforbindelse. Kommunen har et variert næringsliv med f.eks handel, offentlig forvaltning, fiskeoppdrett m.m. Mange innbyggere har arbeidsplass offshore. Dette er en vekstkommune med stor innflytting. Det er en middels stor kommune med et meget stort antall barn. På landsbasis er dette en av de mest barnerike kommunene i forhold til befolkningstallet. I undersøkelsen er det den kommunen/bydelen med lavest andel eldre. Den første ergoterapeutstillingen ble opprettet i 1994 og var en stilling tilknyttet somatikk. I 1996 ble det opprettet ytterligere en stilling, denne var øremerket psykiatri. Kommunen hadde ikke ergoterapeutstilling øremerket barn.

Informant 1a: Informanten hadde vært ansatt i kommunen siden hun var nyutdannet for to og et halvt år siden. Hun ble først ansatt som vikar i stillingen tilknyttet tradisjonell ergoterapivirksomhet. Hun viste så mye interesse for arbeid med psykiatriske brukere, at det etter et år ble opprettet ytterligere en stilling for ergoterapeut i kommunen, øremerket psykiatri. Denne stillingen har informanten hatt vel et år nå. Brukerne hennes var i aldersgruppen 20-70 år.

Fjordland kommune

Fjordland er en kommune som ligger langs en fjordarm 3 timers kjøring fra storbyen. Kommunen er omkranset av fjord på den ene siden og fjell på den andre siden. Dette gjør samferdsel vanskelig. Man er avhengig av å bruke ferje for å komme til kommunen, men også hvis man skal reise enkelte strekninger innen kommunen. Kommunen har et variert næringsliv med jordbruk, fiskeoppdrett, industri og turisme, i tillegg til servicenæring. Når det gjelder innbyggertall er dette en middels stor kommune i undersøkelsen.

Informant 2a: Informanten hadde jobbet i kommunen i over 18 år. Hun var i starten tilknyttet trygdekontoret i kommunen på konsulentbasis i forhold til formidling av tekniske hjelpemidler. Deretter jobbet hun et år på sykehjemmet i kommunen som den gang var underlagt fylkeskommunen. For 15 år siden ble det opprettet en 50%-stilling for ergoterapeut i åpen omsorg i kommunen. Grunnen til at stillingen ble opprettet, skyldtes nok det faktum at 2a var i kommunen allerede og øvde påtrykk for å få en stilling. Kommunen ble da sett på som en foregangskommune; den nestførste kommunen i fylket som opprettet kommunal ergoterapeutstilling. Siden den gang har stillingsandelen gradvis økt til 100%, og i 1994 ble det en ergoterapeutstilling til i kommunen. Pleie- og omsorgstjenesten var inndelt i 4 soner. 2a betjente tre soner, mens den andre ergoterapeuten betjente én sone og hadde resten av stillingen øremerket barn i hele kommunen. Begge ergoterapeuter arbeidet hovedsakelig med somatiske lidelser. Informanten arbeidet i forhold ungdom, voksne og eldre.

Fjelldal kommune

Fjelldal kommune ligger også ved en fjordarm og er omkranset av fjell. Kommunen befinner seg 1-2 timers kjøring fra storkommunen. Kommunen er relativt liten med hensyn til innbyggertall. Fjelldal har dårlig dekningsgrad når det gjelder antall innbyggere pr. ergoterapiårverk.

Informant 3a: Informanten var første ergoterapeut i kommunen. Hun ble først ansatt i en engasjementstilling, senere har stillingen blitt fast og stillingsbrøken har blitt noe utvidet. Fra

1990 har informanten hatt fast jobb i 3/4 stilling. Selv om informanten nå hadde jobbet i kommunen i 9 år, fantes det fremdeles kun 3/4 stilling i kommunen. 25% av stillingsandelen hennes var øremerket rehabiliteringspost på sykehjem, mens de resterende 50% var øremerket åpen omsorg. Ergoterapeuten arbeidet hovedsakelig i forhold til somatiske lidelser, hovedsakelig eldre.

Øyevik kommune

Øyevik kommune befinner seg på en øy med broforbindelse. Kommunen er den minste som inngår i undersøkelsen, både i utstrekning dersom en ikke regner med bydelene, og i innbyggertall. Jordbruk, fiskeoppdrett og oljerelatert virksomhet utgjør arbeidsplassene i tillegg til servicenæring. Kommunen har en stor andel barn i befolkningen og lav andel eldre. Kommunen har god dekningsgrad når det gjelder innbyggere pr. ergoterapiårverk.

Informant 4a: Informanten var den andre ergoterapeuten som var tilsatt i kommunen. Hun ble ansatt for 6 år siden. Fremdeles var det kun én stilling for ergoterapeut i kommunen. Ergoterapeuten arbeidet både inne på sykehjemmet og i åpen omsorg. Ergoterapeuten skulle betjene alle aldersgrupper, men hadde flest eldre brukere. Brukerne hadde hovedsakelig somatisk problematikk.

Land kommune

Land kommune er en kystkommune ikke så langt fra storbyen. En del av kommunens innbyggere har sitt arbeid i storkommunen og pendler dit daglig. En stor andel av befolkningen er barn/ynge. Kommunen er den kommunen/bydelen i undersøkelsen som har dårligst dekningsgrad når det gjelder antall innbyggere pr. ergoterapiårverk (12500).

Informant 5a: Informanten hadde et årsvikariat. Hun var nyutdannet og hadde kun arbeidet i tre måneder. Hun var den tredje ergoterapeuten i stillingen. Stillingen som var den eneste ergoterapeutstillingen i kommunen, var øremerket psykiatri. Stillingen ble i første omgang opprettet innen somatikk, men ble av ukjente grunner ikke besatt. Senere ble stillingen omdefinert til psykiatri og den ble første gang ble besatt i 1995. Stillingen var både tilknyttet psykiatrisk dagsenter og psykiatriske hjemmeboende brukere. Ergoterapeuten hadde bare voksne brukere.

Stadvik bydel

Stadvik bydel er den mest befolkningsrike bydel/kommune som inngår i undersøkelsen. Stadvik er også den største av bydelene i storkommunen regnet i innbyggertall og utstrekning. Bydelen er gjennomsnittlig når det gjelder representasjon av eldre og yngre i befolkningen. Det er en bydel som i utstrakt grad har eneboligbebyggelse. Antall stillinger i bydelen har økt gradvis fra 1 ergoterapeutstilling i 1987 til 4.5 stillinger i dag.

Informant 6a: Informanten var den andre ergoterapeuten som ble tilsatt i bydelen. Hun ble ansatt i 1991. Hun var tilknyttet én sone i bydelen og hadde mest med somatiske brukere å gjøre. De fleste brukerne var eldre. I tillegg til dette hadde hun en del administrative oppgaver.

Informant 6b: Informanten var nyutdannet da hun begynte i stillingen for et år siden. Hun var tilknyttet én sone, og hadde i den forbindelse mest eldre brukere med somatisk problematikk. En del av stillingen, ca. 30%, var imidlertid øremerket psykiatriske brukere fra hele bydelen. Informanten var tilknyttet et psykiatrisk dagsenter, i tillegg til at hun fulgte opp hjemmeboende, psykiatriske brukere.

Nesdalen bydel

Nesdalen bydel er også en bydel med en stor befolkning. Nesdalen er den bydelen/kommunen i undersøkelsen med lavest antall barn og høyest antall eldre. Slik sett er den en atypisk bydel.

Bydelen hadde kort tradisjon med ergoterapitjeneste. Det ble først opprettet en stilling i 1991 og den var besatt i et par års tid. Deretter var stillingen ubesatt i noen år. Senere ble det opprettet en halv fast stilling til og en halv engasjementstilling øremerket hjemmeboende, psykiatriske brukere. Det var 3 ergoterapiårverk i bydelen.

Informant 7a: Informanten var nyutdannet for et år siden og hadde siden den gang arbeidet i bydelen. Hun var tilknyttet et sykehjem og skulle i tillegg dekke en sone med hjemmeboende brukere. Beboerne på sykehjemmet var naturligvis eldre. Også av de hjemmeboende brukerne var det en stor andel eldre, men ergoterapeuten hadde også et begrenset ansvar for barn i bydelen. Brukerne både inne og ute hadde hovedsakelig somatisk problematikk.

Solmark bydel

Solmark bydel er også en bydel med en stor befolkning. Det er en typisk drabantbydel med mye blokk -og rekkehusbebyggelse. Det er en liten andel eldre i bydelen.

Det var 3,75 stillinger for ergoterapeuter i bydelen. En av ergoterapeutene var faglig leder for ergoterapitjenesten. Det har vært ergoterapeuter i bydelen siden sykehjemmene ble overført til kommunene i 1988. Den første stillingen på sykehjemmet ble opprettet i 1976.

Informant 8a: Informanten hadde en hel stilling som er 50% øremerket barn og 50% øremerket dagsenter for psykisk utviklingshemmede. Hun begynte i stillingen da den ble opprettet i 1994. Før dette hadde hun arbeidet som miljøterapeut i vernet bolig i bydelen.

Gatebyen bydel

Gatebyen bydel er en sentralt beliggende bydel i storbyen. Trafikkerte gater og blokkbebyggelse preger bydelen. Næringslivet er hovedsakelig innen servicenæring. Av alle kommuner/bydeler som inngår i undersøkelsen, er det denne bydelen som har størst andel voksenbefolkning. Det bor svært mange voksne i bydelen, men når de får barn flytter de gjerne til mer barnevennlige strøk. Dette er den kommunen/bydelen som har desidert best dekning når det gjelder innbyggertall pr. ergoterapiårverk (3553).

Ergoterapitjenesten besto av 5 stillinger. Bydelen hadde en barneskole for multifunksjonshemmede barn som mottar elever fra hele storbyen og tilleggende nabokommuner. Før 1988 var det ansatt noen ergoterapeuter på sykehjemmene, i tillegg til at det var en stilling for barn tilknyttet skolen for funksjonshemmede barn. Denne stillingen hadde i realiteten ansvar for barn i hele storbyen. Senere ble alle stillingene trukket ut og samlet i en tjeneste. Økningen i antall stillinger hadde kommet gradvis frem til 1993. De øvrige ergoterapeutene arbeidet hovedsakelig med eldre funksjonshemmede.

Informant 9a: Informanten hadde vært i stillingen i 3 år. Stillingen var øremerket barn og var en videreføring av barnestillingen som er nevnt tidligere. Da informanten startet i stillingen, ble den endret til bare å betjene barn i bydelen. Informanten hadde ansvar både for barn på den aktuelle skolen, men også for andre barnehager og skoler i bydelen. Barna hadde sykdommer eller problematikk av mer somatisk art. Hun jobbet ikke i forhold til spedbarn og ungdom.

Fysisk tilrettelegging - nærmere presentasjon av de enkelte tiltakene informantene utførte

I det følgende utdypes tiltakene informantene utførte med vekt på eksempler fra materialet.

Utvikling av spesialutstyr

Oppgaven innebærer å konstruere spesialtilpasninger på hjelpemidler eller spesialutstyr i tilfeller hvor det ikke finnes ferdiglaget utstyr. Oppgaven stiller krav til problemløsningsevne. Dette er en oppgave ergoterapeuter drev mer med for 20-30 år siden, da tilbudet av tekniske hjelpemidler og treningsutstyr var mer begrenset. I dag er ikke dette en stor arbeidsoppgave for kommuneergoterapeuter. Tiltaket ble kun nevnt av én informant. Et eksempel på dette var en spesialtilpasning på en støvsuger som hun hadde laget. Da jeg presenterte resultatene for kommuneergoterapeuter i fylket, bekreftet flere ergoterapeuter at de hadde slike oppgaver.

Delta i innkjøpskomite

Dette dreier seg om at ergoterapeuten deltar i en kommunal innkjøpskomite som vurderer møbler og annet inventar som skal kjøpes inn til kommunale institusjoner. En informant var medlem av en byomfattende innkjøpskomite som hadde som oppgave å vurdere hvilke møbler som skulle kjøpes inn til kommunale institusjoner.

Tekniske hjelpemidler

Individuell formidling av tekniske hjelpemidler: Dette er den tradisjonelle oppgaven som alle informantene som arbeidet innenfor somatikk drev med. Dette er en svært tidkrevende oppgave som innebærer mye kontorarbeid.

Kontaktperson: Hjelpemiddelsentralen og høresentralen har tilknyttet seg kontaktpersoner i hver kommune/bydel for å lette samarbeidet mellom de ulike forvaltningsnivåene. Det var ofte ergoterapeuten som ble utpekt til å være en slik kontaktperson. Flere informanter hadde fått tildelt dette vervet.

Medansvarlig for kommunalt hjelpemiddellager: Hver kommune har et kommunalt hjelpemiddellager for korttidslån. To av informantene hadde ansvar for dette lageret. I en annen kommune hadde de ansatt en funksjonshemmet arbeidstaker som hadde det daglige ansvaret for hjelpemiddellageret. Det overordnede ansvaret for lageret gikk på omgang mellom ergoterapeut og fysioterapeut. I storbyen hadde de et byomfattende lager. Ingen av bydelsergoterapeutene var involvert i dette på noen måte.

Delta i innkjøpskomite: Oppgaven dreier seg om å delta i innkjøpskomite ved planlagt innkjøp av tekniske hjelpemidler til kommunale institusjoner. Dette er spesielt aktuelt når det bygges nye sykehjem eller andre institusjoner der en trenger å ha en del tekniske hjelpemidler tilgjengelige, f.eks senger, rullestoler og badehjelpemidler. En informant deltok i en slik innkjøpskomite.

Ergonomi

Oppgaven innebærer å vurdere og tilrettelegge arbeidsplass, skole eller barnehage for en konkret bruker. Det er hovedsakelig arenaen tilretteleggingen foregår på, som i denne fremstillingen skiller dette tiltaket fra det neste; boligtilrettelegging.

Flere av informantene har tilrettelagt både innendørs og utendørs i barnehage og barneskole for funksjonshemmete brukere, men også i noen tilfeller i ungdomsskole og i videregående skole. Det var imidlertid sjeldnere at informantene tilrettela arbeidsplassen til en funksjonshemmet bruker.

Boligtilrettelegging

Tradisjonelt foregår boligtilrettelegging som mindre bygningsmessige endringer i brukers private hjem, og denne oppgaven ble utført av alle informantene som arbeidet innenfor somatikk. Flere informanter hadde også være involvert i ombygning/påbygg av eksisterende bygg, eller veiledning i forhold til nybygg.

Byggesaker

Kommunale institusjoner: Oppgaven innebærer å være med i planlegging av kommunale nybygg som barnehage, sykehjem, skole, dagsenter og bofellesskap. Flere av informantene var involvert i slikt arbeid.

Offentlige og private bygninger som er tilgjengelige for publikum: En informant deltok i en kommunal byggenemnd. Hver gang det skulle bygges et nybygg i kommunen som skulle være tilgjengelig for publikum, fikk hun oversendt byggetegninger fra teknisk avdeling til vurdering. Hun kunne da foreslå forbedringer med hensyn til tilgjengelighet for funksjonshemmede som gikk ut over byggeforskriftenes minimumskrav.