

Formidling av hjelpemiddel i kommunen

- korleis resonnerer ergoterapeuten i kartleggings situasjonen?

Masteroppgåve i helsefag

Astrid Gramstad



Avdeling for sykepleie og helsefag
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø
Vår - 2007

Å takke den som takkast skal...

Forskningsprosessen har vore krevjande men òg utviklande for meg. Det har vore lange dagar og kveldar der eg har baksa med både faglege, tekniske og personlege utfordringar. No er arbeidet gjort og oppgåva skriven, og eg vil då nytta høvet til å takke dei som har stødd, dytta og drege meg til målstreken.

Først og fremst vil eg rette ein stor takk til alle informantane mine som har stilt opp og latt meg få ta del i ein bit av arbeidskvardagen og dagleglivet deira. Utan dei hadde eg ikkje kunna gjort dette arbeidet. Både praksisutøvarar, brukarar og samarbeidspartnarar har vore rause med tid og refleksjonar.

Torunn Hamran har vore ein strukturert og kunnskapsrik rettleiar som tålmodig har arbeidd saman med meg i denne prosessen. Ho har vore lett tilgjengeleg og ikkje minst konkret då eg trong det som mest. For meg har dette vore eit konstruktivt samarbeid, og eg skuldar henne takk for det arbeidet ho har gjort.

Eg har i arbeidet med denne oppgåva motteke eit stipend frå Senter for Aldersforskning, og eg takkar for dette.

Takk til mi nære slekt og gode vener for at de har hatt meir tru på meg enn meg sjølv i periodar, og for at de har gjeve meg andre rollar å fylle enn studentrolla. Kent må nemnast særskilt her. Utan hans kjærleik, tolmod og urokkelege tru på meg hadde denne oppgåva aldri blitt fullført. Takk til Idun for leik, song og deltaking i andre meningsfulle aktivitetar desse siste to åra (som alle ergoterapeutar veit, er det naudsynt med variasjon mellom arbeids- og fritidsaktivitetar!). Jentene i bunkersen på plan 11, MH bygget, og songfuglane i studentkoret Fullt på Høyde har òg vore gode å stø seg til og til å dele gleder og frustrasjonar med. Takk for ei flott studietid!

Tromsø, februar 2007

Astrid Gramstad

Samandrag

Formidling av tekniske hjelpemiddel er ei stor og viktig arbeidsoppgåve for ergoterapeutar som arbeider i kommunehelsetenesta, men til trass for dette er temaet etter måten lite diskutert i ergoterapifagkrinsar. Forsking på temaet har retta seg mot brukaren si oppleving av å ha og å få eit teknisk hjelpemiddel og utfordringar som fagutøvarar møter ved formidling av tekniske hjelpemiddel. Ut i frå denne forskinga vert ergoterapeutar sitt arbeid med hjelpemiddelformidling kritisert for å vere tilfeldig og prega av for lite brukarmedverknad. Denne kritikken vert supplert med røyster innan fagmiljøet i ergoterapi som tek til orde for å i større grad implementere evidensbasert praksis.

Korleis hjelpemiddelformidling ved kommuneergoterapeuten går føre seg i praksis, har ikkje vore fokus for forskinga. Dette er til trass for at forskinga som er gjort strekar under at møtet med brukaren og måten hjelpemiddelet vert formidla på, er avgjerande for om formidlinga vert vellukka. Utgangspunktet i denne oppgåva er å rette merksemd mot dei kunnskapane og dugleikane som kommuneergoterapeutar nyttar seg av i det konkrete kartleggingsmøtet med brukaren ved formidling av hjelpemiddel. For å kunne gjere dette, er det naudsynt å ta utgangspunkt i eit anna syn på kunnskap enn det tradisjonelt vestlege vitskapsidealet. Eg har i denne oppgåva nytta teori om klinisk resonnering og praksiskunnskap som teoretisk perspektiv.

For å finne ut kva kunnskapar kommuneergoterapeutar nyttar seg av når dei skal formidle hjelpemiddel, har eg gjennomført ei kvalitativ undersøking med observasjonar av tre kartleggingssituasjonar og etterfølgjande intervju av kommuneergoterapeutane. Ut i frå dette materialet viser det seg at ergoterapeutane rettar seg mot å forstå brukaren sin situasjon, der situasjonsomgrepet er overskridande i høve til fokuset på sjukdom, funksjon og brukaren sine næraste omgjevningar. Samhandlinga med brukaren vert nytta medvitent for å bygge opp tillit og tryggleik for å leggje til rette for at han skal kunne kome fram med si problemstilling.

Stikkord: Hjelpemiddelformidling, ergoterapi, klinisk resonnering, praksiskunnskap, samhandling.

Summary

Mediating assistive-technology is a major task of great importance to occupational therapists working in community health services, but contrary to this, the topic is not commonly covered in research publications in the subject field of occupational therapy. Research has been directed towards the user-experiences in receiving and utilizing assistive technology and the challenges that face the therapist in the mediation process. Based on the lack of theory on this subject it can be argued that occupational therapists take a random approach to solving these problems, and that the process is not influenced enough by the end-users of the products. This criticism is fuelled by the ever-increasing demand to implement practise that is evidence-based.

The steps an occupational therapist takes in practice when mediating assistive technology has not yet been an issue for research, despite great importance placed on interaction between the therapist and the user underlined in available research. The point of this project is to direct attention to the knowledge and skills used by the occupational therapist when assessing the needs of the user. To be able to identify this knowledge, it was necessary to employ a different approach than the traditional ideal science methodology. This paper is based on the theories of clinical-reasoning and practice-knowledge.

To determine what knowledge is used by occupational therapists in the mediation process, a qualitative survey was done based on three observations of mapping-situations of users needs with follow-up interviews of the therapists assigned to each case. From the material gathered, it seems that the therapists strive to get a good understanding of the situation the user is in. The “situation” in this case encompasses illnesses, the level of functioning and the close surroundings of the user. User-therapist interaction is used deliberately to build trust and relations so that the user feels secure, in order for him to be able to best express his needs.

Key word: mediation of assistive technology, occupational therapy, clinical-reasoning, practice-knowledge, interaction.

To kvite stolar

Sommar 1994

Stødd av ein sterk, snill arm
går eg dagleg tur
oppover ein laaang bakke.
På bakketoppen tar vi ei kvilestund
før nedturen.
Set oss på ein stor stein.

I går da vi sat der
kom mannen som bur nedi lia forbi.
Han stansa litt og prata. Sa til meg:
"Du sit ikkje godt på den steinen."
"Nei," sa eg. "Men eg sit her berre
eitt minutt eller så."

I dag da vi nådde bakketoppen
stod to kvite plaststolar der.
Dei helsa frå mannen nedi lia,
dei sa: "Versågod sitt."

Møblar av plast
har eg elles lite til overs for.
Men synet av to slike stolar her
gjer meg mildt stemt.

Vi set oss. Blir sittande ei god stund.
Reiser oss og går.
Nedi bakken snur vi oss
og ser tilbake på dei to stolane
som står der som var dei sleppte ned frå himmelen.

Det kjennest som det er
nettopp det dei er.

Halldis Moren Vesaas

Smilande benk
Sommar 1995

Mannen som bur nedi lia
må tydeligvis ha merkt seg
at ”møblar av plast
har eg elles lite til overs for”.

Der to kvite plaststolar stod i fjor
står i år ein solid trebenk.
Ny å sjå til. I alle fall nymåla.
Glinsande grøn.

Kan ein benk smile?
Denne benken kan.

Da mannen ommøblerte
her oppe på bakketoppen
må han ha smilt i skjegget.
Og smilen blanda seg med grønmålinga
så no står benken og smiler med heile seg.

Og eg som går og set meg der
smiler tilbake med heile meg.

Halldis Moren Vesaas

1.0 Innleiing	1
1.1 Problemstilling	5
2.0 Hjelpemiddelformidling som arbeidsområde	7
2.1 Kven kan få hjelpemiddel og kva for nokre lover regulerer området?	7
2.2 Formidlingsprosessen	9
2.3 Forsking omkring formidling av hjelpemiddel	11
3.0 Korleis kan ein forstå praksis?	15
3.1 Klinisk resonnering – korleis tenkjer ergoterapeutar i praksis?	22
3.2 Kunnskap i handling	26
4.0 Metode	30
4.1 Val av metode	31
4.2 Gjennomføring av prosjektet	33
4.2.1 Utval	33
4.2.2 Tilgang til feltet	34
4.2.3 Observasjon	36
4.2.4 Intervju	38
4.3 Analyse og skriveprosess	39
4.4 Refleksjon omkring etiske aspekt ved undersøkinga	41
4.5 Å kunne stole på, stadfeste og overføre forskingsresultata	43
5.0 Korleis går kartleggingssituasjonane føre seg?	45
5.1 Bjørn og Berit	46
5.2 Arne, kona hans og Aud	50
5.3 Carsten, Camilla, Hans og Knut	53
6.0 Korleis resonnerer ergoterapeutane i kartleggingssituasjonane?	56
6.1 Førebuing til heimebesøk	56
6.1.1 Kvifor eit heimebesøk?	56
6.1.2 Korleis tenkjer ergoterapeuten omkring kartleggingssituasjonen forut for heimebesøket?	58
6.2 Kva er problemstillinga?	62
6.2.1 Ei kritisk vurdering av brukaren sitt behov	62
6.2.2 Bruke tid på heimebesøket	66
6.2.3 ”Brukarane er individuelle, situasjonane er individuelle”	67
6.2.3.1 Å sjå brukaren an	68
6.2.3.2 Å bli kjent med brukaren	68
6.2.3.3 ”Du må ha evna til å omstille deg”	70
6.3 Å løyse problemet	72
6.3.1 Felles problemløysing og fagleg vurdering	72
6.3.2 Brukaren må kunne bruke dei hjelpemidla som han får.	75
6.3.2.1 Samsvar mellom brukaren sine evner og dei krav som hjelpemiddelet stiller for å kunne bruke det	75

6.3.2.2 Samsvar mellom hjelpemiddelet og dei omgjevnadane som hjelpemiddelet skal brukast i.	78
6.3.2.3 Samsvar mellom brukaren sine forventningar til hjelpemiddelet, og hjelpemiddelet.	79
7.0 Refleksjonar etter analyse av materialet	81
7.1 Ergoterapeuten si forståing av brukaren sin situasjon	81
7.2 ”For ein del av det du kartlegg, sensar du i situasjonen”	86
8.0 Avsluttande refleksjon	88

Litteraturliste

Vedlegg:

1. Tilbakemelding frå Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge
2. Sluttvurdering frå Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge
3. Kvittering frå personvernombudet
4. Angående forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt
5. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt
6. Observasjons- og intervjuguide

1.0 Innleiing

Eg varma hendene på kaffikoppen medan eg tenkte over tilvisinga som låg framfor meg på kontorpulten. Eg kjende til "Nils" som tilvisinga dreidde seg om gjennom jobben min som kommuneergoterapeut. Han var ein munter og fargerik mann i sekstiåra som budde saman med kona si i ei lita, men ny leilegheit midt i sentrum. Den kroniske og progredierande sjukdommen han hadde fått for nokre år sidan hadde ført til at han måtte forflytte seg med rullestol over lengre avstandar. Denne tilvisinga frå "Nils", eller rettare sagt frå kona hans, opplyste om at funksjonen hans var ytterligare redusert, og at det no var behov for ein personløftar ved forflytting til rullestolen. Eg kjende på meg at dette kom til å bli ei kinkig sak. Slik eg hadde lært å kjenne "Nils", hadde han ikkje blitt fortruleg med at funksjonen hans var redusert slik at han ikkje kunne gjere dei same tinga som han hadde gjort før. Rullestolen me hadde søkt om nokre år tidlegare hadde markert slutten på dei tradisjonelle jaktturnane med kameratane, og han gjekk mange rundar med seg sjølv før han skreiv under på søknaden. På trass av prognosen, hadde han stor tru på at han skulle klare å kome seg ut av rullestolen att, men denne tilvisinga tyda altså på at det motsette hadde skjedd – som venta. Korleis ville han stille seg til å få ein personløftar heim? Ville han sjå på denne som eit symbol på rolla som funksjonshemma eller ville han bli glad for at han kunne forflytte seg på ein lettare måte? Kva for ein personløftar ville passe best inn i den vesle leilegheita deira? Kvifor var det kona som hadde sendt tilvisinga? Var funksjonen hans blitt så redusert at det kanskje var trong for andre hjelpemiddel i tillegg? Desse spørsmåla og mange fleire surra i hovudet mitt medan eg fann avtaleboka og strekte meg etter telefonen for å ringe "Nils" og avtale eit heimebesøk.

Som kommuneergoterapeut har eg erfart at formidling av hjelpemiddel er ei stor arbeidsoppgåve, og at temaet er viktig både innan kommuneergoterapi, for samfunnet, og ikkje minst for den enkelte brukaren.

Mykje av arbeidstida mi som kommuneergoterapeut gjekk med til å arbeide med hjelpemiddelformidling. Det kunne vere heimebesøk for å kartlegge funksjon og behov, mange telefonar og møte med brukar og samarbeidspartnarar, detektivarbeid for å finne akkurat det hjelpemiddelet som ville passe best til akkurat denne brukaren, og papirarbeid og administrasjon i høve til søknader og anker på søknadar. I tillegg til at dette var ei stor arbeidsoppgåve for meg som ergoterapeut, var sjølv sagt hjelpemiddelformidlinga viktig for

den enkelte brukaren slik at han eller ho kunne få bukt med konkrete aktivitetsvanskar, få betre livskvalitet og fremme helse. Å tilpasse seg ein ny livssituasjon etter sjukdom eller skade er komplekst og utfordrande, og denne prosessen kan vere krevjande både for personen sjølv og dei rundt han. For "Nils" i historia ovanfor var rullestolen meir enn ein konkret gjenstand som skulle gjere det lettare for han å flytte seg rundt. Den var i tillegg eit symbol på at han ikkje klarte å utføre denne aktiviteten sjølvstendig lenger og markerte kanskje, for han, overgangen frå rolla som "sjølvstendig jeger" til "hjelpetrengande". I tillegg til dei personlege haldingane og oppfatningane som brukaren har overfor hjelpemiddelet sitt, gjev hjelpemiddelet tilvisingar til dei sosiale omgjevnadane om at brukaren er ein person med nedsett funksjon. Teknologi og hjelpemiddel er noko som me kan bruke som eit uttrykk, for å seie noko om oss sjølv. Reklamar for nye mobiltelefonar formidlar til dømes ein type livsstil og ei sosial gruppe som målgruppa ønskjer å vere ein del av, og som reklamen gjev lovnader om at ein kan oppnå ved å skaffe seg akkurat denne nye og "freshe" modellen. Det er symbolverdi i dei gjenstandane me vel å omgi oss med og å presentere for omverda. Me vert definert, og definerer oss sjølv, mellom anna med tilvising til tinga me har, eller ønskjer å skaffe oss (Dittmar 1992, i Magnus 1998). Rullestolen til "Nils" var svært synleg for omverda når han brukte den i det offentlege rommet. Når han trilla inn i butikkar og på torget kunne alle sjå at han hadde ein rullestol, og dette formidla visse fordommar om han til dei sosiale omgjevnadane. Å vise seg ute med rullestolen, innebar ein annan måte å presentere seg sjølv på, enn det "Nils" var van med frå tidlegare. Slik er det med mange hjelpemiddel som me som ergoterapeutar formidlar. Det å få og å bruke eit teknisk hjelpemiddel er slik ikkje ein nøytral prosess for brukaren, og hjelpemiddelet er ikkje ein nøytral gjenstand for brukaren og omgjevnadane.

I 2005 brukte trygdeetaten over 2.4 milliardar kroner på hjelpemiddelområdet, og den største enkeltposten her var hjelpemiddel til forflytting, som utgjorde over 933 millionar kroner (Trygdeetaten 2006). Døme på hjelpemiddel til forflytting er elektriske og manuelle rullestolar, stokkar, krykker og rullatorar. Dersom ein skal få eit nøyaktig tal på kor mykje hjelpemiddelformidlinga kostar samfunnet, må ein òg rekne med faktorar som den arbeidstida som formidlarane brukar på kartlegging, saksbehandling, opplæring, personleg tilpassing og evaluering av formidlingsprosessen. Sjølv om hjelpemiddelformidling er kostbart, skal formidlinga vere økonomisk lønnsam og ha positive konsekvensar for brukaren og samfunnet. Rett formidling av hjelpemiddel skal medverke til at brukaren blant anna vert meir sjølvstendig i daglege gjere mål slik at han/ ho til dømes kan bu lengre heime, det skal

fremme deltaking og auke livskvaliteten til brukaren (Rikstrygdeverket 2003). Det får store konsekvensar for den enkelte brukar om det tekniske hjelpemiddelet ikkje fungerer etter tilsikta. Ein øydelagt rullestol vil kunne føre til at brukaren ikkje får forflytte seg i det heile tatt, med dei konsekvensane dette igjen vil få for aktivitet og deltaking i dagleglivet. På same måte er det om hjelpemiddelet ikkje er godt nok tilpassa brukaren. Det som skulle vere eit hjelpemiddel som la til rette for aktivitet og deltaking, kan i staden syne seg å bli ei belastning og ei avgrensing av aktivitetsmoglegheiter.

Ein artikkel i fagbladet ”Ergoterapeuten” som er skriven av ein brukar av ergoterapitenester, rettar eit kritisk blikk mot hjelpemiddelformidling ved ergoterapeut i kommunen (Tangerud 2004). Forfattaren skisserer opp sine røynsler med formidlingsprosessen og nemner ulike problem som oppsto. Han erfarte at ergoterapeutane hadde manglande produktkunnskap til hjelpemidla dei skulle formidle. Vidare opplevde han at samordninga av tiltak var dårlig, at kartlegginga som vart utført var mangelfull og at tiltak som vart sett i verk ikkje sto i samsvar til kartlegginga (ibid). Forfattaren skriv i avslutninga av artikkelen: *Det ble en sikksakkprosess, som fikk meg til å tenke på havfiskens vei til ferskdisken på Østlandet – mange mellomledd, synkende kvalitet og økende pris* (Tangerud 2004:23). Målet med formidling av hjelpemiddel er å løyse brukaren sine praktiske problem og dette målet vert ikkje nådd i denne brukaren sitt tilfelle. Denne forteljinga har medvirka til at eg synest temaet hjelpemiddelformidling er så interessant. Eit av hjelpemidla som skulle formidlas i denne forteljinga var ein arbeidsstol som brukaren skulle bruke på kjøkkenet. Umiddelbart kan det verke som ei enkel sak å sørge for at brukaren får ein arbeidsstol som skal fungere for ham, men slik går det altså ikkje, og eg undrar meg på kvifor det vart slik. Kva faktorar er det som spelar inn i høve til om formidlinga vert vellukka? Forfattaren av denne artikkelen er ressurssterk nok til å formulere sine røynsler i ein artikkel som han så sender inn til ergoterapeutane sitt eige tidsskrift. Det kan vere grunn til å tru at andre brukarar, som ikkje er så ordsterke, delar liknande røynsler, og for oss som formidlarar er det viktig å ta desse brukarforteljingane på alvor.

Men til tross for den posisjonen hjelpemiddelformidling har for brukaren, samfunnet og i kommuneergoterapeuten sin arbeidskvardag, er temaet etter måten lite diskutert i ergoterapifagkrinsar. Både under utdanninga og i yrkespraksis fekk eg inntrykk av at dette var eit mindre verdsett arbeidsområde grunna det tekniske og avgrensa perspektivet som ein tenkte seg at ein ”hjelpemiddelformidlar” arbeidde ut i frå. Ei halding eg ofte møtte i

samhandling med andre faggrupper og i omgangskrinsen min var at det ikkje kunne vere så vanskeleg å formidle hjelpemiddel, for det var jo berre å bestille det. Etter å ha arbeidd med formidling av hjelpemiddel har eg blitt meir medviten og fascinert av kompleksiteten innan dette arbeidsområdet, og eg ville difor fordjupe meg ytterligare i emnet for å lære meir for min eigen del, og av di eg kjente trong for at det vart sett lys mot hjelpemiddelformidling innan ergoterapifaget¹. Som relativt nyutdanna ynska eg vidare å fordjupa meg i ergoterapifaget for å få styrka min faglege identitet og reflektere djupare over kva det inneber å "vere ergoterapeut". Ergoterapi som fag har aktivitet som kjerneomgrep (Kielhofner 2001), og ideal for tenesta er å arbeide heilskapeleg med mennesket, sjå på samspelet mellom menneske og omgjevnadar gjennom aktivitet og arbeide med å betre dette. Eg er nyfiken på korleis ergoterapeutane brukar sine kunnskapar og sitt perspektiv når dei formidlar hjelpemiddel. Eg vil i denne oppgåva prøve å kombinere desse to tema og rette fokus mot kva det er som er særskilt med ergoterapeutane sitt arbeid innan hjelpemiddelformidling.

Formålet med eit teknisk hjelpemiddel er at det skal være formålsteneleg i høve til å avhjelpe brukaren sine aktivitetsproblem eller lette pleie, og eit hjelpemiddel blir av folketrygda definert som *en gjenstand eller et tiltak som bidrar til å redusere funksjonshemmedes praktiske problemer* (Rikstrygdeverket 2003:12). Denne definisjonen er svært omfattande, og kan femne om ombygning av heimen så vel som formidling av gripetang eller sklisikkert underlag til å ha under tallerkenen. For å avgrense fokuset for denne oppgåva, har eg valt å sjå på formidlinga av det tekniske hjelpemiddelet rullestol. Dette er eit hjelpemiddel som er kjent for både brukar, ergoterapeut og samarbeidspartnarar, og det vert brukt på fleire arenaer. Vidare er det eit hjelpemiddel som er etter måten komplisert i høve til at det er viktig at det blir passa godt til personen som skal bruke det, og til dei omgjevnadane det skal brukast i, noko eg reknar med vil gje meg gode høve til å studere korleis ergoterapeutane resonnerer i formidlingsprosessen.

Prosessen med å formidle tekniske hjelpemiddel kan vere omfattande og langvarig, og det kan ta svært lang tid mellom tilvisinga om det aktuelle praktiske problemet, til hjelpemiddelet er levert, prosessen er evaluert og ein har nådd målet som hjelpemiddelet skulle medvirke til. Tidsperspektivet i formidlingsprosessen gjer at den vert vanskeleg å

¹ Det har riktig nok kome ut ei bok om ergoterapi og hjelpemiddelformidling i Danmark (Jensen et al 2003), og eg vonar den kan vere med på å setje lys på dette temaet og inspirere til meir forskning og refleksjon over praksis ved formidling av hjelpemiddel.

studere innanfor rammene for denne oppgåva, og eg har difor funne det mest formålsteneleg å avgrense mitt fokus til det som i formidlingsprosessen vert kalla ”utredning av totalsituasjonen”, og som eg i oppgåva kjem til å referere til som kartlegginga.

Kartlegginga er den mest sentrale enkeltkomponenten i formidlingsprosessen og krev mykje av fagutøvaren. Formålet med kartlegginga er å få svar på kva som er brukaren sitt aktuelle aktivitetsproblem, og kva som kan vere det beste tiltaket for å avhjelpe problemet.

Kartlegginga er avgjerande for å etablere eit godt samarbeid med brukaren og for å skape best mogleg grunnlag for den vidare prosessen. Kartlegginga kjem gjerne til uttrykk i eit konkret møte mellom brukar og terapeut, noko som gjer det mogleg for meg som forskar å observera og studera denne situasjonen. Til tross for at kartlegginga kan manifesteras i eit konkret møte, er det likevel viktig å presisera at den ikkje er ein reint isolert del av formidlingsprosessen, men startar gjerne lenge før møtet og fortsett òg vidare ut i samarbeidet mellom brukaren og terapeuten.

1.1 Problemstilling

Tekniske hjelpemiddel og formidlinga av desse opptar brukarar av ergoterapitenester og spelar ei stor rolle i dagliglivet deira. Som ergoterapeut i kommunehelsetenesta har eg erfart at ein stor del av arbeidsdagen går med til formidling av hjelpemiddel. Mitt formål med denne oppgåva, er å rette fokus mot ergoterapeuten si formidling av hjelpemiddel i praksis, avgrensa til kartleggingssituasjonen, og å sjå på korleis ein kan forstå dette arbeidsfeltet. Eg vil rette fokus mot kva for nokre kunnskapar som kjem til uttrykk i kartleggingssituasjonen. Er ergoterapeutar ”velegna” til å formidle hjelpemiddel? På kva for ein måte syner dette seg, og kva for nokre faktorar er det som er involvert? Den overordna problemformuleringa eg har valt i mitt arbeide med denne oppgåva er:

Korleis går kartleggingssituasjonen mellom brukar og kommuneergoterapeut ved formidling av hjelpemiddel føre seg, og korleis resonnerer ergoterapeuten i situasjonen?

For å kunne svare på denne problemformuleringa, vil eg først gjere greie for fagfeltet og sentrale perspektiv som eg kjem til å bruke for å kaste lys over temaet. Deretter kjem ein metodedel der eg gjer greie for korleis eg utførte dei praktiske undersøkingane mine, og

refleksjonar i høve til dette. Så kjem ein presentasjon av kartleggingssituasjonane eg observerte, med ei påfølgjande presentasjon av ergoterapeutane si resonnering, inndelt i tema som vaks fram gjennom analysen. Oppgåva vert avslutta med nokre refleksjonar over materialet.

2.0 Hjelpemiddelformidling som arbeidsområde

I løpet av mitt arbeid med dette prosjektet, nærare bestemt 1. juli 2006, vart Trygdeetaten og Aetat lagt ned og erstatta av ein ny arbeids- og velferdsetat. Målsettinga med denne reforma er mellom anna ei meir brukarvenleg, samordna og effektiv forvaltning (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2005-2006). Organiseringa av formidlingsområdet kan difor endre seg, og det vert spanande å følgje denne utviklinga vidare, og å reflektere over kva konsekvensar denne utviklinga vil ha for hjelpemiddelformidlinga i framtida. Eg ser likevel at det er utanfor mi problemstilling å ta dette med i denne oppgåva, og i dette kapitlet har eg difor utelukkande teke utgangspunkt i organiseringa av formidlingsområdet slik det var då datainnsamlinga vart føreteke.

2.1 Kven kan få hjelpemiddel og kva for nokre lover regulerer området?

Personar som har varig, definert av folketrygda som over to år, og vesentlig innskrenka funksjonsevne på grunn av sjukdom, skade eller lyte, kan få støtte til hjelpemiddel frå folketrygda. Desse hjelpemidla må være naudsynte og formålstenelege for å betre evna til å løyse praktiske vanskar i dagliglivet, eller for å kunne pleiast i heimen. Det er det mest rimelige og mest formålstenelege av dei aktuelle hjelpemidla som vert dekkja (Rikstrygdeverket 2003).

Hjelpemidler skal bidra til å løse praktiske problemer, virke kompensierende og må ses i sammenheng med andre tiltak rundt brukeren. At brukeren er motivert er en forutsetning for at hjelpemidlet skal fungere tilfredsstillende. Hjelpemidler har en funksjon i den grad de løser problemer som er viktige for brukeren å få løst. (Rikstrygdeverket 2003: 11)

Rettane til å få stønad til hjelpemiddel er nedfelt i lov om Folketrygd, kapittel 10; ”ytelser under medisinsk rehabilitering”. Dei mest nytta paragrafane her er §10-6 om ”stønad til bedring av funksjonsevnen i dagliglivet”, som er referert nedanfor, og §10-7 om stønadsformer, der tekniske hjelpemiddel vert nemnt som ei av fleire moglege stønadsformer.

§ 10-6. Stønad til bedring av funksjonsevnen i dagliglivet
Når et medlem har fått sin funksjonsevne i dagliglivet vesentlig og varig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte, ytes det stønad etter § 10-7.

Stønadens ytes i forbindelse med tiltak som er naudsynte og hensiktsmessige for å bedre medlemmets funksjonsevne i dagliglivet eller for at vedkommende skal kunne bli pleid i hjemmet.

Departementet gir forskrift om stønad etter denne paragrafen (Arbeids- og sosialdepartementet 1997)

Rikstrygdeverket har det overordna ansvaret for administrasjon, iverksetting, oppfølging og utvikling av hjelpemiddelområdet. I tillegg er det i kvart fylke ein hjelpemiddelsentral som skal fungere som et ressurs- og kompetansesenter om hjelpemiddel (Rikstrygdeverket 2003). Det er òg tre kompetansesentra i Noreg som har ekspertise på spesielle områder innanfor hjelpemiddelområdet (bilsaker og IKT-hjelpemidler). Hovudansvaret for formidling av hjelpemiddel ligg likevel til kommunane. Dette ansvaret omfattar alle ledda i formidlingsprosessen, samt å koordinere hjelpemiddelformidlinga med aktuelle samarbeidspartnarar og å sørge for at brukaren får medverke i prosessen (ibid.). Dette ansvaret er nedfelt i forskrift om habilitering og rehabilitering, i kapittel 2: Habilitering og rehabilitering, §7 og §11:

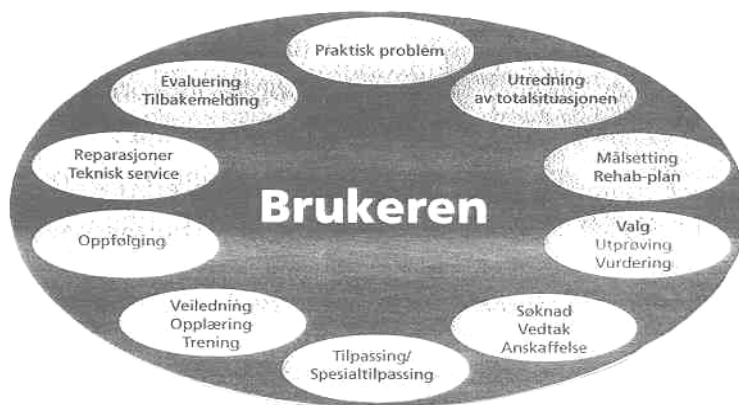
§7. Kommunen skal ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Kommunen skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for habilitering og rehabilitering, jf. forskriften §§1 og 2. Tjenester som inngår i kommunens helsetjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig re/-habiliteringstilbud.

§11. Kommunen skal sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Kommunen skal vurdere hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak på grunnlag av brukerens samlede behov. Om nødvendig skal kommunene be om bistand fra hjelpemiddelsentralen eller fra andre relevante instanser (Helse- og omsorgsdepartementet 2001).

I Noreg vert dei fleste hjelpemidla finansiert gjennom trygdeverket, noko som gjev norske kommuneergoterapeutar større fridom i val av type hjelpemiddel enn til dømes i USA, der ein har eit anna finansieringssystem som i større grad er knytt opp til brukarane sin private økonomi og forsikringsordningar. Kostnadar som følgje av tilpassing av bustaden (som til dømes å leggje ut eit uttak til straum i bod der ein skal lagre den elektriske rullestolen) må brukarane likevel koste sjølv, men det er moglegheiter for å søkje om tilskott for å dekkje dette.

2.2 Formidlingsprosessen

Formidlingsprosessen er skildra av Rikstrygdeverket i figuren nedanfor, og eg vil no gå litt meir i detalj i den med tanke på å gje eit betre bilete av kva denne prosessen vil innebere. Til hjelp for brukarar og formidlarar av hjelpemiddel, har rikstrygdeverket gjeve ut ein del nyttige og informative brosjyrar, både om hjelpemiddelformidling generelt (Rikstrygdeverket 2003 og 1999) og temahefte om formidling av enkelte, spesielle hjelpemiddel, som til dømes elektriske og manuelle rullestolar (Rikstrygdeverket 2000a og 2000b). Den samanfatinga av formidlingsprosessen som står nedanfor er grunna i heftet "Hjelpemiddelformidling – en del av et større system" (Rikstrygdeverket 2003).



Utgangspunktet for formidlingsprosessen er at ein person har eit **praktisk problem**, og at dette problemet vert gjort synleg for personar i hjelpeapparatet. Det praktiske problemet kan forståast som eit opplevd gap mellom personen sine føresetnader og krav som omgjevnadene stiller. Tilvisingar til ergoterapeuten vedrørende formidling av hjelpemiddel kan mellom anna kome frå brukarane sjølv, pårørende eller helsepersonell som er i kontakt med brukaren.

Utgreiing av totalsituasjonen er viktig for å finne fram til det riktige tiltaket for å avhjelpe det aktuelle praktiske problemet. Til hjelp i denne utgreiinga av brukaren sin situasjon er det utarbeidd ei sjekklister for innhenting av opplysningar ved krav om hjelpemiddel (Rikstrygdeverket 2003). I tillegg er det utarbeidd egne kartleggingskjema for enkelte hjelpemiddel, som elektriske og manuelle rullestolar, heis i trapp og liknande som skal fyllast ut og leggjast ved hjelpemiddelsøknaden. Spørsmål det er viktig å få svar på ved utgreiinga av totalsituasjonen, er kva for eit funksjonsnivå brukaren har, kva for nokre problemområde

hjelpemiddelet er tenkt å skulle løyse og kva for nokre omgjevnader hjelpemiddelet skal brukast i.

Målsetting og rehabiliteringsplan plasserer formidlinga av det enkelte hjelpemiddelet inn i ein større samanheng. Det er viktig at hjelpemiddelet det vert søkt om vert sett i samanheng med andre tiltak som vert planlagt eller sett i gang, slik at tiltaka ikkje motarbeider kvarandre. Ut i frå ei slik heilskapeleg oversikt over brukaren sitt behov og situasjon, og dei omgjevnadane som hjelpemiddelet skal vere i, skal så det enkelte hjelpemiddelet **veljast, prøvast ut** og **vurderast**.

Når det er teke ei avgjerd i høve til kva hjelpemiddel som vil vere mest mogleg formålsteneleg, vert det skriven ein **søknad**. Det er brukaren som står som søkjar av hjelpemiddelet og søknaden må ha brukaren si underskrift². Hjelpemiddelsøknaden vert så sendt til hjelpemiddelsentralen i fylket som fattar **vedtak** i saken. Både brukar og den personen som står som formidlar i saken får kopi av vedtaket. Dersom søknaden vert stetta sender vedtaksgruppa på hjelpemiddelsentralen melding vidare til dei rette instansane som igjen sørgjer for at hjelpemiddelet blir sendt til kommunen. Denne prosessen kan ofte ta lang tid, særskilt dersom hjelpemiddelet ikkje er standard, men må tingast eller **tilpassast** spesielt for brukaren. Hjelpemiddel er utforma etter ein standard som i mange tilfeller kan passe til alle brukargruppene (til dømes gripetang, sklibrett eller dusjstol). Ved formidling av meir kompliserte hjelpemiddel, som til dømes ein rullestol, kan det likevel vere behov for å passe hjelpemiddelet til den enkelte brukaren. Det kan òg vere behov for å passe omgjevnadane til hjelpemiddelet, som til dømes ved å fjerne tersklar i bustaden for å gjere det mogleg å kome seg fram med rullestolen.

Rettleiing, opplæring og trening i bruk av hjelpemiddelet er svært viktig for at brukaren skal kunne nyttiggjere seg av hjelpemiddelet på best mogleg måte, og for å førebygge feilbelastning og skadar for brukaren, eller på hjelpemiddelet og omgjevnadane hjelpemiddelet skal brukast i.

² Frå eigen praksis har eg likevel erfaringar med at det ofte er fagpersonen som fyller ut søknaden og eventuelle vedlegg samt skriv grunngjeving for at nettopp dette hjelpemiddelet vil vere det beste i høve til brukaren sin situasjon. Denne søknaden må godkjennast og skrivast under av brukaren, som får ein eigen kopi.

Oppfølging av om hjelpemiddelet verkeleg løyser dei problema brukaren har er òg eit viktig moment i formidlingsprosessen. Dersom det syner seg at hjelpemiddelet ikkje er formålsteneleg i høve til behovet, må ein sjå på om det kan gjerast fleire tilpassingar eller vurdere om det er behov for meir opplæring i høve til korleis hjelpemiddelet skal brukast. Brukaren må òg få både munnleg og skriftleg informasjon om kvar og til kven han kan vende seg dersom det er behov for **service** eller **reparasjonar** på hjelpemiddelet. Etter at alle desse punkta er gått gjennom, skal formidlingsprosessen **evaluerast** for å sjekke at brukaren har fått god hjelp og det rette hjelpemiddelet innanfor ei forventa tidsramme.

2.3 Forsking omkring formidling av hjelpemiddel

Det har ikkje vore mykje forskning på bruk, nytte, og effekt av hjelpemiddel (Borg et al. 2003). Det har likevel lukkast meg å finne eit knippe artiklar som har vore interessante i høve til problemstillinga for denne oppgåva. Eg føretok eit litteratursøk i søkjebasen CINAHL med søkjeorda *assistive technology* i kombinasjon med *occupational therapy*. Eg valte seinare å leggje til *prescription* som søkjeord då eg såg at mange av artiklane eg fekk treff på, ikkje handla om formidlinga av hjelpemiddel eller moment som var relevant for mitt prosjekt. Denne spesifiseringa gjorde at søkjeresultatet vart meir avgrensa, og eg fekk meir relevante treff i høve til problemstillinga mi. Ut i frå dette materialet, såg eg at forskinga som var gjort i høve til ergoterapeutar si formidling av hjelpemiddel var retta mot tre perspektiv; om hjelpemidla som vert formidla er i bruk, moment som formidlarar bør ta omsyn til i formidlingsprosessen, og brukarane sine opplevingar av å ha og å få eit hjelpemiddel.

Hjelpemiddel til forflytting³ kan spele ei viktig rolle i brukarane sitt liv, i høve til auka sjølvstende i daglege aktivitetar (Brandt et al 2003), deltaking i sosiale aktivitetar (Wressle og Samuelsson 2004) og aukiing av livskvalitet (Davies et al 2003). Undersøkingar av kvifor hjelpemiddel som vert formidla ikkje er i bruk, eller vert levert attende eller bytta, grunngjev dette i fem forhold; manglande brukarmedverknad i formidlingsprosessen, dårleg kvalitet på formidlinga som fagpersonen gjer (grunna manglande erfaring eller kunnskap), at behova til brukaren endrar seg over tid, at hjelpemiddelet er av dårleg teknisk kvalitet og at rullestolen ikkje vart godt nok tilpassa brukaren (Di Marco et al 2003).

³ Undersøkinga fokuserte på rullatorar, manuelle og elektriske rullestolar.

Det finnes mykje og god litteratur på kva som må takast omsyn til ved formidling av rullestolar (sjå mellom anna Engström 1996, Rikstrygdeverket 2000 og Batavia et al 2001). Desse rettar seg mot dei tekniske eigenskapane til hjelpemiddelet og korleis dette skal passast best mogleg til den aktuelle brukaren. Ut i frå forskinga som er gjort på feltet, vert det klart at kvaliteten på formidlinga er viktig i høve til om hjelpemidla vert brukt, og i høve til om brukarane er nøgde med formidlinga (sjå mellom anna Brandt et al 2003, Brandt 2004, White og Lemmer 1998, Kittel et al 2002, Wessels et al 2003 og Di Marco et al 2003). Faktorar ved formidlinga som vart nemnt som sentrale her, var oppfølginga frå formidlaren si side, og brukaren sine opplevingar av å bli teken med som ein aktiv deltakar i prosessen.

Wressle og Samuelsson har undersøkt kor nøgde brukarar av hjelpemiddel til forflytting er med sjølve hjelpemidla, og med formidlinga av desse. Resultata deira syner at brukarane er nøgde med hjelpemidla dei hadde fått og at desse verka positivt inn på meistring av aktivitetane i dagleglivet. På den andre sida var brukarane mindre nøgde med sjølve formidlinga. Faktorar ved formidlinga som kunne betrast, var oppfølginga av hjelpemidla frå formidlaren si side, og at brukaren sine behov og krav ikkje vart nok vektlagt i formidlingsprosessen (Wressle og Samuelsson 2004). Forfattarane av artiklane hevdar at kvaliteten på formidlinga vil kunne betrast om formidlarane legg meir vekt på god kommunikasjon med brukaren i høve til å klargjere behov og diskutere forskjellige løysingar på aktivitetsproblema som brukaren opplever. I tillegg peikar dei på at oppfølginga av om hjelpemiddelet faktisk fungerer for brukaren i kvardagen er viktig for å justere hjelpemidla i høve til om brukaren får endra sine behov over tid (ibid).

Ein studie som rettar fokus på brukarane si oppleving av å vere avhengig av hjelpemiddel, viser at relasjonen mellom formidlar og brukar er av stor relevans for formidlingsprosessen (McMillen og Söderberg 2002). Symbolverdien som hjelpemiddelet har, er viktig i høve til korleis brukaren oppfattar, godtek og inkorporerer det nye hjelpemiddelet. Forfattarane av artikkelen peikar på at formidlarar i større grad må ta dette inn over seg og rette fokus mot brukarane si oppleving av sin unike situasjon, haldingar og emosjonelle reaksjonar dei har i høve til å ta i bruk eit hjelpemiddel (ibid). Erfaringa med å bli sjuk og innsjå at ein har trong for eit hjelpemiddel for å klare kvardagen, er ein kompleks situasjon. Magnus og Arntzen tek opp dette temaet i sine hovudfagsoppgåver (Magnus 1998 og Arntzen 2002) der dei ser at om innføringa av eit hjelpemiddel vert ein suksess eller fiasko i brukaren sitt liv, avhenger av brukaren sine opplevingar av hjelpemiddelet og å vere sjuk. Eit døme på dette frå Magnus sitt

materiale er informanten Bente som seier: ”...*jeg nekta å bruke den manuelle (rullestolen). Jeg skulle bruke krykkene, om jeg så segna sammen... jeg var så sliten... og alle andre var så mye sykere enn meg... jeg var så frisk at jeg ikke trengte sitte i en rullestol.*” (Magnus 2001:18). Etter at Bente omsider fekk seg ein rullestol, innsåg ho at denne gjorde henne meir deltakande i dagleglivet og gjorde livet hennar lettare (ibid).

Murphy strekar under at å vere funksjonshemma ikkje er ei rolle, men ein identitet som er så fundamental at alle dei andre sosiale rollane personen har må tilpassast denne (Murphy 1990). Ei funksjonshemming er slik både ein kroppsleg tilstand, men òg eit sentralt aspekt ved den sosiale identiteten, som påverkar korleis dei sosiale omgjevnadane opptrer overfor personen. Vidare vert sjølvkjensla vår påverka av korleis me oppfattar korleis andre oppfattar oss, og dermed kan det å bruke eit hjelpemiddel vere med på å forandre synet som brukaren har på seg sjølv (Murphy 1990, Magnus 1998 og 2001). Det er difor viktig for utkomma av formidlinga at formidlaren har ei klientsentrert halding og kan ta utgangspunkt i korleis brukaren opplev situasjonen sin.

Robert Murphy skriv i si bok ”The body silent” om erfaringane sine med å miste funksjon på grunn av ein progredierende svulst i sentralnervesystemet, og etter kvart å bli avhengig av hjelpemiddel og andre for å kunne meistre kvardagen. Etter kvart som funksjonen hans vart redusert, miste han mellom anna evna til å kunne køyre bil sjølv. I staden for å gjere nokre grep for å kunne meistre dette att, som å få ein tilpassa bil og køyretrening, let han kona si ta over denne oppgåva. Etter kvart vart funksjonstapet så stort at alle moglege tilpassingar vart uaktuelle. Han angra då på denne avgjerda og meinte at om han hadde fått ordna det slik at han kunne fortsett å køyre bil, ville dette ha gjeve han ein psykisk fordel i høve til auka meistringskjensle, fridom og sjølvstende (Murphy 1990). Denne forteljinga syner at formidling av hjelpemiddel er ei kompleks oppgåve som både er avhengig av at brukaren er ein aktiv deltakar, men der det samstundes kan vere behov for at formidlaren kan sjå føre seg kva hjelpemiddel brukaren kan ha behov for, før brukaren sjølv opplever dette behovet. Dette poenget er òg stetta av Kittel et al som har gjennomført ei kvalitativ undersøking for å finne ut kvifor tre brukarar av manuelle rullestolar bytte dei første rullestolane dei fekk med andre typar (Kittel et al 2002). Ein av faktorane som informantane trakk fram som sentrale for avgjerda om å skifte ut rullestolane, var at på det tidspunktet dei første rullestolane vart formidla, mangla dei erfaring i høve til korleis det var å vere i den livssituasjonen dei no var i (alle informantane var nysjuka etter ryggmergsskade). Det var enno ukjend for dei kva for

nokre konsekvensar denne skada ville få for livet og kvardagen deira, og konsekvensane av val av rullestol var heller ikkje klar for dei på det tidspunktet kartlegginga fann stad (ibid).

Brukarane si oppleving av å delta i formidlingsprosessen var temaet for ei undersøking med fokusgruppe som metode (Hedberg-Kristensson et al 2006). Denne avdekka at dei fleste brukarane følte at dei ikkje deltok aktivt i formidlingsprosessen, og at dei opplevde at formidlaren hadde lita tid. Samstundes gjekk dei ut i frå at formidlaren kjende til situasjonen deira så godt at det ikkje var så stort behov for at dei som brukarar deltok (ibid). Eit anna aspekt som forfattarane av artikkelen sjølv trakk fram, var at brukarane kunne ha eit behov for å bli likt, og difor let som om dei forsto og var einige i det formidlaren foreslo og la fram sjølv om dei opplevde at dei ikkje var med i prosessen (ibid).

Slik det kjem fram i forskinga som er utført i høve til formidling av hjelpemiddel, er det fleire utfordringar ergoterapeuten møter ved formidlinga av hjelpemiddel, og det vert klart at dette er eit samansett arbeidsfelt. Eg har likevel ikkje funne nokon kjelder som rettar fokus mot korleis ergoterapeuten løyser og meistrar desse utfordringane i samspel med den enkelte brukaren; altså korleis praksis ved formidling av hjelpemiddel faktisk er, sjølv om nettopp samspelet mellom aktørane vert framheva som sentralt for kvaliteten på formidlinga av fleire kjelder. Eg vil difor i denne oppgåva rette fokuset mot ergoterapeuten sitt arbeid i praksis, og sjå på korleis dei klarer å meistre kartleggingssituasjonane og kva kunnskapar og resonneringar som spelar inn i høve til dette.

3.0 Korleis kan ein forstå praksis?

Ergoterapi er eit relativt ungt helsefag som rettar seg mot samanhengen mellom aktivitet og helse (NETF 1999). Sjølv om ein i dag kan snakke om at det er eit grunnsyn innan ergoterapi⁴ (Kielhofner 2001, NETF 1999 og 2006), har aktivitetsomgrepet blitt gitt ulike tydingar i løpet av faget si historie.

Eg vil no kort gå inn på korleis ergoterapifaget si historie har blitt forstått av Gary Kielhofner, professor i ergoterapi og opphavsperson til ein av dei mest kjende teoriane innan ergoterapi, Modell for Menneskeleg Aktivitet (MMA). Eg vil òg i denne samanhengen trekkje vekslar på arbeid frå Nils Erik Ness, førstelektor ved ergoterapeututdanninga i Sør-Trøndelag og ein sentral premissleverandør for forståinga av ergoterapifaget i Noreg.

Kielhofner og Ness ser den historiske utviklinga ut i frå same perspektiv og er einige om dei store trekka. Det er likevel verdt å nemne at deira perspektiv på ergoterapifaget si utvikling kan diskuteras. Mellom anna er det òg hevda at: *What is described historically as a paradigm shift of the entire profession looks rather messier in practice, where it appears that both paradigms live simultaneously.* (Mattingly og Fleming 1994:47). Vidare hevdar Nilsskog at utviklinga av ergoterapifaget i større grad kan forståast ut i frå samfunnsmessige endringar og må sjåast i samheng med utviklinga av andre helsefag⁵ (Nilsskog 1999). Eg har likevel valt å ta utgangspunkt i Kielhofner og Ness sine arbeid av di dei er tilstrekkelege i høve til å gje ei kort innføring i fagutviklinga. Å stille spørjeteikn ved og diskutere ulike måtar å forstå utviklinga av ergoterapifaget på er spanande og viktig, men det fell utanfor mi problemstilling å gjere det i dette høvet.

Kielhofner tek utgangspunkt i at faget har utvikla seg gjennom to paradigme; aktivitetsparadigmet og det mekanistiske paradigmet (Kielhofner 2001⁶). Han hevdar vidare at etter at det mekanistiske paradigmet slo sprekkar, søker ein å føre saman det beste frå dei to føregåande paradigma i eit nytt, som enno er i støypeskeia (ibid).

⁴ Grunnsynet i ergoterapi kjem i Noreg til uttrykk i rammeplanane for ergoterapeututdanninga av 1989 og 1997. I løpet av perioden mitt prosjekt er gjennomført er det vedteke eit nytt grunnsyn for ergoterapi i høve formaliseringa av ergoterapeutane sin samfunnskontrakt (NETF 2006).

⁵ Ho rettar fokuset mot fagutviklinga i Noreg.

⁶ Dansk oversetting av Kielhofner 1996

Aktivitetsparadigmet som varte frå byrjinga av det tjuande hundreåret og fram til om lag 1940 tok i følgje Kielhofner utgangspunkt i at det er ein samanheng mellom helse og det å vere i aktivitet (Kielhofner 2001). Adolph Meyer er vist til som den som la det filosofiske grunnlaget for ergoterapifaget, og i sitatet nedanfor vert den sentrale rolla som aktivitet spelar i mennesket sitt liv streka under.

Our conception of man is that of an organism that maintains and balances itself in the world of reality and actuality by being in active life and active use, i.e. using and living and acting its time in harmony with its own nature and the nature about it. It is the use that we make of ourselves that give ultimate stamp to every organ. (Meyer 1922 i Ness 2002)

Ei grunnleggande oppfatning innanfor dette paradigmet var at det å vere i aktivitet førte til at personen fekk bruke både kroppen så vel som psyken, og at dette hadde ein positiv effekt på trivsel og helse (Kielhofner 2001). Vidare tok ein utgangspunkt i at lediggang var rota til mykje vondt, og ville resultere i demoralisering, samanbrot av vanar, og fysisk svekking med påfølgjande tap av evna til å fungere kompetent i dagleglivet (ibid). Etersom aktivitet vart sett på som ei oppretthaldande kraft for kropp og psyke, kunne aktivitetar nyttast til å gjenopprette tapt funksjon. I følgje Kielhofner vart meningsaspekta ved aktivitetane⁷ og brukaren sin motivasjon⁸ òg sett på som sentralt om aktivitetane skulle ha terapeutisk effekt.

Det mekanistiske paradigmet oppsto i følgje Kielhofner rundt 1940-åra då ergoterapifaget vart kritisert for å vere for lite vitskapleg og vart oppmoda til å i større grad ta i bruk medisinske uttrykk og arbeidsmåtar (Kielhofner 2001). Innan dette perspektivet vart kroppen samanlikna med ei maskin som kunne plukkast frå kvarandre og byggast opp igjen bit for bit utan av det fekk konsekvensar for heilskapen (ibid). Etter påtrykk frå legestanden endra synet på samanhengen mellom aktivitet og helse seg innanfor ergoterapifaget, og ergoterapeutane såg no i større grad aktivitet som middel for å nå betre funksjon enn som helsefremmande for mennesket (ibid). Ergoterapifaget vart definert som *en behandlingsform som har til hensikt å bedre eller vedlikeholde pasientens tilstand fysisk, psykisk og sosialt – ved hjelp av aktiviteter basert på pasientens egeninnsats* (udatert brosjyre frå 70-tallet utgjeven av NETF, henta frå Ness 1997).

⁷ Aktivitet blev værdsat for sin centrale rolle i menneskets liv og for dens evne til at påvirke helbredet. De første ergoterapeuter indså betydningen af kulturell meningsfuld aktivitet, i modsætning til slet og ret beskæftigelse. (Kielhofner 2001:40)

⁸ De første ergoterapeuter opfattede ikke motivation blot som et problem vedrørende, hvordan man skulle engagere patienten i terapeutiske aktiviteter, men også som en nødvendig komponent i helbredelsen. (Kielhofner 2001:38)

Under dette paradigmet fekk ergoterapeutane ei djupare forståing for korleis kroppsstrukturar og –prosessar verka på aktivitetsutføring og funksjon. Ergoterapifaget vart i løpet av denne perioden òg eit meir kjend og akseptert fag i helsesektoren. Men forståinga for aktivitet og den rolla som meningsfull aktivitet spelte i behandlinga, vart endra.

Begrebet ”formål” erstattede begrebet ”mening”. Formål refererede til målrettet aktivitet, men implicerede ikke nogen forpligtelse til at overveje verken den personlige eller den kulturelle relevans ved aktiviteten. Faget var kommet langt fra den oprindelige idé om, at meningen med aktiviteter udsprang af den kendsgerning, at de var en væsentlig del af tilværelsen, og at de repræsenterede en fundamental oplevelse af krop og psyke hos dem, der var engageret i aktiviteterne. (Kielhofner 2001:49)

Denne endringa i korleis ein forsto grunnpilaren innan ergoterapi – aktivitet – førte etter kvart til forvirring og identitetskrise, og fagutøvarane begynte å miste trua på den terapeutiske effekten av å vere i aktivitet (Kielhofner 2001). Utover 1980 talet tok teoretikarar til orde for å finne attende til kva ergoterapi eigentleg var (Ness 2002). Utfordringa for ergoterapifaget var å igjen forankre seg i eit syn på mennesket som i større grad synleggjorde behovet for å vere i aktivitet. Det mekanistiske paradigmet kom til kort til i høve til dette, med sitt sterke fokus på funksjonshemming som eit medisinsk problem. Sjølv om ein innanfor dette paradigmet fekk auka kunnskap om sjukdom og behandlingsstrategiar, vart det tydeleg at ergoterapeutar òg måtte arbeide ut i frå andre perspektiv når dei skulle hjelpe til med at personar kunne meistre kvardagen sin ut i frå dei føresetnadane som dei hadde. Innsikta om at ein sjukdom eller skade ikkje får dei same konsekvensane for alle som vert råka av den, og at behandlinga måtte rettast ikkje berre mot skada, men mot meistringsstrategiar og brukaren si oppleving av situasjonen sin, fekk ikkje nok plass innan det mekanistiske paradigmet. Ein kan skilje mellom to perspektiv å sjå på sjukdommar og skadar på; *disease* og *illness experience*, der *disease* representerer sjølve sjukdommen eller skada som den trer fram i den biologiske kroppen (Mattingly og Fleming 1994). Den same sjukdommen kan likevel resultere i ulike *illness experiences*, eller ulike opplevingar av å vere sjuk eller å få ein skade for ulike personar. Det vert viktig å sjå på både diagnosen eller funksjonshemminga og kva for ei rolle denne spelar i livet til brukaren, for dette må styre kva for intervensjonar ergoterapeutane vel.

For å femne om dette, som vart oppfatta som viktig, men utelate i det mekanistiske paradigmet, er det skjedd ei omfattande teoriutvikling innan ergoterapifaget. Her kan eg kort

nemne Modell for Menneskelig aktivitet (MMA) (Kielhofner 1995), Verksemdsteorien (Fortmeier og Thanning 1994) og Canadian Modell of Occupational Performance (CMOP) (Townsend 1997). Vidare har det blitt utvikla nye vitenskaplege disiplinar som rørslevitenskap og aktivitetsvitenskap, som søker å bringe fram ny kunnskap om samanhengane mellom menneske, aktivitet og omgjevnadane. Forsking omkring tema som er av relevans for ergoterapifaget har eksplodert i omfang. Kunnskapsproduksjonen har vore enorm i ergoterapimålestokk, og det vert spanande å følgje utviklinga vidare.

Mangfaldet av teoriar og diskusjonar innan faget i dag syner at det er ulike perspektiv og meiningar som eksisterer, og ved tusenårsskiftet gav NETF ut eit temanummer som skulle vise status til den nasjonale fagutviklinga (NETF 2003). Temanummeret fekk tittelen ”Kunnskap om aktivitet”, og i leiaren til denne artikkelsamlinga vart fleire framskritt faget har hatt i Noreg trekt fram, men det vart òg retta fokus mot kva punkt ein måtte arbeide meir med:

Likevel står vi overfor store utfordringer i faget og samfunnet som krav til begrunnelse av fagutøvelse og evidensbasert praksis. Ergoterapeuter har lenge basert yrkesutøvelsen på egne erfaringer og skjønn. I stadig større grad vektlegges brukermedvirkning som evidens for ergoterapi, og nå etter hvert evidens fra forskning (Ness/ NETF 2003:2)

Det er uklart for meg om Ness her meiner å sette erfarings- og skjønnbasert ergoterapi opp mot ergoterapi som er brukarstyrt og evidensbasert der det er det sistnemnte som bør vere retningsgivande for ergoterapeutane i deira praksis. Evidensbasert praksis (EBP) er eit omdiskutert emne innan helsefaga (sjå mellom anna Aas 2003 og Ekeli 2002). Det er hevda at å praktisere i høve til EBP vil vera ergoterapeutane sitt mandat for det nye tusenåret (Aas 2003). Hovudfunksjonane til EBP er kunnskapsformidling og kunnskapssøking (ibid), og å minske gapet mellom forskning og praksis ved å jobbe for at vurderingar og handlingar i praksis i større grad skal bygge på sikker kunnskap (Ekeli 2002). Den kunnskapen det her er snakk om er den beste tilgjengelege kunnskapen som er oppdatert, relevant, gyldig og påliteleg. Det å finne, forstå og å bruke denne kunnskapen vert halde fram som dei fremste dugleikane for ein helsearbeidar som arbeider evidensbasert (Aas 2003). Eit argument for å arbeide i tråd med EBP, er at brukarane må vite om tiltaka som ergoterapeutane set i gang har effekt eller ikkje. Eg ser at det er eit press, både innan fagmiljøet og helsevesenet generelt, for å arbeide med implementering av denne forma for praksis. Vidare ser eg òg at det er viktig å tileigne seg kompetanse på å innhente, tolke og anvende forskingsresultat, ikkje

minst for å kunne grunngjeve val ein tek. Likevel har EBP sine avgrensingar, særskilt i høve til kunnskapssynet som ligg til grunn.

Det er hevda at EBP tek utgangspunkt i eit tradisjonelt vestleg omgrep om kva kunnskap er (Ekeli 2002 og Higgs et. al 2004). Vestleg vitskapstradisjon dreier seg i stor grad om å leite etter kunnskap som søker å finne årsaksforklaringar og lovmessigheit. Den vestlege teoretiske kunnskapstradisjonen er mellom anna kjenneteikna av ein dualisme mellom eit forskarsubjekt som observerer, og eit forskingsobjekt som vert observert (Molander 1996). Kunnskap innanfor dette perspektivet er kunnskap om *noko*, som altså ligg utanfor subjektet sjølv. Vidare er det innanfor ein slik kunnskapstradisjon ei tru på at kunnskap kan formulerast utelukkande ved hjelp av ord eller på matematikkens språk (ibid). Ekeli har sett nærare på kunnskapssynet og idealet til forskinga som ligg bak EBP og hevdar mellom anna at:

Selv om medisinen i dag ser helt annerledes ut, er den tro mot vitenskapsidealet fra den gang [1800 talet]. Det er objektiv kunnskap basert på "sikre", hovedsakelig visuelle data som gjelder. Konkrete påvisbare sykdomstegn har forrang framfor pasientens subjektive symptomer. Det festes mer lit til sykdomstegn som produseres i laboratoriet enn til det som oppleves ved sykesengen [...] Det er når det levende, uberegnelige livet kontrolleres, i laboratoriene eller ved hjelp av døden, at man har muligheten til å få fram den "sikreste" kunnskapen om kropp og sykdom. (Ekeli 2002:19)

Den kunnskapen som blir lagt vekt på innan EBP er slik dekontekstualisert og objektiv. På den andre sida er det retta lys mot andre måtar å forstå kunnskap på, som praktisk dugleik som syner seg i handlinga og som har andre artikulasjonsmodi enn den skriftlege (Johannessen 2000). Johannessen skriv mellom anna:

Vår virkelighetskunnskap er ingen rent intellektuell affære. Den kommer like meget til uttrykk i den ikke-språklige delen av vår begrepsbeherskelse. Den uttrykkes altså i den fortrolighet vi utviser i vår omgang med de fenomener det gjelder; i den ferdighet vi legger for dagen i vår håndtering av dem, og i den dømmekraft vi gjør gjeldende overfor dem når vi i konkrete situasjoner velger å betrakte dem som den eller den slags fenomener. (Johannessen 2000:33)

Eg tolkar at det er denne kunnskapsforma som Ness viser til når han skriv "egne erfaringer og skjønn". Eg ser mange fordelar med at ergoterapeutar får auka kompetanse i å tileigne seg og nytte seg av forskning, men samstundes er eg redd for at teoretikarar innan ergoterapifaget kan kome til å kaste ut barnet med badevatnet ved å ikkje anerkjenne den praktiske kunnskapen ergoterapeutar har og treng. Praksis ved formidling av hjelpemiddel dreiar seg

ikkje berre om fysiologi, anatomi, biomekanikk og ergonomi. Praksis er kontekstbunden, individuell og konkret. Formidling av hjelpemiddel i kommunehelsetenesta skjer i møtet med den einskilde brukaren, som er i sin unike livssituasjon med si unike sjukdomsoppleving. For å kunne handle rett, må ergoterapeuten tolke og forstå brukaren ikkje berre ut i frå kva sjukdom eller skade han eller ho har. Bengt Engström, som er ein autoritet på feltet rullestoltilpassing, skriv om utfordringar innan dette området:

Anpassning av rullstolar är en "konst". Konsten består i att tillsammans med användaren analysera och förstå det individuella behovet baserat på funktion, miljö och personliga önskemål. (Engström 1996: 113)

For å illustrere makta det underliggende kunnskapssynet har i høve til å leggje føringar for praksis, vil eg kort presentere to undersøkingar som rettar seg mot dokumentasjonen av ergoterapeutar sitt arbeid med hjelpemiddelformidling: Hedberg- Kristenssen og Iwarsson gjorde ei kvantitativ undersøking av dokumentasjonen kommuneergoterapeutar utførte i høve til formidling av hjelpemiddel som viste at denne er mangelfull og bør betrast (Hedberg-Kristensson og Iwarsson 2003). Forfattarane av artikkelen peiker mellom anna på at dokumentasjon omkring vanskar med aktivitetsutføringa til brukaren berre vart funne i 7% av dokumenta dei studerte, og likeins var det lite informasjon om dei omgjevnadsmessige påverknadane på problem med aktivitetsutføringa (ibid). Dei peikar vidare på at forskning viser at hjelpemiddelformidling ved ergoterapeutar er kritisert av brukarane, mellom anna for å vere tilfeldig (Jelier og Turner Smith 1997 i Hedberg- Kristensson og Iwarsson 2003). Som døme vart det nemnt at dei einskilde ergoterapeutane hadde sine egne tilnærmingar til korleis dei skulle formidle hjelpemiddel. Vidare ytra brukarane behov for betre oppfølging av formidlinga (Suzuki og Lockette 2000 i Hedberg-Kristensson og Iwarsson 2003) . Forfattarane hevdar at dokumentasjonen spelar ei stor rolle i høve til å gje ein innfallsvinkel til å forbetre kvaliteten på praksis (ibid).

Ei anna undersøking omkring dokumentasjonen av ergoterapeutar sin praksis ved hjelpemiddelformidling syner at dokumentasjonen ikkje samsvarer med det arbeidet som ergoterapeuten gjorde i praksis (Pierre og Sonn 1999 og Pierre 2001). Forskarane grunngjev dette med "underground practice", eit omgrep henta frå teorien om klinisk resonnering (Mattingly og Fleming 1994) som refererer til handlingar og refleksjonar som ergoterapeutane ser på som sentrale i arbeidet sitt men ikkje dokumenterer i journalar og rapportar (Pierre og Sonn 1999 og Pierre 2001). Forfattarane av denne artikkelen hevdar at

dokumentasjonsforma som ergoterapeutane opplever som mal for kva som er viktig å dokumentere, er for snever og lite funksjonell i høve til å ”fange” det som går føre seg i praksis og som er av relevans for hjelpemiddelformidlinga (Pierre og Sonn 1999).

Problemet eg ser i høve til den første artikkelen er kunnskapssynet som ligg til grunn. Eg er ueinig i at ein kan setje likskapsteikn mellom dokumentasjonen på arbeidet som er gjort, og det som har gått føre seg i praksis. Krav og forventningar til strømlinjeforma dokumentasjon kan føre til at mykje av det som går føre seg i praksis fell utanfor, i den skriftlege dokumentasjonen. Ein del av den kunnskapen som ergoterapeutar nyttar seg av i arbeidet vert ikkje artikulert presist, og er ikkje grunna i omgrep, men i profesjonell ekspertise, intuisjon og kjensler (Pierre 2001). Det er slik eit skilje mellom det som ergoterapeutane gjer og det som dei dokumenterer skriftleg. For å kunne løfte fram og skildre kunnskapen som kjem til uttrykk i praksis, trengst eit språk og omgrepsapparat som betre kan femne om denne kunnskapen (Pierre 2001). Eg har i denne oppgåva teke utgangspunkt i eit syn på kunnskap som levande kunnskap i handling (Molander 1996). Kunnskap vert i dette perspektivet sett som det som leder oss på beste måten i verda og er handlingsledande og personleg, kontekstuell og konkret (ibid).

Nokre ergoterapeutstudentar i Danmark gjennomførte eit prosjekt under utdanninga si med fokus på bruk av kartleggingsskjema i heimebesøk (Krett, et al 2001). Studentane intervjuar seks erfarne ergoterapeutar om korleis desse gjekk fram ved heimebesøk der tilvisinga omhandla behov for hjelpemiddel. Ergoterapeutane dei intervjuar streka under at kvar brukar var unik, og at samtalen vart lagd opp avhengig av den aktuelle situasjonen. Dei framheva den tillitsfulle og fortrulege samtalen som viktig for å få eit inntrykk av brukaren sin situasjon, funksjonsnivå og mål. Framgangsmåtane informantane nemner, er diffuse for studentane, som sakna ein konkret reiskap til bruk i eit heimebesøk. Studentane peikar på at dersom terapeuten skal ha i hovudet oversikta over alt som ho vil ha ut av heimebesøket, vil det vere ein risiko for at ho kan kome til å gløyme faktorar i kartlegginga, noko som igjen vil få konsekvensar for brukaren (ibid). Dei trekk her fram to moment ved praksis ved formidling av hjelpemiddel som eg tykkjer det er verd å sjå nærare på.

- Det første handlar om at dei gjev uttrykk for at praksis kan bli dårlegare ved at ergoterapeutane baserer seg på eigne erfaringar og skjønn i sitt arbeid.
- Det andre momentet som studentane legg vekt på, dreier seg om at kunnskapsoverføringa til dei nye ergoterapeutane kan bli skadelidande dersom

kunnskapen til dei erfarne ergoterapeutane ikkje vert artikulert. Dette poenget kjenner eg meg godt igjen i. Eg hugsar godt frustrasjonen då eg som ergoterapeutstudent ikkje kunne få klare svar på kvifor praksisrettleiaren gjorde dette og hint, men fekk dulde svar om ”taus kunnskap”, ”vegen vert til mens du går” og å ”sjå situasjonar og personar an”.

Klinisk ekspertise er ikkje eit endepunkt, men ei reise (Higgs et al. 2004). Kunnskapen utviklar seg gjennom erfaring og refleksjon. Å klargjere premissane for korleis den praktiske kunnskapen utviklar seg er viktig i høve til å synleggjere, kritisere og utvikle denne kunnskapen vidare. Det er ikkje all praksis som er god, og mykje dårleg og ureflektert praksis kan skjule seg under dekke av å vere ”taus”. Praktikarar må kunne svare på kvifor dei gjer det dei gjer, men då må det vere rom og omgrepsapparat som legg til rette for dette. Utfordringane ergoterapeutane møter i praksisfeltet krev vidare at dei kan orientere seg i ein problematisk situasjon, og tenkje omkring problemkomplekset frå ulike perspektiv. Teorien om klinisk resonnering, slik den vert framstilt av Mattingly og Fleming (1994), er eit døme på å synleggjere denne orienterings- og problemløysingsprosessen. Teorien inneber òg eit omgrepsapparat som kan hjelpe til med å synleggjere dei kunnskapane som ergoterapeutane nyttar seg av i praksis. Dette kan difor vere ein fruktbar teori i høve til å forstå ergoterapeutar sin måte å arbeide på.

3.1 Klinisk resonnering – korleis tenkjer ergoterapeutar i praksis?

Mattingly og Fleming si forståing av klinisk resonnering innan ergoterapi er grunna i eit større forskingsprosjekt med fokus på utøvinga av ergoterapifaget innan rehabilitering (Mattingly og Fleming 1994). I arbeidet med prosjektet vart forskarane merksame på de tause dimensjonane ved arbeidet ergoterapeutane som var informantar i studien utførte, og eit mål med studien vart å utforske desse dimensjonane nærare og å prøve å setje ord på dei (ibid). Å setje ord på kunnskapane som kjem til uttrykk i praksis er vanskeleg, mellom anna av di praksis kan sjå tilforlateleg ut, men kunnskapane som ligg bak praksis kan vere kompliserte. Forskarane oppdaga at ergoterapeutane dei studerte alltid gjorde fleire ting på ein gong, og at dei hadde fleire grunnar for å gjere det dei gjorde (ibid). Dette førte til at forskarane såg på klinisk resonnering som noko mykje meir enn å identifisere problem i praksis og bruke teori for å finne ei løysing på dette. Klinisk resonnering dreier seg i større grad om å observere og fortolke ulike faktorar i problemkomplekset, generering og integrering av ulike praktiske

hypotesar og å velje ulike handlingsalternativ for å meistre denne unike problemsituasjonen på best mogleg måte (ibid).

Mattingly og Fleming hevdar at klinikaren har tre ulike innfallsvinklar, eller **tankespor** (Ness 1994), til arbeidet med brukaren. Kwart tankespor er tenkt å skulle ivareta ulike aspekt ved brukaren sin situasjon, og vert kalla *procedural reasoning*, *interactive reasoning* og *conditional reasoning* på originalspråket (Mattingly og Fleming 1994). På norsk er omgrepa oversett til prosedyresporet, samhandlingssporet og situasjonssporet (Ness 1994). Det er diskusjonar innan faget om dette er den beste måten å organisere den kliniske resonneringa på, og andre teoretikarar har foreslått andre inndelingar og innfallsvinklar til å forstå fenomenet (sjå mellom anna Unsworth 2004 for ei kort oversikt). Eg kjem til å halde meg til Mattingly og Fleming si forståing (Mattingly og Fleming 1994), då denne er godt skildra og gjev ei god inndeling i høve til å synleggjere ulike perspektiv ergoterapeuten nyttar seg av i sitt arbeid. Vidare bygger den på eit grundig feltarbeid og legg vekt på gode og fyldige skildringar av ergoterapeutane sine refleksjonar og erfaringar.

Prosedyrsporet er ein resonneringsstrategi som liknar på den hypotetiske resonneringa som vert brukt i medisinsk problemløysningslitteratur (Mattingly og Fleming 1994). Dette tankesporet representerer ergoterapeuten si resonnering når ho arbeider med å identifisere og formulere brukaren sine problem ut i frå eit biomedisinsk synspunkt, Denne resonneringa dreier seg om prosessen med å finne dei rette strategiar, målsettingar og framgangsmåtar for å avhjelpe det aktuelle problemet. Fokuset i dette tankesporet er retta mot den aktuelle funksjonshemminga eller skaden som brukaren har, og generalisert kunnskap om kropp vert brukt for å danne hypotesar om kva problemet kan vere. Prosedyreresonnering er den typen resonnering som ergoterapeutane nyttar seg av når dei skal identifisere brukarane sine funksjonelle problem, og når dei skal velje dei prosedyrane som kan brukast for å redusere effekten av desse problema. Problemområdet her er den fysiske kroppen.

Ergoterapeutar brukar i følge Mattingly og Fleming ein "fire-fasestrategi" når dei skal løyse problem (ibid). Denne prosessen omhandlar å samle data/ informasjon og ut i frå desse dannar ho hypotesar om kva problemet kan vere. Ei utfordring her er å ha evner og erfaring til å kunne skilje mellom kva som er relevant informasjon, og kva som ikkje er det. Deretter ser ho den informasjonen som ho samla tidlegare i lys av hypotesane for å sjekke om hypotesane kan stemme eller om dei er falske. Til slutt evaluerast hypotesen i høve til kor

sannsynleg den er. Å generere hypotesar om årsaka og naturen av aspekt ved personen sitt problem er viktig for å få ei forståing av problemet. Mattingly og Fleming registrerte i sitt arbeid at nyutdanna terapeutar lærte at å tenke omkring problemet var viktigare enn å vite kva det var (ibid). I arbeidet var det vanleg å danne seg fleire hypotesar, og å bruke desse som utgangspunkt for å samle meir data som kunne hjelpe til med å forkaste eller styrke desse.

Samhandlingssporet representerer resonneringar som ergoterapeuten gjer omkring samarbeidet med brukaren. Ergoterapi krev at brukaren forpliktar seg til å ta ei aktiv rolle i behandlinga, og at brukaren vert ein deltakar i intervensjonen. Brukaren sin motivasjon er svært viktig for at tiltaka skal ha nokon effekt. Det er brukaren som skal bruke hjelpemiddelet, og for at han skal velje å gjere dette (i dei tilfella når han har moglegheit til å velje) må han vere motivert. Motivasjon heng saman med å sjå det meiningsfulle i det ein gjer; om det er å utføre ein aktivitet eller søkje om og bruke eit hjelpemiddel. For at ergoterapeuten skal kunne motivere brukaren, må ho ha innsikt i kva som er meiningsfullt for han og vite noko om korleis han forstår sin situasjon. Me har sett at brukarane sine personlege oppfatningar og haldningar til hjelpemiddel påverkar bruken av desse, difor er det viktig at ergoterapeuten har gjort seg tankar om kva symbolsk mening hjelpemiddelet kan ha for brukaren. Resonnering innanfor samhandlingssporet kan òg omfatte samarbeid med viktige andre personar i brukaren sitt liv.

Ergoterapeuten kan oppmuntre til auka samarbeid med brukaren ved å gi valmoglegheiter. Ho kan òg individualisere behandlinga, ved å ta utgangspunkt i aktivitetar som er meiningsfulle for brukaren i val av terapiopplegg i staden for å bruke eit standard treningsprogram. Ho kan òg legge til rette for at brukaren får positive opplevingar og meistringskjensle. Det er vanskeleg å finne akkurat kor mykje du kan "presse" brukaren slik at han ikkje mister motivasjonen. Dette må vurderast i kvart enkelt tilfelle, og i kvar situasjon, ei vurdering som krev resonnering innanfor alle tankespora. Ergoterapeuten kan òg gå utanfor si rolle som ergoterapeut ved å gjere brukaren personlege tenester for å styrke banda mellom seg og brukaren. Ei meir vanleg og "akseptert" form er utveksling av personlege forteljingar for å styrke personlege band og skape ein god relasjon til brukaren. Å trekkje inn brukaren i ei felles problemløysing, er òg ein måte å styrke relasjonane på. Konkrete aktivitetsproblem treng ikkje seie så mykje om korleis brukaren opplever tilstanden sin, og kva ressursar og avgrensingar som er unike for denne brukaren, og som påverkar

rehabiliteringa/ samarbeidet med ergoterapeuten. Det er difor viktig at ergoterapeuten har evner til å bli kjend med brukaren og situasjonen han er i.

Situasjonssporet i ergoterapeuten si tenking i praksis rettar seg mot meiningsdimensjonane i brukaren sitt liv. Mattingly og Fleming fann denne forma for resonnering blant erfarne ergoterapeutar som ikkje berre var interessert i brukaren sin medisinske funksjon og behandlingsprosedyrane som skulle brukast, men som òg var interessert i brukaren som person. Resonnering i situasjonssporet inneber å reflektere omkring behandlinga eller intervensjonen både ut i frå prosedyresporet og samhandlingssporet og å prøve å kombinere desse to (ibid).

Dette sporet vert kalla *Conditional reasoning* på originalspråket, og dette vert på mange måtar eit meir presist omgrep enn det norske. På engelsk har dette omgrepet, *condition*, tre tydingar som kan vere oppklarande i høve til å forstå kva resonneringa dreier seg om:

- Ergoterapeuten tenkjer på heile situasjonen til brukaren (*the whole condition*). Situasjonen her vert forstått som brukaren sin situasjon i eit breitt tidsperspektiv; fortid og notid, og femner òg om den personlege, sosiale og kulturelle konteksten. Ergoterapeuten er oppteken av korleis denne personen var før skaden/ sjukdommen og kva som er meiningsfullt for nettopp denne brukaren. Ho er òg oppteken av korleis brukaren forstår seg sjølv og andre i si fysiske og sosiale verd. Det ligg sjølvstyk ei naturleg avgrensing i dette, ved at full forståing for heile situasjonen til brukaren aldri kan nåast; til det er verkelegheita for kompleks. Vidare er det mykje som ikkje er naudsynt eller ein gong rett å vite noko om. "Heile situasjonen" som omgrep i denne samanhengen må difor forståast med dette atterhaldet.
- Ergoterapeuten resonnerer omkring korleis situasjonen vil kunne endre seg (*how the condition can change*) til det betre, og slik sjå føre seg eit mål som er mogleg å arbeide mot. Dette krev ein kreativ ergoterapeut som kan kombinere kunnskap om både sjukdom og korleis brukaren opplever situasjonen sin med tankar om kva som kan vere mogleg å oppnå for denne brukaren, med sine ressursar og avgrensingar.
- Brukaren si aktive deltaking i arbeidet mot dette målet har avgjerande innverknad i høve til om målet vert nådd (suksess er *conditioned upon*/ bunden av eller knytt til brukaren si deltaking). For å kunne motivere brukaren må ho vite noko om kva som gjev mening for brukaren, og ergoterapeuten må her kunne bruke sine

samhandlingsdugleikar både til å få kunnskap om dette, og å kunne motivere brukaren til å sjå føre seg – og arbeide for å verkeleggjere – ei betre framtid.

Med denne forma for resonnering, ønskjer Mattingly og Fleming å få fram dei tankeprosessane som er involvert når ergoterapeuten søker å forstå ”heile” personen som dei har framfor seg, ut i frå korleis dei tenkjer seg at brukaren opplever sin situasjon, og den meininga som sjukdommen eller skaden har for denne brukaren, i den konteksten brukaren lev livet sitt (Mattingly og Fleming 1994). Resonnering innanfor situasjonssporet kan illustrerast ved uttrykka *treating the whole person* og *putting it all together* (ibid). Det første uttrykket legg vekt på at ergoterapeuten sitt fokus ikkje må vere avgrense til det fysiske problemet, eller dei mest snevre omgjevnadane, men òg omfatte å bli kjend med brukaren som person, med mange fasettar, interesser og bekymringar (ibid). *Putting it all together* er meint å illustrere at ergoterapeutane har ei overordna målsetting om å bruke så mange strategiar som mogleg for å forbetre personen si individuelle funksjonelle utføring (ibid). Sidan funksjonell utføring krev at individet er engasjert i utføringa med fysisk handling og at han ser meining i handlinga, er det ikkje til å undre seg over at ergoterapeutar som er opptekne av å fremme funksjon må rette seg mot problem ved korleis individet forstår seg sjølv og framtida, den fysiske kroppen, og meinings-, sosial- og kulturelle kontekstar, kontekstar der handling skjer og meining vert skapa (ibid).

3.2 Kunnskap i handling

I arbeidet med materialet eg hadde samla inn i dette prosjektet, vart det klart at det var element av informantane mine si situasjonsforståing og bruk av kunnskapar og resonneringar i handling som ikkje kunne forståast fullt ut ved å bruke teorien om klinisk resonnering. For å kunne gjere godt greie for den resonneringa som ergoterapeutane nytta seg av i dei konkrete kartleggingssituasjonane, fekk eg difor behov for å supplere teorigrunnlaget mitt med Molander sin teori om kunnskap i handling. Eg vil her konsentrere meg om den heilskapelege karakteren til kunnskap i handling, og eit omgrep om orientering, slik det kjem fram hos Molander.

Eit utvida omgrep om kunnskap (utvida, sett ut i frå det tradisjonelle vestlege synet på kunnskap) er at dette er noko som ledar oss på beste måten i verda (Molander 1996). Me må kunne orientere oss i høve til kvar vi er, og kvar vi skal. Å finne svar på kva som vil vere det

beste å gjere i ein situasjon er eit kunnskapsområde (ibid). Orientering dreier seg i dette høvet om å ha eit overblikk over eit større område, og å kunne gjere ei vurdering i høve til kva som vil vere det beste å gjere, ut i frå den kunnskapen ein har, og ut i frå den situasjonen ein er i. ”Det beste” er eit svevande og abstrakt omgrep, og dessutan kan ein heller ikkje i alle tilfelle vite heilt sikkert kva som vil vere det beste å gjere i ein kvar samanheng. Dette krev at ein har oversikt over alle moglege konsekvensar av alle moglege valmoglegheiter i ein kvar situasjon, noko som er temmeleg urealistisk. Mesteparten av tida kan me berre tenkje omkring kva som vil vere betre eller verre enn noko anna. For å kunne reflektere over dette og å ta eit standpunkt i høve til kva ein bør gjere i ein gitt situasjon, må ein tenkje ut i frå ein større heilskap enn den aktuelle situasjonen. Kunnskap i handling krev merksemd i kvar del, men likevel òg forståing av heilskapen. Heilskap kan her tyde både heile verksemda og yrkesetikken til fagutøvaren, men òg den aktuelle behandlingssituasjonen eller formidlingsprosessen, eller akkurat denne kartleggingssituasjonen. I praksis fins det fleire heilskapar som fagutøvaren må ta omsyn til. Eit overblikk over fleire slike heilskapar gjev mening til eit kompleks område slik at me kan vurdere kva som er viktig og kva som er mindre viktig.

Mycket tänkande och forskning om kunskap i yrkeslivet tenderar att se arbetet som sammansatt av mindre delar. Det är ett objektiviserande och kanske till och med atomiserande angreppssätt. Det fångar inte handlingens helhetskaraktär, ty den får man inte genom att lägga i hop delarna. Handlingens innebörd bestäms av helheten. Vilken helhet, kan man fråga sig. Kan man inte tänka sig mer och mer omfattande helheter utan gräns? (Molander 1996: 114).

Molander tek utgangspunkt i eit døme om Gösta, ein dyktig båtbyggjar, for å skildre kva han meiner med dette (ibid). Gösta har eit bilete av båten i hovudet før han tek til med bygginga, og dugleiken til Gösta skuldast til ein stor grad at han let forståinga av dette biletet; eller denne heilskapen, lede han i bygginga av båten. Det går ikkje an å isolere eit av arbeidsmomenta Gösta gjer og ikkje erkjenne at det er sett inn i ein større samanheng. For å forstå dugleikane til Gösta, er det naudsynt med ei innsikt om at denne forma for dugleik krev merksemd i kvar del, eller arbeidsmoment, i tillegg til ei forståing av heilskapen som arbeidsmomentet er ein del av. Kunnskap er ei form for merksemd, det er ei merksemd som har både eit sikte og ein fast grunn i den heilskapen som karakteriserar ei handling og ein handlingssamanheng (Molander, 1996). Å tenkje i heilskapar er ein viktig del av handlinga si heilskapskarakter. Det krev tid, erfaring og refleksjon å byggje opp eit slikt mentalt bilete av ein heilskap som kan lede ein i arbeidet. Me treng, i følge Molander, gestaltningar (gestalting

kan forståast som samordna heilskap (Rommetveit 1993)) for å forstå heilskapar, og altså for å forstå handlingar (Molander 1996: 117).

*Levande kunskap är alltid insatt i ett större sammanhang av frågor och svar, uppgifter och fullgöranden. Kunskap i handling kräver helhetsförståelse, eller rättare sagt **helhetsförståelser** eftersom det alltid finns flera helheter. Det som krävs är inte avbildningar utan bilder som "öppnar ett landskap", det vill säga gör att man kan **orientera sig och ta sig fram** på ett bra sätt. Det krävs överblick och känsla för väsentligheter. För detta behöver vi **gestaltningar av olika slag.** (Molander 1996:164)*

Å løyse eit problem, og å orientere seg i praksis, gjev ergoterapeuten særskilte utfordringar. Molander seier at mange praktiske verksemder rettar seg mot problematiske situasjonar, der oppgåvene ikkje er eksplisitte. Yrkesutøveren må her orientere seg i og handtere problematiske situasjonar. Han nyttar omgrepet *problemgrundning* for å skildre prosessen med å skape eit utgangspunkt for å kunne formulere eit problem som lettare kan handterast (Molander 1996). Denne prosessen inneber at yrkesutøveren kan setje ord på og sjå situasjonen innanfor ei ramme som gjev mening og gjer det mogleg å stille spørsmål som kan svarast på. Eg forstår dette som eit perspektiv som gjer situasjonen forståeleg i høve til det faglege perspektivet yrkesutøveren har. Situasjonen vert sett inn i ein kontekst der dei fenomen som er naudsynnte å rette merksemd mot og formulere spørsmål om, kan tre fram (Molander 1996).

*Insikten om att situationer **ges** mening och att problem **skapas**, att de inte är givna av sig själva, är viktig, liksom insikten att meningsgivande och problemskapande är ett **kunskapsområde.** (Molander 1996: 135)*

Med omgrepet *kunskap-i-handling*, søker Molander å forklare og forstå den praktiske kunnskapen som kjem til uttrykk i fagutøveren sine handlingar og val. Karakteriserande for kunnskap i handling, er fagutøveren si veksling innanfor fire spenningsfelt (Molander 1996). Desse spenningane går mellom del og heilskap, som eg har vore inne på tidlegare, mellom handling og refleksjon, mellom nærleik eller innleving og distanse og mellom tillit og kritikk. Spenninga mellom handling og refleksjon, rettar seg mot at fagutøveren både må handle og reflektere over kvifor ho gjer det ho gjer. Molander ser eit skilje mellom dette, og hevdar at refleksjon krev eit fråver av "omedelbart handlingstryck" (Molander 1996: 262). Han hevdar vidare at vekslinga mellom å gå heilt opp i handlinga og refleksjon er naudsynt for kunnskap i handling. Spenninga mellom innleving og distanse, rettar seg mot at fagutøveren både må leve seg inn i, og tileigne seg ei forståing for den aktuelle situasjonen ho er i, ut i frå den

kunnskapen ho har, samstundes som ho må ha ein avstand for å kunne ta inn over seg og vere open for andre perspektiv, til dømes brukaren sitt, som kan vere viktige for å gjere eit best mogleg arbeid. Vidare må fagutøvaren veksle mellom å stole på, og ha tillit til eigne kunnskapar i avgjersler ho må ta, og å kunne ta eit kritisk standpunkt til eigne kunnskapar og avgjersler.

*Det är rörelsen och spänningen mellan bekräftelse, och därmed **tillit**, och omprövning, och därmed ett **kritiskt** förhållningssätt, som leder till kunskap. Om kritiken tar över helt kan spänningen leda till splittring och förtingsligande, då sker heller ingen kunskapsbildning. Kritik utan tillit förtär både personer och kunskap (Molander 1996: 261).*

I dette kapittelet har eg nærma meg ei forståing av ergoterapifaget og kome inn på ulike måtar å forstå kunnskap på. På den eine sida kan praksis sjåast som bruk av den beste tilgjengelege forskinga på feltet, og samsvarande med dokumentasjon av kva ergoterapeuten har gjort i ei sak. På den andre sida er det teke til orde for ein annan måte å forstå praksis på; som i større grad nedfelt i handlingane og refleksjonane som ergoterapeuten gjer, og som ikkje nødvendigvis vert artikulert i den skriftlege dokumentasjonen av ergoterapeutane sitt arbeid.

Eit døme på denne siste måten å forstå praksis på er teorien om klinisk resonnering, som eg har nytta meg av i arbeidet med denne oppgåva. Vidare er eit omgrep om kunnskap i handling, forstått som den levande kunnskapen som kjem til uttrykk i fagutøvarane sine handlingar og samspelet mellom aktørane, utfyllande i høve til å gje nokre reiskapar som eg kan bruke for å tileigne meg, og formidle vidare, ei forståing av det som skjer mellom brukar og ergoterapeut i kartleggingssituasjonen.

4.0 Metode

Eg ønskjer i dette prosjektet å rette eit blick mot ergoterapeuten sitt arbeid med hjelpemiddelformidling, og då med vekt på korleis fagutøvaren resonnerer og kva for nokre kunnskapar ho brukar i praksissituasjonen. Ei av utfordringane som eg møtte i høve til dette, var at hjelpemiddelformidling ikkje er ein konkret og avgrensa situasjon, men ein komplisert prosess med mange ulike fasar som kan strekkje seg over svært lang tid. Eg har valt å fokusere på kartlegginga, av di dette er den mest sentrale enkeltkomponenten i formidlingsprosessen, og i tillegg kan den manifestera seg i ei konkret hending som eg kan studere.

Problemformuleringa eg har valt å arbeide med i denne oppgåva handlar om korleis kartleggingssituasjonen ved kommuneergoterapeutane si formidling av hjelpemiddel går føre seg, og korleis kommuneergoterapeuten resonnerer i denne situasjonen. Eg har valt kommuneergoterapeutar som informantar av di det er kommunane som har hovudansvaret for alle ledd i hjelpemiddelformidlinga (Rikstrygdeverket 2001) og av di ergoterapeutane er ei sentral faggruppe ved formidling av hjelpemiddel. Eit hjelpemiddel vert av folketrygda definert som *en gjenstand eller et tiltak som bidrar til å redusere funksjonshemmedes praktiske problemer* (Rikstrygdeverket 1999:3). Døme på hjelpemiddel kan difor vere tekniske hjelpemiddel som ein strømpepåtremkjar, tolkehjelp for døve og tilrettelegging av bustaden mellom anna ved installering av elektrisk dørøpnar og heis. I alle høva vil ein gå gjennom ein formidlingsprosess, men omfanget og varigheita vil variere. Eg har valt å avgrense meg til å sjå på formidling av eit konkret hjelpemiddel; rullestol. Dette er eit hjelpemiddel som kommuneergoterapeutane har kjennskap til, i tillegg til at det er eit hjelpemiddel som er viktig for brukaren. Formidling av rullestol er ei kompleks oppgåve som krev mykje av ergoterapeuten sine kunnskapar og dugleikar, og som òg krev ei grundig kartlegging.

Eg starta arbeidet med dette temaet om ergoterapeuten sitt arbeid innan hjelpemiddelformidling med ei undring omkring kva det var som gjorde at eg tenkte på hjelpemiddelformidling som ein komplisert prosess, og kvifor det var så vanskeleg å artikulere ovanfor samarbeidspartnarar kva denne kompleksiteten gjekk ut på. Eg grunna mykje på dette, og kom etter kvart fram til fleire områder som eg måtte rette fokus mot for å nærme meg ei forståing av kompleksiteten innan feltet. Ut i frå dette, formulerte eg nokre

forskingsspørsmål som reiskap for å rette merksemda mi mot det eg oppfatta som sentrale moment innan dette temaet. Desse er referert nedanfor:

- Korleis går kartleggingssituasjonen føre seg? Kva er det som skjer, og kvifor gjer ergoterapeutane det dei gjer?
- (Korleis) vert samarbeidet mellom brukar og ergoterapeuten etablert og utvikla i situasjonen?
- Kva for nokre tankeprosessar ligg bak formidlinga av ein rullestol? Kva for nokre faktorar ser ergoterapeuten som dei viktigaste å få kartlagt ved formidling av rullestol? Kva for nokre kunnskapar og dugleikar brukar ho i kartlegginga? Kva tenkjer ergoterapeuten om kartlegging og hjelpemiddelformidling?
- Kva tenkjer ergoterapeuten om brukaren sin situasjon og korleis påverkar dette samarbeidet/ samhandlinga med brukaren?

Eg er altså interessert i å sjå på både dei synlege faktorane ved kartlegginga; handlingane som faktisk skjer i kartleggingssituasjonen, og å rette blikket mot faktorar ved kartlegginga som kan vere mindre synlege, som tankar og refleksjonar som kan ligge til grunn for dei vala som fagpersonen gjer. Dette krev at eg tek i bruk fleire metodar for å få svar på forskingsspørsmåla mine, og det vart klart at både observasjon av kartleggingssituasjonar og intervju av fagutøvarar var naudsynt om eg skulle få eit materiale som eg kunne svare på forskingsspørsmåla mine gjennom. Då eg er interessert i å forstå verksemda frå ergoterapeuten sitt perspektiv, vart det klart for meg at eg måtte nytta meg av kvalitativt orienterte metodar. Kvalitativ forskning søkjer å oppnå ei forståing av sosiale fenomen og rettar seg mot meiningsdimensjonar og prosessar ved sosiale relasjonar (Thagaard 1998). Ein sentral føresetnad innan kvalitativ forskning, er erkjenninga om at forskaren ser seg sjølv som forskingsinstrument. I dette prosjektet er det eg sjølv som har henta inn det materialet som eg legg til grunn for analysen, og i denne prosessen ser eg at rollane mine som forskar, som ergoterapeut og som student har påverka innsamlinga og handsaminga av materialet, noko eg vil kome nærare attende til seinare.

4.1 Val av metode

Eg har avgrensa mitt fokus til kartleggingsfasen i formidlingsprosessen. Denne fasen vert òg kalla "utredning av totalsituasjonen" (Rikstrygdeverket 2003) og omfattar innsamling av den

informasjonen om brukaren og situasjonen hans som er viktig for å finne fram til det rette tiltaket. Som tidlegare nemnt kan kartleggingsfasen ikkje isolerast til ein konkret situasjon, men utviklar seg gjennom heile formidlingsprosessen i samspelet mellom brukar og ergoterapeut. For å få mest mogleg informasjon om kartleggingsprosessen, ville det difor ha vore mest formålsteneleg for meg å gjennomført eit lengre feltarbeid. Dette har ikkje vore praktisk mogleg å gjennomføre ut i frå rammene som er gjeve i eit mastergradsprosjekt, og eg har difor valt å fokusere på enkeltobservasjonar av aktuelle kartleggingssituasjonar. Sjølv om dei konkrete situasjonane ikkje vil kunne gje uttømmende data om kartleggingsprosessen, vil eg likevel få informasjon om samspelet mellom kommuneergoterapeut og brukar, og om korleis kartleggingssituasjonane går føre seg. Dette vil gje meg eit godt nok utgangspunkt til å kunne reflektere omkring den første delen av problemstillinga mi.

Eg er likevel òg interessert i å forstå korleis ergoterapeutane resonnerer og reflekterer i situasjonen, og det kan eg ikkje finne ut av ved å observere dei i handling. Molander trekk fram at både handling og refleksjon er naudsynt i kunnskap i handling (Molander 1996). Sjølv om ergoterapeuten viser sin kunnskap i handling, har òg denne kunnskapen ei "taus" side, som refleksjonane som ligg til grunn for dei vala ho gjer, og som gjerne ikkje kjem til uttrykk i journalane og annan dokumentasjon (Pierre og Sonn 1999). I følgje Molander utgjer ikkje ei handling kunnskap i handling, før oppgåva som handlinga er tenkt å skulle bidra til å løyse, er forstått, og handlinga vert sett som eit forsøk på å løyse oppgåva (Molander 1996). For å kunne studere korleis ergoterapeuten brukar sine kunnskapar i situasjonen, og kunne seie noko om korleis ho resonnerer, er det difor naudsynt å snakke med henne om korleis ho forstår arbeidsfeltet og den konkrete situasjonen. For å kunne svare på problemstillinga, var det difor naturleg for meg å intervjuere ergoterapeuten i etterkant av kartleggingsobservasjonane.

Det er hevda at intervju i kvalitativ forskning inneber å prøve å forstå verda frå informantane si side, å få fram informantane sine erfaringar og å avdekke deira oppleving av verda (Kvale 2001). Eit intervju skil seg frå vanleg samtale ved at intervjuet er ein asymmetrisk situasjon der eg som forskar definerer kva som er temaet for samtalen. Denne asymmetrien har det på den andre sida blitt stilt spørjeteikn ved, der argumentasjonen har retta seg mot at asymmetri i intervjusituasjonar kan vere resultat av asymmetri mellom ulike sosiale rollar (Kaarhus 1999). I mitt prosjekt vil det dermed ikkje vere heilt avklara kven som har den største sosiale makta, i og med min posisjon som ung, relativt uerfaren (i høve til mine informantar) student,

sjølv om det er eg som definerer temaet for samtalen. Det er hevda at det i kvalitative forskingsintervju er to plan; samspelet mellom informant og intervjuar, og temaet som vert diskutert. Kvale seier om det særleine med det kvalitative intervjuet at:

Det er et vekselspill mellom de som vet og det som vites, mellom de som konstruerer kunnskap og kunnskapen som blir konstruert. [...] Det er den menneskelige interaksjonen i intervjuet som produserer vitenskapelig kunnskap. (Kvale 2001: 28)

Det relasjonelle aspektet ved kvalitative intervju står sentralt. Forskar og informant påverkar kvarandre og skapar data saman. Dette krev at eg gjer greie for mitt forhold til informantane, og omstenda i intervjusituasjonen, noko eg vil kome attende til seinare i denne metoddelen.

4.2 Gjennomføring av prosjektet

4.2.1 Utval

Eg stilte ikkje nokon krav til val av kommuneergoterapeut i form av erfaring og vidareutdanning. Vidare stilte eg ikkje nokon ekskluderande krav til brukargruppa bortsett frå at dei skulle vere vaksne (over 18 år) og i stand til å gje informert samtykke til deltaking i prosjektet. Eg sette heller ikkje nokon avgrensingar i høve til kvar kartlegginga skulle gå føre seg, eller kva for ein type rullestol som var tenkt å skulle formidlast. Desse vala har eg gjort av di eg har ein tanke om at det er noko felles ved ergoterapeutar sin måte å arbeide med hjelpemiddelformidling på, uavhengig av brukargruppe og problematikk. Alle kartleggingssituasjonar vil vere unike, for både brukar og fagperson er unike og ergoterapeuten må difor strukturere situasjonen i høve til brukaren og situasjonen sine krav og føresetnader. Det er dette som er det utfordrande med hjelpemiddelformidling, slik eg har erfart det. Ein kan ikkje sjå føre seg korleis situasjonane vil vere og utvikle seg, og det er evna til å vere fleksibel og å orientere seg i ein slik situasjon som eg ønskjer å sette fokus på og reflektere rundt. Kjenneteikna ved ein kartleggingssituasjon varierer, og det er difor lite formålsteneleg å finne ein typisk situasjon – typiske situasjonar, i høve til det som har noko å seie for utvalet å gjere, finnest ikkje, for aktørane og deira livssituasjon er forskjellige. Praktikaren si kliniske resonnering utviklar seg gjennom erfaring og refleksjon (Mattingly og Fleming 1994), og i ei studie som rettar seg mot å sjå på skilnadane mellom noviser og ekspertar av ergoterapeutar som arbeider i kommunehelsetenesta kjem det mellom anna fram at ekspertar i større grad var i stand til å kombinere dei tre tankespora i praksis (Mitchell og Unsworth 2005). Men uavhengig av arbeidserfaringa ho har, må ergoterapeuten takle

praksissituasjonen ho er i. Alle moglege informantar i denne studien er personar som i kraft av si utdanning og stillingsinstruks skal vere i stand til å formidle hjelpemiddel og eg reknar det difor som sannsynleg at eg vil få data i høve til korleis ergoterapeutar resonnerer, og få eit bilete av korleis kartlegging ved formidling av hjelpemiddel fungerer, uavhengig av varigheita på informantane si ansiennitet.

For å skaffe informantar til mitt prosjekt, skaffa eg meg oversikt over kva for nokre kommunar i eit fylke som hadde kommuneergoterapeutar som arbeidde med hjelpemiddelformidling. Eg valte så ut tre av desse som fekk tilsendt førespurnadar (vedlegg 5). Grunna vanskar med tilgang til feltet (som eg kjem nærare attende til seinare), sendte eg etter kvart ut førespurnader til fleire kommunar (fem i alt) og eg enda til slutt opp med tre observasjonar og tre intervju.

Eg sendte førespurnad om deltaking til den personen som sto som kommuneergoterapeuten sin næraste overordna. Dei ulike kommunane hadde organisert seg på ulike måtar, så kva stilling denne personen hadde, varierte mellom einingsleiar og sjefsfysioterapeut. Eg ringte den overordna først for å melde at eg ville sende ein førespurnad om deltaking. Saman med denne førespurnaden la eg ved eit skriv der eg spurte om dei kunne sende den vidare til rette vedkommande (vedlegg 4). Eg tok ikkje direkte kontakt med kommuneergoterapeutane sjølv av di eg ville at deltaking i prosjektet skulle vere klarert med den overordna. Dersom eg hadde teke direkte kontakt med aktuelle informantar, ser eg føre meg at informantane hadde følt seg pressa til å delta i prosjektet, og dette hadde då kome i konflikt med kravet til friviljug deltaking. Nokon av kommunane eg tok kontakt med hadde fleire kommuneergoterapeutar, og valet av kven som skulle få førespurnaden vart teken av ergoterapeuten sin næraste overordna. Kommuneergoterapeutane som takka ja til å delta i mitt prosjekt tok hand om dei naudsynte praktiske førebuingane til observasjonen og intervjuet.

4.2.2 Tilgang til feltet

Til trass for telefonisk kontakt på førehand, og oppfølging av førespurnadane etter eg hadde sendt dei ut, tok det lang tid før eg fekk gjort konkrete avtalar om datainnsamling. Det gjekk tre månader frå eg sendte førespurnadane til eg fekk gjennomført den første observasjonen, noko som har vore hemmande for progresjonen i prosjektet. Grunnane til at det har vist seg å vere vanskeleg å få tilgang til feltet kan vere mange, og eg har tenkt på tre faktorar som kan

ha vore utslagsgjevande i mitt tilfelle. For det første erfarte eg at førespurnader av denne typen bør haldast ”varme” slik at dei ikkje forsvinn i den enorme bunka av papir som ikkje er merka ”hastar”. I etterpåklokskapens lys ser eg at eg kunne ha vore meir aggressiv i oppfølginga av førespurnadane enn det eg var. Grunnar til forseinkingane som vart oppgitt av leiarane når eg purra, var at ergoterapeutar hadde slutta i stillinga i mellomtida, eller at dei likevel ikkje hadde kapasitet til å delta. Då eg til slutt fekk kontakt med dei aktuelle informantane, kunne det ta lang tid før dei fekk ei sak som var aktuell for meg å observere.

Ein annan grunn til at eg fekk vanskar med å skaffe konkrete avtalar, kan vere praktiske årsaker knytt til fokuset for prosjektet. Det at eg ville vere til stades i kartleggingssituasjon kravde at ergoterapeuten hadde ein sak på gang i høve til formidling av rullestol. Den aktuelle brukaren måtte vere i stand til å gje sitt informerte samtykke og han måtte òg samtykke til at det var i orden at eg var til stades i situasjonen. Dersom eg hadde avgrensa datainnsamlinga til å berre omhandla intervju av kommuneergoterapeuten, hadde det vore lettare å lage avtalene reint praktisk, men då eg var ute etter data om samhandling mellom aktørane, var dette ikkje aktuelt.

Eg reflekterte òg omkring det at mangelen på respons kunne skuldast at kommuneergoterapeutane syntes at temaet for prosjektet mitt var uinteressant. Medan tida gjekk og eg ikkje høyrte noko frå moglege informantar tenkte eg at eg var åleine om å meine at dette emnet var interessant. Då eg til slutt fekk kontakt med informantane mine, fekk eg avkrefta denne mistanken, og informantane gav uttrykk for at temaet for oppgåva mi var spanande og viktig å rette fokus mot.

I etterkant ser eg at den nok viktigaste grunnen til at det gjekk så lang tid før eg fekk gjort konkrete avtalar om datainnsamling, nok var min eigen defensive haldning til å purre på førespurnadane. Eg hamna i eit dilemma mellom å sjå på purring av førespurnadane som mas og utidig press på moglege informantar for å få dei til å stille opp i prosjektet mitt, og behovet for å få gjort konkrete avtalar før tida vart for knapp. Respekten for andre si tid vart viktigare enn respekten for mi eiga tid og tidsfrist, noko som progresjonen i prosjektet mitt har lidd under.

4.2.3 Observasjon

Eg laga ein observasjonsguide som reiskap for å hjelpe meg til å bli meir medviten om kva som var viktig for meg å sjå etter i situasjonane (vedlegg 6). I og med mi erfaring som kommuneergoterapeut i liknande situasjonar, ville eg bruke denne guiden som hjelp til å gå inn i rolla som observatør og forskar, heller enn som kommuneergoterapeut. Eg var redd for at eg skulle bli riven med i situasjonen og ”tenkje som ein ergoterapeut” omkring brukaren sitt problem og korleis dette skulle løysast, i staden for å fokusere på det arbeidet som ergoterapeuten gjorde i situasjonen og samspelet mellom henne og brukaren. Denne skiftinga av rolle og fokus såg eg som potensielt utfordrande, og for å meistre dette, var observasjonsguiden ei god hjelp. I løpet av observasjonane vart det ikkje så mykje tid til å studere guiden, men eg rakk å sjå ned på den i ny og ne slik at eg fekk stadfesta kva eg skulle rette merksemda mot.

Eg valte å vere passivt deltakande under observasjonane. Eg deltok i dei aktivitetane det var naturleg for meg å delta i, men la vekt på at eg skulle halde meg mest mogleg i bakgrunnen. Dette var aktørane sin situasjon, og eg hadde som mål å påverke den i minst mogleg grad. Det at eg var til stades kan likevel ha påverka situasjonen på fleire måtar. Ergoterapeuten visste at eg var der for å forske på hennar praksis, noko som kan ha ført til at ho strukturerte heimebesøket på ein annan måte enn ho elles ville ha gjort. Vidare kan det ha vore hemmande for brukaren at eg var til stades i ein slik personleg situasjon som ein kartleggingssamtale er. På den andre sida så krev kartlegginga at både ergoterapeut og brukar er involvert og engasjert i situasjonen, noko eg rekna med ville gjere nærveret mitt forstyrrende.

Seinare i oppgåva skal eg vise at samhandlinga mellom brukar og ergoterapeut er sentralt for kartlegginga, og eg vil difor no reflektere over den eventuelle påverknaden nærveret mitt kan ha hatt for kvaliteten på dette. Det synte seg at fleire av informantane mine, både ergoterapeutar og brukarar, var vane med studentar som var til stades. Eg opplevde at eg glei inn i ei slik studentrolle i heimebesøka, med notatblokka og mi tilbaketrekte og passive haldning. Dette var ei behageleg og føremålsteneleg rolle å ha i observasjonane. Informantane fekk plassert meg i ei naturleg og ufarleg rolle som dei var kjend med frå tidlegare, og eg opplevde at nærveret mitt var forståeleg for dei. Eg fekk i nokre av situasjonane høflege spørsmål om kva eg studerte, og deltok òg i samtalane der dette var naturleg. Berre i ein av situasjonane kjende eg meg litt ille til mote i høve til mi rolle. Denne

situasjonen var prega av mykje aktivitet og samtale mellom fleire aktørar, og eg kjende meg litt i vegen der eg sto med notatblokka mi. I denne situasjonen vart mi rolle som masterstudent heller ikkje heilt avklara i byrjinga, og dette førte til at eg tenkte at brukaren kan ha oppfatta meg som ein litt ”mystisk figur”. Det vart heller ikkje høve til å bryte inn i situasjonen for å avklare rolla mi overfor brukaren, og eg har i etterkant gjort meg tankar om at kanskje brukaren opplevde det at eg var der som vanskeleg, at han ikkje visste kva eg hadde der å gjere. I denne situasjonen var det likevel ikkje så naudsynt for ergoterapeuten å avklare kva problemformuleringa var, og samtalen tok ikkje føre seg *illness* perspektiv og brukaren sine opplevingar i så stor grad som dei andre situasjonane. Manglande rolleavklaring hadde nok hatt større effekt i ein slik situasjon. Eg opplevde at alle aktørane var oppslukt av oppgåvene dei skulle gjere og kartlegginga, så eg meiner at eg har grunnlag for å seie at nærveret mitt ikkje påverka sjølve kartlegginga.

Praktisk kunnskap vert kjenneteikna av at den viser seg i handlinga (Molander 1996). I og med at eg har valt å fokusere på praktisk kunnskap ved hjelpemiddelformidling, var det naturleg å vere til stades som observatør i konkrete kartleggingssituasjonar. For at eg skulle få med meg det som skjedde, noterte eg undervegs. Ein annan måte eg kunne dokumentert observasjonen på, var ved å bruke videokamera. Ein fordel med å bruke video, ville vere at eg kunne fått meir data om kroppsspråk og korleis aktørane utførte aktivitetane, som til dømes justering av rullestol. På den annan side såg eg føre meg at bruk av lydband og videokamera kunne ha forstyrra situasjonen meir enn ved å ta notat. Ut i frå egne erfaringar som kommuneergoterapeut hadde eg ein tanke om at kartlegginga kanskje skulle gå føre seg i heimen til brukaren, og dette førte også til at eg forkasta ideen om å filme situasjonane. For meg var det problematisk, etisk sett, å filma i brukaren sin private heim. Å bli filma kan opplevast som ubehageleg, og kanskje spesielt i ein kartleggingssituasjon, der ein kan kome inn på svært personlege forhold.

Eg valte altså å notere undervegs i observasjonane, og eg prøvde først og fremst å notere ned kva som faktisk skjedde i situasjonane. Hovudaktiviteten i kartleggingssituasjonane var samtale, og difor la eg vekt på å skrive ned kven som sa kva til kven. Dette viste seg å vere ei utfordring, då aktørane snakka både fort og mykje. Eg fokuserte difor mest på å få med meg kva for nokre tema aktørane samtalte rundt, kva for nokre spørsmål som vart stilt og kva som vart svart. Allereie i denne fasen ser eg at det skjedde ei sortering av kva data eg såg på som viktige for det vidare arbeidet med analysen. Eg var nøydd til å prioritere kva eg ville ha

fokus på, då det skjedde mykje under kartleggingssituasjonane. I to av situasjonane vart ergoterapeuten og eg bedt på kaffi og noko å bite i, noko som me takka ja til. Det var ei utfordring å skulle notere under måltidet, både reint praktisk og av di eg kjende det som unaturleg. Eg hadde skilt meg meir ut ved å notere og ikkje delta i aktiviteten, difor valte eg å la vere å notere så mykje under måltidet. I tillegg vart eg ved eit par høve trekt inn i samtalen mellom aktørane, og dette har òg hindra meg i å få ned alt som vart sagt og gjort, ordrett og nøyaktig. I ein annan situasjon var det fire aktørar til stades, utanom meg. Aktørane snakka både med kvarandre og i telefonen, og det var fleire samtalar som gjekk føre seg parallelt. I denne situasjonen valte eg å halde fokus på relasjonen mellom brukaren og ergoterapeuten, i tråd med problemstillinga mi. Under alle situasjonane fekk eg lite kapasitet til å fokusere på og notere ned observasjonar om kroppsspråket til aktørane.

4.2.4 Intervju

Eg utarbeidde ein intervjuguide på bakgrunn av forskingsspørsmåla mine for å bruke som eit utgangspunkt for intervjuet (same vedlegg som observasjonsguiden, vedlegg 6). Ei utfordring eg møtte i utarbeidinga av intervjuguiden, var at eg ikkje på førehand kom til å vite nok om kva som hadde gått føre seg i den aktuelle observasjonen, og som eg skulle legge til grunn for store delar av intervjuet. Sjølv om eg kjende til kartleggingssituasjonar frå før, visste eg lite om dei aktuelle brukarane og situasjonen til desse då eg utarbeidde guiden. Spørsmåla i guiden som var retta mot dei aktuelle situasjonane er difor generelle heller enn direkte retta mot dei aktuelle situasjonane.

Det var praktisk vanskeleg å få god tid mellom kartleggingssituasjonane og intervjuet. Eg opplevde, særleg i dei to første situasjonane, at både ergoterapeuten og eg var så inne i situasjonen som me hadde delteke i, at det var vanskeleg å ha den avstanden som var naudsynt for å kunne reflektere over situasjonen. Dette førte til at eg ikkje stilte så mange spørsmål om den aktuelle kartleggingssituasjonen som eg i utgangspunktet hadde planlagd. Dei to første observasjonane og intervjuet vart føreteke med to dagars mellomrom, men til den siste datainnsamlinga hadde eg reflektert over dette, og var meir medviten om å trekkje inn spørsmål som var direkte relatert til kartleggingssituasjonen i intervjuet. I arbeidet med materialet ser eg at det likevel er mykje i intervjumaterialet som omhandlar korleis ergoterapeutane reflekterte i situasjonane, noko som har gjort analyseprosessen spanande og lærerik.

Under datainnsamlinga opplevde eg praktiske problem i tillegg til dårleg tid mellom observasjon og intervju som kan ha påverka materialet eg fekk. Eg valte å ta opp intervju på lydband for å kunne rette meir merksemd mot informanten og intervjusituasjonen samtidig som eg kunne vere viss på at eg fekk med meg det som vart sagt. Under det første intervjuet fuska bandopptakaren, og eg måtte riste på denne under heile intervjuet. Dette førte til at eg ikkje klarte å konsentrere meg så mykje i situasjonen som eg hadde planlagt, i tillegg til at informanten stadig vart mint på at samtalen vart teken opp på band. Informanten klarte likevel å halde seg rolig og fokusert og svarte godt og utfyllande på mine spørsmål. Under dei andre intervju brukte eg digital opptakar.

Eg opplevde at eg fekk god kontakt med informantane min i intervju. Eg opplevde at informantane var trygge i situasjonen, kanskje av di me allereie hadde tilbrakt ein del tid saman tidlegare den dagen. Vidare var dei på "eigen grunn", då det var dei som hadde tinga lokale til intervjuet. Eg fekk òg inntrykk, gjennom utsegner og kroppsspråk, av at dei tykte samtaleemna var interessante og at hjelpemiddelformidling var noko dei tykte var viktig og engasjerande.

4.3 Analyse og skriveprosess

Analyseprosessen viste seg å vere langt tøffare enn eg hadde førestilt meg. Eg erfarte i sanning at eg ikkje kunne "gå inn og hente ut" svaret på forskingsspørsmåla i datamaterialet eg hadde samla inn. Molander kjem i sitatet nedanfor inn på nokre av dei utfordringane som ein møter når ein arbeider med kvalitativ analyse.

*Forskningsperspektivet reducerat till några få nyckelbegrepp: fallstudier, hermeneutisk forskningsprocess, ömsesidig kunskapsutveckling baserad på gestaltningar och jämförelser. I en sådan forskningsprocess kan man inte strikt skilja resultat och process. Resultat visar först och främst sitt värde genom den **fortsatta** reflektion och kunskapsbildning som de ger upphov till – det är en sida av den hermeneutiska cirkeln. (Molander 1996: 220-221).*

Molander sitt omgrep om kunnskap synleggjer at kunnskap er i stadig utvikling og endring, og som det kjem fram i sitatet ovanfor, kan det vere vanskeleg å skilje mellom resultat og prosessen med å kome seg fram til dette. Wadel skildrar kvalitativ forskning som ein runddans mellom teori, metode og data (Wadel 1991). Thagaard tek òg opp dette kjenneteiknet ved kvalitativ forskning, og seier at det ikkje er klare grenser mellom dei ulike fasane i forskingsprosessen (Thagaard 1998). Dei overlappar kvarandre, men kan likevel skiljast ut i

tre teoretiske fasar; formulering av forskingsspørsmåla, innsamling av materialet og analysar og tolkingar av meiningsinnhaldet i data. Thagaard hevdar at to sentrale aspekt ved kvalitativ forskning er systematikk og innleving. Systematikk er naudsynt for å kome fram til relevant datamateriale og for å kunne handtere dette materialet, og innleving er viktig for å oppnå forståing og innsikt (ibid.). I arbeidet med å analysere materialet, har eg fått ei djupare forståing for skilnadane mellom desse aspekta og kvifor det er naudsynt å reflektere omkring særskilt analysen på denne måten. Innleving var viktig i høve til å gå inn i kva informantane fortalte meg, og for å skape meining i situasjonane og utsegnene dei kom med. Samstundes merka eg behov for systematikk i korleis eg skulle handsame materialet og dei meiningane og tolkingane som vaks fram i løpet av analyseprosessen.

Transkripsjonen; oversetjinga frå tale på lydband til skriftleg språk, er ein tolkingsprosess i seg sjølv (Kvale 2001). Det var viktig for meg å starte transkriberinga så snart som råd etter intervjuet slik at eg framleis hugsar mest mogleg av konteksten rundt intervjuet. Eg gjorde difor dette umiddelbart etter at eg hadde reinskrive observasjonsnotatane. Eg prioriterte å reinskrive observasjonsnotata først, av di eg rekna dei for meir forgjengelege enn intervjumaterialet. Notatane var i stikkordsform og skribla ned i all hast under sjølve kartleggingssituasjonane, så det var eit mål for meg å reinskrive dei så snart som råd slik at eg hugsar mest mogleg detaljar og samanhengar i rånotata.

Før transkripsjonen lytta eg gjennom bandet med det einskilde intervjuet for å setje meg inn i situasjonen igjen, og få eit meir heilskapeleg inntrykk av intervjuet. Lydbandet med det første intervjuet var av dårleg lyd kvalitet, og det var enkelte setningar som var vanskelege å høyre kva som vart sagt. Der eg ikkje klarte å tyde nøyaktig kva som vart sagt, let eg dette gå fram i transkripsjonen. Eg valte å skrive ned intervjuet så ordrett som mogleg, men likevel ikkje på dialekten som informantane brukte. Dette for å lette lesinga av teksten, og for å anonymisere informantane.

Etter desse prosessane sat eg att med til saman 44 sider transkripsjon av intervjuet og 26 sider med reinskrivne observasjonsnotat. For at eg skulle få moglegheit til å undersøke det prosessuelle i situasjonane, måtte eg finne ein måte å analysere datamaterialet på som gav meg ein slik tilgang til materialet at prosessen kunne tre tydelegare fram. Det vart ei utfordring for meg å finne den mest formålstenelege måten å gjere dette på. Eg ynskte ei heilskapeleg forståing av materialet, men kunne ikkje studere alt på ein gong. Samstundes

var det ei utfordring å skulle fokusere på einstilte delar av materialet når eg var ute etter å finne ut av noko som er prosessuelt.

Persontentrerte analysar fokuserer på dei einstilte analyseeinskapane, altså i mitt tilfelle aktørane i kvar kartleggingssituasjon (Thagaard 1998). Ved å samanlikne tolkingane frå kvar einstilte, kan ein få ei forståing av datamaterialet som heilskap. Analysen skal føre til ei heilskapeleg forståing av meiningsinnhaldet som ligg i datamaterialet. Data må delast opp, men skal studerast i høve til den heilskapen dei er ein del av (ibid).

Eg leste gjennom observasjonsnotata og transkripsjonane fleire gonger for å sjå kva dette handla om, og eg fann etter kvart ut at eg måtte handsame dei transkriberte intervju og dei reinskrivne observasjonsnotatane på forskjellige måtar. Eg sette transkripsjonane inn i ei matrise slik at eg kunne dele inn i tema og lettare organisere teksten, men denne framgangsmåten kunne eg ikkje bruke i høve til observasjonane. Observasjonane var av situasjonar som var i utvikling og endring. For å ivareta prosessen, kunne eg ikkje stykke opp situasjonane og dele inn i tema, som eg kunne med intervju. Eg vil kunne få, og gi, eit betre bilete ved å sjå situasjonen som den er, og etterpå rette fokus mot enkelte delar av prosessen. Målet med denne framgangsmåten er å kunne oppnå ei veksling mellom delar og heilskap. Eg vil difor presentere samandrag av dei einstilte kartleggingssituasjonane, slik eg observerte dei, før eg tek for meg resonneringa til ergoterapeutane, organisert ut i frå eit kronologisk oppsett som følgjer gangen i formidlingsprosessen.

4.4 Refleksjon omkring etiske aspekt ved undersøkinga

Prosjektet er godkjent av regional etisk komité (REK) (sjå vedlegg 1 og 2) og meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datateneste (NSD) (sjå vedlegg 3), og førespurnadar om deltaking i prosjektet er godkjent av desse instansane før dei vart sendt ut til feltet. Eg hadde i utgangspunktet planlagt å bruke analog bandopptakar under intervju, men grunna tekniske vanskar måtte eg bruke digital opptakar under dei to siste intervju. Dette er NSD informert om. I løpet av prosjektperioden vart det klart at eg trong meir tid enn den normerte, og eg fekk utsett prosjektslutt, noko informantane og NSD vart informert om.

Eg hadde i førespurnadane stilt krav til at samtykkeerklæringane til deltaking i prosjektet skulle vere skrivne under før eg gjekk i gang med datainnsamlinga. Informasjon og

Samtykkeerklæringer til brukar og ergoterapeut vart sendt til kommuneergoterapeuten via den næraste overordna, og kommuneergoterapeuten skulle informere brukar og hente inn skriftlig samtykke om deltaking. Dette viste seg likevel praktisk vanskeleg å få gjennomført, grunna lang reiseveg og manglande transport mellom brukar og terapeut. Ergoterapeuten informerte difor om mitt prosjekt og spurte brukarane om dei ville delta i prosjektet over telefon, og så vart samtykkeerklæringsane skrivne under på heimebesøket. Dette var uheldig, av di brukarane ikkje fekk skriftlig informasjon før dei tok stilling til deltaking, og, som det viste seg, eg fekk ikkje stadfesta at brukaren samtykka til deltaking før eg kom til kartleggingssituasjonen. Det kunne òg føre til press på brukarane til å skrive under på samtykkeerklæringa når eg først var komen heim til dei. Då eg ikkje hadde underskrivne samtykkeerklæringer forut for observasjonane, kunne eg heller ikkje vere sikker på at brukarane hadde fått all informasjonen dei hadde krav på. Det vart brukt tid under kartleggingssituasjonane på å gå gjennom samtykkeerklæringsane, og dette gjorde nok informantane meir medvitne om at dei vart studert.

I ein av situasjonane vart det ikkje naturleg å gå gjennom samtykkeerklæringa før på slutten av heimebesøket, og den aktuelle brukaren ynskja ikkje å skrive under på skjemaet. Eg gjennomførte likevel intervjuet med kommuneergoterapeuten, i håp om at eg kunne bruke dette som ein del av mine data. Det viste seg i etterkant at det kunne bli vanskeleg å bruke det, då me òg samtala om den aktuelle kartleggingssituasjonen i intervjuet. Brukar ombestemte seg etter nokre dagar, og samtykka likevel til deltaking i prosjektet, noko som førte til at eg kunne bruke materialet eg hadde samla inn i denne situasjonen. Det er tydeleg for meg at brukar opplevde deltakinga som frivillig, og dermed kunne trekkje seg etter eige ynskje, noko eg ser som positivt. Men denne situasjonen kunne vore unngått om eg hadde fått dei signerte samtykkeerklæringsane forut for kartlegginga, og eg tek sjølvkritikk for at eg ikkje sto hardt nok på dette overfor kommuneergoterapeutane.

Eg har valt å skildre kartleggingssituasjonane i oppgåva, noko som gjer det sannsynleg at informantane vil kjenne igjen "sin" situasjon. Eg har likevel gjort det på denne måten av di dette er ein formålsteneleg måte å svare på problemformuleringa mi, og av di situasjonane er gjort ukjennelege for andre enn aktørane. Eg har vidare endra opplysningar både om brukar og kommuneergoterapeut for å sikre at dei ikkje skal kjennast igjen. Eg har valt å referere til kommuneergoterapeuten som "ho" og brukarane som "han", sjølv om dette ikkje

nødvendigvis stemmer overeins med røynda. Dette har eg gjort for å lette skrivninga og lesinga av samandraga, og for å gjere aktørane ytterlegare anonyme.

I løpet av analyseprosessen endra eg skriftmål frå bokmål til nynorsk. Dette gav meg eit dilemma i høve til korleis eg skulle handsame materialet eg hadde funne, og som i utgangspunktet var reinskrive og transkribert på bokmål. Eg har valt å ikkje omsetje materialet, men arbeide med det på bokmål. For å lette lesinga av denne oppgåva har eg omsett dei sitata frå informantane som eg har referert til i analysedelen til nynorsk.

4.5 Å kunne stole på, stadfeste og overføre forskingsresultata

I denne metoddelen har eg gjort greie for val eg har tatt og utfordringar eg har møtt i det metodiske arbeidet med prosjektet. Eg har vidare reflektert omkring korleis eg har løyst desse utfordringane og om eg kunne ha gjort noko annleis. Vidare erkjenner eg at eg har spela ei rolle som har verka inn på prosessen i og med at eg har valt ei kvalitativ tilnærming, og eg har gjort greie for dette.

Dette prosjektet har ikkje omfatta mange informantar; totalt sett har det vore ni informantar involvert i studien. Av desse var tre brukarar, tre ergoterapeutar, ein pårørende og to samarbeidspartnarar. Eg har berre intervjuat tre av desse. Eg opplevde likevel at eg fekk nok materiale til å kunne svare på problemstillinga mi, som retta seg mot forståing av praksissituasjonar og ergoterapeutar si forståing av eige fagfelt og arbeidsoppgåver. For at eg skulle kunne svare på problemstillinga, måtte eg gå i djupna av materialet, noko som viste seg å vere ei tid- og energikrevjande oppgåve. Innanfor rammene av dette prosjektet, ville eg ikkje hatt kapasitet til å ha eit større utval, men det er likevel ikkje det viktigaste argumentet for storleiken på utvalet. Det viktigaste argumentet i høve til avgjerda om storleiken på utvalet var at eg tenkte at eg ville få svar på dei spørsmåla eg stilte meg, og det meiner eg absolutt at eg har grunnlag for å meine. Kartleggingssituasjonane var ulike, og har gjeve meg ulike innfallsvinklar til same temaet, men samanlagt ser eg fleire likskapstrekk og meiner at dei har gjeve meg eit godt utgangspunkt for å kunne analysere og drøfte.

Det Thagaard kallar ”bekreftbarhet” i forskinga, peikar attende på tolkinga av resultata og inneber både at eg kan halde meg kritisk til eigne tolkingar, og om resultata kan stadfestast av annan forskning (Thagaard 1998). Eg har i denne metoddelen gjort greie for korleis eg har

handsama materialet mitt i ein analyseprosess. Praksis ved formidling av hjelpemiddel ved ergoterapeut har tidlegare ikkje vore eit tema innan forskingsfeltet, så det har ikkje vore så mykje forskning å samanlikne med. Likevel viser resultatane mine at ergoterapeutane er opptekne av det same som det forskinga som vart presentert i kapittel to peikar på som sentrale utfordringar ved formidling av hjelpemiddel. Døme på dette er vektlegginga av å la brukarane prøve ut hjelpemiddelet sjølv og at ergoterapeutane er medvitne om nytta av oppfølging av hjelpemidla.

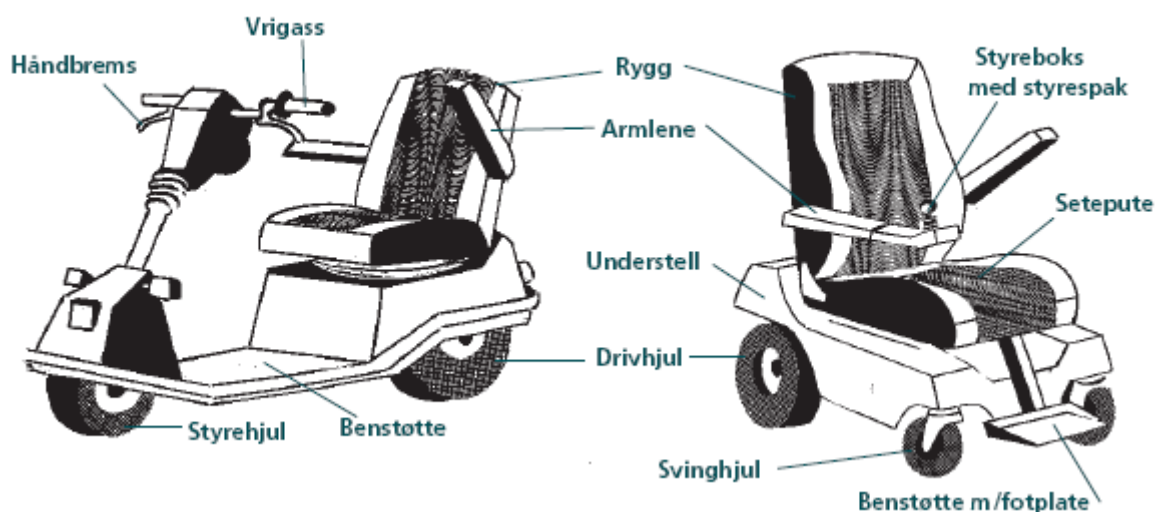
Kan resultatane av forskinga eg har gjort overførast til andre situasjonar og samanhengar? I det førre kapitlet argumenterte eg for ei forståing av kunnskap som noko som syner seg i praktiske handlingar og kjem til uttrykk i konkrete situasjonar. Eit relevant spørsmål i høve til dette er om det er mogleg å kunne trekkje ut noko ålment og felles ved å studere enkeltsituasjonar. I arbeidet med analysen såg eg fleire fellestrekk ved resonneringa til ergoterapeutane i høve til mellom anna utvikling av ei situasjonsforståing. Vidare vart det klart at dei nytta fleire av dei same strategiane og grunngevingane for desse i kartleggingssituasjonane. Dette vart identifisert ved å bruke klinisk resonnering som utgangspunkt og perspektiv for å forstå praksis.

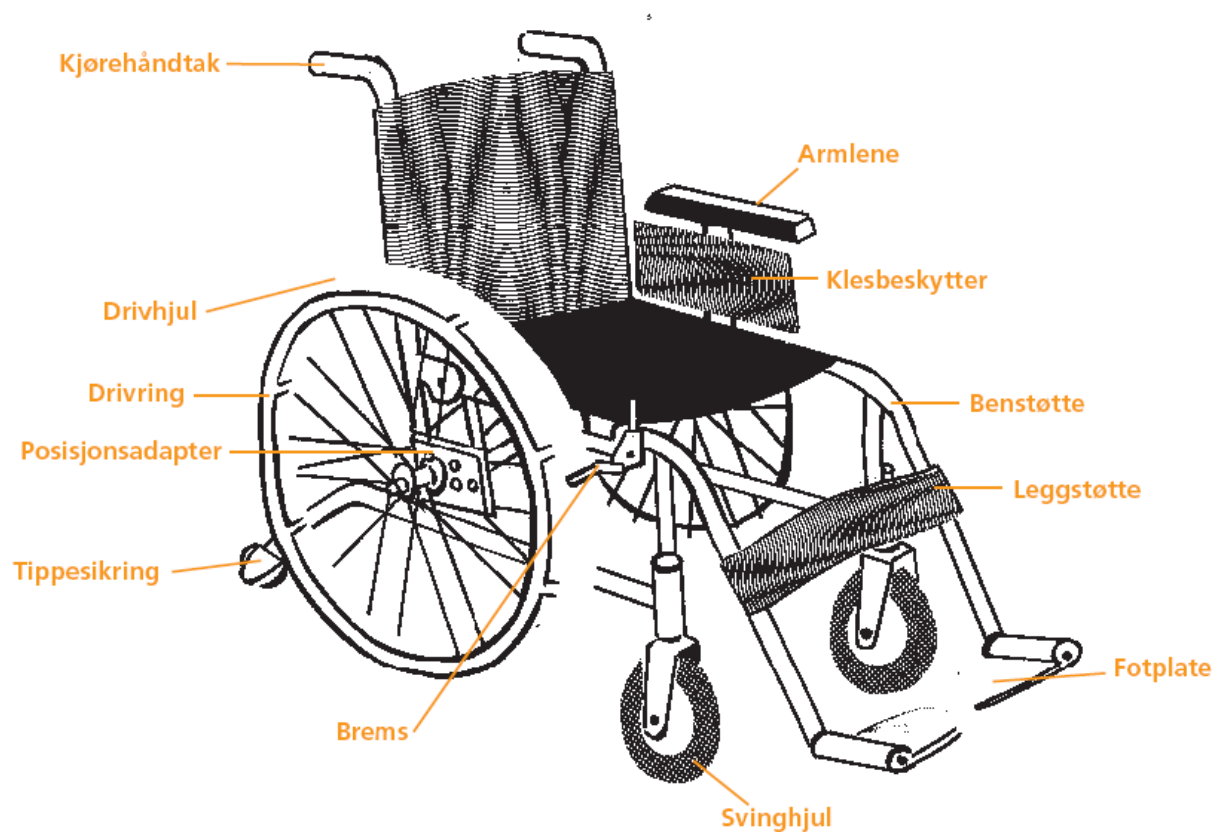
Allereie på eit tidleg tidspunkt i analyseprosessen kom det fram at ergoterapeutane som var informantar i denne studien, uttrykte frustrasjon over at samarbeidspartnarar ikkje fullt ut forsto kva hjelpemiddelformidling gjekk ut på og kva utfordringar som ergoterapeutane vart stilt overfor i denne prosessen. Eg vonar at dei erfaringane som eg har samla i denne oppgåva, kan brukast for å synleggjere meir av prosessen som går føre seg mellom kommuneergoterapeut og brukar. Det er viktig at kunnskap vert løfta fram og sett lys på slik at ein kan kommentere, reflektere over og kritisere den. Dermed kan ein òg betre utvikle og forbetre og synleggjere kunnskapane som kjem til uttrykk og er naudsynte i praksis.

5.0 Korleis går kartleggings situasjonane føre seg?

Eg har valt å presentera eit samandrag av kartleggings situasjonane eg har observert for å gje eit bakteppe i høve til analysen. I følge den problemformuleringa eg har valt for oppgåva skal eg finne ut av korleis kartleggings situasjonane føregår, og eg vil no gjere greie for korleis eg opplevde dei tre situasjonane frå mitt observatørperspektiv. Desse situasjonane er døme på korleis kartleggings situasjonen ved hjelpemiddelformidling kan gå føre seg i praksis, men samandraga er forkorta og redigert i høve til dei reelle situasjonane. Eg har lagt vekt på å få med meg hovudtrekka i det som skjedde og kva som vart sagt, samt å halde fokus på ergoterapeuten i situasjonen. Alle kartleggings situasjonane fann stad heime hos brukaren.

For å gje eit bilete på kva hjelpemiddel det er snakk om i desse situasjonane, har eg valt å kort presentere døme på dei tre aktuelle rullestolane. Øvst frå venstre er ein elektrisk rullestol med manuell styring til å køyre ute med, òg kalla ”scooter” eller ”sykkel”. Det er ein slik som Bjørn meiner han har behov for. Til høgre er ein elektrisk rullestol med manuell styring som hovudsakeleg skal køyrast inne med. Arne har ein slik frå før til å køyre inne med, og no har han behov for ein liknande som han kan bruke ute. Det siste biletet er av ein manuell rullestol, om lag ein slik som Carsten har og skal byte til.





(Bileta er henta frå Rikstrygdeverket sine brosjyrar om manuelle og elektriske rullestolar, Rikstrygdeverket 2000a og 2000b)

5.1 Bjørn og Berit

Bakgrunnen for heimebesøket var ei tilvising frå brukaren sjølv om behov for ein elektrisk rullestol til å køyre ute med, ein såkalla "scooter". Brukaren, som eg har valt å kalle Bjørn, hadde ringt kommunen fleire gonger om dette, men tilvisinga hadde tidlegare blitt avvist av andre faggrupper i kommunen som konkluderte med at han ikkje hadde grunnlag for å søkje om rullestol. Denne siste tilvisinga gjekk til ergoterapeuten, Berit, og ho avtala heimebesøk med Bjørn for å kartlegge situasjonen hans. Bjørn er ein godt vaksen mann som bur aleine i leid leilegheit over eit plan. Heimebesøket varte i ein og ein halv time.

Me kjem heim til Bjørn, og han spør om me vil ha kaffi. Berit takkar nei og seier at ho er her først og fremst for å gjere ei vurdering, og så fekk me heller sjå om me fekk tid til å ta ein kopp kaffi etter kvart. Me kjem inn i stova, og når me har sett oss ned går Bjørn rett på sak og spør: "ja, trur du at eg treng ein sånn sykkel?". Berit forklarar korleis saksgangen ved formidling av hjelpemiddel er, at ho treng fleire opplysningar om han før ho kan svare på det,

og at ein eventuell søknad vert avgjort av hjelpemiddelsentralen. Så går ho over til å spørje om Bjørn sin funksjon og kvifor han meiner at han treng ein slik ”sykkel”. Bjørn fortel om ryggplager og at det gjer vondt når han går. Han seier at han brukar spark om vinteren og at han ikkje klarar å gå utan sparken. Berit spør nærmare etter kvifor han har vondt og ikkje klarar å gå utan spark. Han seier at han ”spenner seg” mykje og at han vert fort sliten. Han merker at han er sliten på pusten og over alt. Berit spør om Bjørn har nedsett kraft, eller lamingar. Bjørn fortel at han har ein hjertefeil og at han fekk eit slag for om lag ti år sidan. Berit spør om han fekk seg ein knekk etter slaget, og det stadfestar han. Så seier han at han har klart å trene seg opp att og at han klarer seg bra no. Berit seier at det er godt å ha noko å halde på med og å halde seg i aktivitet. Bjørn seier at han løyser kryssord, og dei pratar litt om dette. Bjørn fortel at han òg likar å dra på besøk og at han tidlegare køyrde mykje moped.

Etter at dei har prata litt om aktivitetane som Bjørn likar å halde på med, så spør Berit: ”kva var det då du fekk vondt for å gå?”. Då fortel Bjørn at han har sosial angst, og at han har slitt mykje med dette i fleire år. Han seier at han har erfart at det ikkje er bra for han å sitje inne i høve til angsten. Berit er einig i at det er viktig å komme seg ut. Bjørn visar fram trimsykkelen sin som står i stova og seier at han brukar den for å halde seg i form. Bjørn og Berit samtalar litt om sykling og andre treningsformar og ler saman. Bjørn nemner nokre familiemedlemmar av seg som bur i omegna og seier at han skulle ønske at han kunne besøkje dei utan å vere avhengig av nokon andre til transport. Han nemner mopeden sin, at det er vanskeleg for han å køyre den. Berit spør nærare etter kvifor det er vanskeleg, og om dette er noko det går an å gjere noko med. Han meiner mopeden er ubrukeleg, at den er for tung for han å trø i gang og at han ikkje har råd til å kjøpe ny. Så seier han at han vil så gjerne kome seg ut. Berit er einig i at det er viktig.

Berit tek fram eit skjema og spør Bjørn om korleis det er med synet og hørsla hans. Bjørn seier at begge deler er bra. Så seier han at: ”eg tenkte eg ville søkje, og så fekk eg sjå...”. Han seier vidare at han hadde hatt lyst til å få ein sånn ”sykkel”, og så fortel han om barnebarnet sitt som bur eit stykke unna. Berit noterer på skjemaet sitt og seier ingenting. Så ser ho på han og spør om det går greitt for han å forflytte seg. Bjørn seier at problemet er at han vert så kolossalt sliten, spesielt når han stressar mykje og ikkje klarar å slappe av. Berit noterer på skjemaet og spør korleis han kjem seg til butikken. Bjørn seier at han går med sparken og at det går greitt, det er når han vert stressa at han vert sliten. Berit lurar på kva han

meiner med å vere sliten, om han er sliten i ryggen eller i pusten? Bjørn seier at han merkar det i heile seg.

Berit seier at ho vil hjelpe han med å søkje på ein slik ”sykkel”, og at ho difor må fylle ut kartleggingsskjemaet for elektriske rullestolar. Dei går gjennom dette skjemaet saman. Eit av punkta som skal fyllast ut er kvar rullestolen skal brukast, og Berit og Bjørn diskuterer terrenget omkring og vegane som han kunne tenke seg å køyre på. Dei snakkar om kor fort ”sykkelen” kan gå og at det kan bli kaldt å køyre på langturar. Berit lurar på korleis Bjørn kom seg til butikken om sumaren, og han seier at han brukte å køyre moped. Dei diskuterer om han ville vere hjelpt med ein rullator, men Bjørn meiner at han vil bli for sliten av det. Dei snakkar om korleis ”sykkelen” bør vere og vert einige om at den skal ha handlekorg og vindskjerm.

Berit vender attende til at Bjørn fortalde at han hadde sosial angst, og Bjørn fortel litt om korleis han lever med sin angst. Berit seier at ho tenkjer at det er større sjanse for at angsten skal kome attende dersom han vert sittande inne utan moglegheit for å kome seg ut. Ho seier at ho skal skrive grunngjevinga for søknaden når ho kjem attende til kontoret sitt og at hovudgrunngjevinga vil vere hans sosiale angst – i tillegg til hans andre fysiske plager. Dei vert einige om at ho skal stikke innom seinare for å få underskrift på søknaden.

Berit tek initiativ til å snakke om kvar ”sykkelen” skal lagras, og etter litt diskusjon kjem dei fram til at den beste plassen vil vere i uteboda. Berit informerer om at Bjørn må sjølv betale det det kostar å legge ut straum i boda, noko han er innforstått med. Me går ut i boda, og Berit tek mål av døra for å forsikra seg om at det er plass til ”sykkelen” der. Når me kjem attende til stova spør Bjørn om me vil ha kaffi, noko me takkar ja til.

Det er ei open kjøkkenløyising i leilegheita, så samtalen held fram medan Bjørn ordnar kaffi og rundstykkar til oss. Berit snakkar om at Bjørn bør halde fram med å bruke sparken på vinteren, for da vil han få meir trim og kunne halde seg varm lettare. Ho legg vekt på at det er ein samanheng mellom å halde seg i aktivitet og å halde vedlike psykisk funksjon. Bjørn er einig i dette. Under måltidet går samtalen om aktivitetar som Bjørn har halde på med tidlegare og kva han likar å gjere no. Bjørn fortel vidare om livet sitt, korleis han vart sjuk og korleis han klarte å kome seg ovanpå att. Etter kvart glir samtalen over til andre tema, som kommuneøkonomien og ergoterapitenesta i kommunen. Etter ei stund tek Berit fram

skjemaet ho har fylt ut og går gjennom det ho har skrive saman med Bjørn. Ho informerer om saksgangen vidare, og Bjørn skriv under på skjemaet. Så samlar Berit saman sakene sine og seier at ho synest det var viktig å bruke så lang tid på kartlegginga, fordi det er kartlegginga som eigentleg er arbeidet, og no er det berre skrivinga igjen. Bjørn ønskjer at han skal få ”sykkelen” i tide til å kunne bruka den om sommaren. Berit seier at ho skal gjere ferdig søknaden og kome innom med den for underskrift så fort som råd. Me takkar for oss og Bjørn følgjer oss ut.

5.2 Arne, kona hans og Aud

Arne og kona er eit eldre ektepar som nettopp har flytta frå einebustaden sin til ei mindre leilegheit over eit plan. Arne har redusert funksjon grunna nedsett allmenntilstand og har eit lengre opphald på sjukehus bak seg. Han er avhengig av hjelpemiddel til forflytting og treng dagleg oppfølging av heimetenesta. Han kan gå korte avstandar med preikestol, men har ein elektrisk rullestol med motorisk styring til å køyre inne med. Når ekteparet skal ut, køyrer kona til Arne han i ein manuell kryssrammestol, men ho har i det siste fått vanskar med ryggen og dei ønskjer no ein elektrisk rullestol med ledsagarstyring⁹ til å køyre ute med. Dei har tidlegare prøvd ut ein slik, men dei meinte den tok for stor plass i heimen deira og leverte den attende. Aud, ergoterapeuten, har samarbeidd med Arne og kona over ei tid i høve flyttinga til ny leilegheit og tilpassinga av denne til Arne sine behov, så dei kjenner kvarandre litt frå før. Aud har hatt ein ergoterapeutstudent som har samarbeidd meir med ekteparet, men studenten er no ferdig med sin praksis. Aud har avtala heimebesøk med ekteparet for å kartlegge korleis denne rullestolen bør vere, og kvar den best kan lagras. Kartleggingssituasjonen varar i to timar.

Leilegheita Arne og kona bur i har inngang frå gateplan via ein stor fellesgang. Det er fleire leilegheiter i bygget, og dei er organisert i eit sameige. Kona visar oss inn i stova og her helsar me på Arne, som sit i ein motorisert løfte- og kvilestol. Han bed oss om å setje oss i sofaen rett overfor han, slik at han skal sleppe å snu på hovudet når han snakkar med oss. Når me har sett oss, spør han om me vil ha kaffi, noko me takkar ja til. Ektefellen finn fram kaffi og kaker og under måltidet pratar Aud, Arne og kona om servicet og kven som har baka kakene.

Aud tek initiativ til å snakke om den elektriske rullestolen og spør kvar dei har tenkt å lagre denne. Ho meiner at det er best å ha den i fellesgangen utanfor. Arne er usikker på om dei vil få lov til å ha den ståande der ute av sameiget. Aud spør om ho kan få sjå den manuelle rullestolen Arne brukar når han er ute no, og kona viser oss inn på soverommet der rullestolen står. Ho seier at dei må flytte den inn på stova om kvelden og attende til soverommet om morgonen av di den tek så stor plass. Aud viser henne korleis ho kan slå den saman slik at den tek mindre plass, og let henne prøve å slå den saman sjølv.

⁹ Når hjelpar, eller ledsagar, skal køyre den elektriske rullestolen i staden for brukaren av rullestolen, vert styreboksen montert bak på stolen ved køyrehandtaka. Denne løysinga vert kalla ledsagarstyring.

Me går attende til stova og Aud kommenterer at Arne har fått terskeleliminatorar på dørstokkane. Kona seier at dei er nøgde med desse. Det er ein terrasse utanfor stoveglaset, og Aud og ekteparet diskuterer om dette kan vere ein aktuell stad å lagre rullestolen, men forkastar dette av di det ikkje er tak over terrassen og i tillegg kjem det for mykje snø der om vinteren. Aud låner den elektriske rullestolen til Arne og køyrer denne frå stova og ut i fellesgangen og attende for å sjå om det er mogleg å koma seg ut med den. Kona lurar på kor stor den nye elektriske rullestolen vil vere. Aud seier at ho har snakka med hjelpemiddelsentralen om ein ny type rullestol som er komen og som ho vil at Arne skal prøve heime. Denne stolen vil vere om lag 60 cm i total bredde. Ho seier at det var litt trongt å køyre den elektriske rullestolen ut i gangen, og at det beste ville vere om den nye rullestolen sto i fellesgangen og at Arne kunne gå ut dit med preikestolen sin. Arne seier at det er den beste løysinga han har høyrd så langt og at han hadde grudd seg til å få inn fleire rullestolar i heimen. Kona er framleis usikker på om dei vil få lov av sameiget til å la stolen stå ute. Aud leitar i papira sine og finn kopi av eit brev frå sameiget om at dei ser positivt på alle endringar som vert gjort for å betre høva for eldre og personar med funksjonshemming. Aud informerer dei om at dei må koste utlegga med å legge ut straum til gangen sjølv.

Aud les i notata sine og spør Arne om funksjonen hans og korleis det går å køyre den elektriske rullestolen han har no. Arne svarar at det går fint, og Aud seier at årsaka til at ho spør om det, er av di ho tenkte at dei kunne søkje på ein rullestol som han kunne køyre sjølv, i tillegg til at det var ledsagarstyring på den. Då vil han kunne ha moglegheit til å koma seg litt rundt på eige hand, om han skulle ønske det. Arne og kona tykkjer dette er ein god idé, om det ikkje kostar for mykje for staten. Aud finn fram måleskjemaet frå hjelpemiddelsentralen og les opp dei opplysningane ho har om Arne sine diagnosar og funksjon. Så spør ho om kvar han kunne tenkje seg å køyre med den nye rullestolen. Kona seier at dei kunne mellom anna tenkje seg å køyre til kyrkjegarden, og saman diskuterer dei ulike ruter som går dit og om rullestolen kan meistre bakkane på vegen. Deretter pratar dei om kva for nokre tilpassingar rullestolen må ha, og dei kjem fram til at den må ha hoftebelte, lys, korg og moglegheit for vinkelregulering av rygg i tillegg til ledsagarstyring og styrespake til Arne. Etter at dette er avklara tek Aud fram målebandet og tek mål av Arne og av gangen ut mot yttergangen.

Aud spør kva for ei pute som Arne brukar i den manuelle rullestolen. Kona går inn på soverommet for å henta den. I mellomtida kommenterer Aud ein arbeidsstol som Arne har på kjøkkenet og seier at han kan levere den attende om han ikkje brukar den. Kona kjem med to puter, og Arne er usikker på kva for ei av dei som han har brukt mest. Aud seier at han kan behalde begge to og prøve dei skikkeleg ut før han avgjer kva for ei han vil behalde.

Kona går attende med putene og når ho kjem att tek ho til med å fortelje om då Arne vart sjuk, at det var ei vanskeleg tid for han. Ho fortel om korleis arbeidsoppgåvene dei hadde fordelt mellom seg måtte omfordelas på grunn av sjukdommen, og kor flink Arne var til å takle den nye situasjonen sin. Aud noterer på skjemaet medan kona fortel og så ser ho opp og seier at ho synes det er så koseleg å høyre på dei, at dei er så glade i kvarandre. Arne svarar at han synes Aud er så koseleg sjølv, og at ho arbeider så mjukt og fint. Aud går ut i gangen for å ta mål ein gong til og i mellomtida diskuterer ekteparet kva dei skal ha til middag. Aud blir dregen med i samtalen når ho kjem attende og dei pratar saman om ulike matrettar medan ho samlar saman sakene sine. Samtalen går etter kvart over til å handle om omegna slik den var då ekteparet var unge og Arne og kona fortel om korleis dei trefte kvarandre og om skiturar og dansefestar dei var på.

Etter ei stund tek Aud sekken sin i fanget og seier at ho ringer dei for å avklare tidspunkt for utprøving av den nye elektriske rullestolen. Dei vert òg einige om at ho skal ringe sameiget for å høyre om rullestolen kan stå ute i yttergangen. Me takkar for oss og kona viser oss ut.

5.3 Carsten, Camilla, Hans og Knut

Carsten er ein vaksen mann som bur aleine i ein einebustad. Han har lamingar i beina og er avhengig av manuell rullestol til å kome seg rundt. Han tok kontakt med ergoterapeuten Camilla av di den rullestolen han har er utsliten og han har difor behov for ein ny. Camilla, som har samarbeidd med Carsten tidlegare i høve formidling av hjelpemiddel, har organisert ei utprøving av ein ny rullestol av same typen som han har frå før heime hos Carsten.

Rullestolen er av ein nyare modell. Det er denne utprøvinga eg observerte. Heimebesøket vara i litt over ein time.

Camilla hadde bedt om at representanten for firmaet som selde den rullestolen som Carsten skulle prøve ut skulle vere med på utprøvinga for å hjelpe til med tilpassinga.

Representanten, som me kan kalle for Hans, ville gjerne ha med seg ein tekniskar på utprøvinga. Me kan kalle teknikaren for Knut. Camilla og eg møter dei på verkstaden der dei reparerer hjelpemiddel i kommunen. Dei er i ferd med å justere den nye rullestolen og legg mellom anna ei treplate i setet for å motvirke hengekøyeeffekt og monterer på drivringar med antiskligrep. Medan dei skrur på stolen pratar Knut, Hans og Camilla saman og fleipar og ler. Når dei er ferdige køyrer me saman heim til Carsten.

Heime hos Carsten går me inn på soverommet hans med ein gong. Hans har med den nye rullestolen og ei øskje med ekstradelar og Knut har med seg to verktøykassar. Det syner seg at Hans og Knut har gløymd bordet som skulle vere med den nye rullestolen; det ligg att på verkstaden. Dei diskuterer seg i mellom og vert einige om at bordet kan sendast med rullestolen seinare.

Camilla spør om ikkje Carsten vil prøve den nye stolen. Carsten ser på den nye stolen og kommenterer endringar som må gjerast med den for å få den mest mogleg lik den gamle. Så flyttar han seg sidevegs over i senga. Det følgjer ikkje pute med den nye rullestolen, og Camilla prøver å flytte over puta frå den gamle, men finn ut at denne er for stor til å passe i den nye stolen. Ho kommenterer at den nye stolen manglar hoftebelte, og at ryggvinkelen er altfor bratt og må regulerast før Carsten kan flytta seg over i den. Knut ordnar dette medan Hans fortel Carsten om finessane med den nye rullestolen. Camilla seier til Hans at han må snakka tydelegare, for Carsten høyrer litt dårleg.

Når rullestolen er justert flyttar Carsten seg over i den. Han vil setje på plass armlenet sjølv, men dette vert vanskeleg av di puta er for stor for setet. Camilla tek fram mobiltelefonen og går ut i gangen for å ta ein samtale. I mellomtida held Hans fram med å fortelje Carsten om den nye rullestolen og skilnaden på denne og den han har frå før. Hans spør så Carsten om kva han tykkjer om den nye stolen, og Carsten køyrer litt fram og tilbake på golvet og seier at han må prøve den over lengre tid. Camilla kjem attende og fortel at ho har snakka med hjelpemiddelsentralen, men at ho ikkje får tak i ei pute i den storleiken som Carsten treng. Men så finn ho ei pute i gangen, i originaløskja, og vil prøve denne. Carsten flyttar seg til senga, putene vert bytta, og Carsten kjem over i rullestolen igjen. Han set på plass armlenet sjølv, og denne gongen er det godt med plass. Camilla bed han om å gjere dette ein gong til. Dei nye armlena er av ein litt annan type enn dei han er vane med frå den gamle stolen, og vert justert på ein litt annan måte. Camilla syner dette til Carsten og han prøver sjølv.

Camilla spør om ikkje Carsten vil prøve rullestolen ut på kjøkkenet ein liten tur, og det vil han. Ute på kjøkkenet spør ho han om å teste ut om han kjem godt inntil kjøkkenbordet. Han køyrer inntil, og armlena vert justert slik at han kjem godt inntil bordet. Camilla spør han om kva han tykkjer om den nye stolen, og Carsten seier at den kjennes god ut, men at han berre har sete i den ei lita stund, og at han må prøve den lenger for å finne ut korleis den er. Han prøver å ta av armlena, men desse sit ganske fast, og Knut oljar festa for å få dei til å gli lettare. Dei vert einige om at Knut skal file på den nedre delen av armlena slik at dei vert lettare å ta av og på.

Camilla spør Carsten om å få teste ut tippunktet på rullestolen. Det får ho lov til, og ho tek då tak i ledsagarhandtaka og tippar rullestolen litt bakover for å kjenne når rullestolen tippar bakover naturleg. Så får ho Carsten til å teste ut dette sjølv, og dei diskuterer om dei skal endre på tippesikringane slik at rullestolen ikkje skal tippe rundt så lett. Carsten seier at det ikkje trengs å endrast på, sjølv om han har tippa rundt eit par gonger. Hans og Knut snakkar om tippesikringane og dei andre tilpassingane som skal gjerast på den nye rullestolen, og korleis dette kan gjerast på best mogleg vis. Camilla seier til dei at dei ikkje må snakke i munnen på kvarandre, for då er det vanskeleg for Carsten å få med seg det som vert sagt. Carsten, Camilla, Hans og Knut vert einige om å ikkje gjere nokon endringar med tippesikringane, men å gjere nokon andre tilpassingar med sjølve rullestolen for å få endra tippunktet slik at det vert vanskelegare å tippe rundt.

Camilla spør Carsten igjen om kva han synest om rullestolen, og han seier at han vil prøve den ei stund med dei tilpassingane som dei har blitt einige om. Ho spør om han har nokon spørsmål, og seier at han berre må ringe dersom det er noko han lurar på. Carsten seier at meldinga på telefonsvararen hennar er så utydeleg og at ho må endre på dette. Camilla tek dette til etterretning. Så seier ho at dei tek rullestolen med seg attende til verkstaden for å gjere dei endringane dei vart einige om, og at dei kjem attende over helga.

Me går attende til soverommet, Carsten flyttar seg over i den gamle rullestolen, og me tek med oss den nye rullestolen attende til verkstaden.

6.0 Korleis resonnerer ergoterapeutane i kartleggingssituasjonane?

Då eg skulle svare på den andre delen av problemstillinga mi, fann eg ut at det ikkje var så lett å seie noko om korleis ergoterapeutane resonnererte i situasjonane. Ergoterapeutane fortalte mykje om kva dei tykte var viktig i høve til formidling av hjelpemiddel, og kva dei la vekt på i kartleggingssituasjonar. Men me snakka ikkje så mykje om kvar situasjon i intervjuet, som i større grad dreidde seg om eit breiare perspektiv på hjelpemiddelformidling. Dei kartleggingssituasjonane eg observerte representerer, slik eg såg det, ulike fasar i formidlingsprosessen. Berit var oppteken av å finne ut av kva behovet til Bjørn var, kva som var hans aktivitetsproblem, bakgrunnen for dette og å finne ut av kva som kunne gjerast for å avhjelpe dette. Utgangspunktet for kartlegginga var at Bjørn sjølv meinte at han hadde behov for ein ”sykkel”. Aud og Arne var komen lenger i sitt samarbeid, og Aud sitt utgangspunkt var å finne den mest formålstenelege rullestolen til Arne sin situasjon. I Carsten sin situasjon var val av rullestol unnagjort og det var tilpassinga som sto att. Eg vil no gå nærare inn på situasjonane ut i frå ei organisering som følgjer kronologien i den formidlingsprosessen som vart presentert i byrjinga av denne oppgåva. Dei tre fasane som eg har konsentrert meg om er korleis kommuneergoterapeutane førebur seg heimebesøket, kva dei legg vekt på å finne ut av i høve til å finne problemstillinga for arbeidet vidare, og korleis dei resonnerer omkring problemstillinga for å kome fram til den beste løysinga.

6.1 Førebuing til heimebesøk

Ergoterapeutane førebudde seg til kartlegginga på ulike måtar, alt etter kva dei tenkte om problemet som skulle løysast. To punkt som var viktige i denne fasen, var val av stad å ha kartleggingssituasjonane, og kva ergoterapeuten tenkte om brukaren sin situasjon forut for møtet. Eg vil no gå nærare inn på desse punkta og sjå på korleis ergoterapeutane resonnerer i høve til desse.

6.1.1 Kvifor eit heimebesøk?

Alle kartleggingssituasjonane fann stad i brukaren sin heim, men ergoterapeutane gav ulike grunngevingar for kvifor kartlegginga skulle vere her.

Bjørn hadde teke kontakt med den kommunale helsetenesta fleire gonger tidlegare for å få hjelp til å søkje om ein ”sykkel”, men han hadde ikkje fått gjennomslag for dette. Berit – som ikkje har vore i kontakt med Bjørn tidlegare i høve til hjelpemiddelformidling – seier:

Det har ikkje blitt tatt noko heimebesøk eller kartlegging anna enn det som har blitt sagt på telefonen om den fysiske biten, og det har vel ikkje eigentleg halde til grunngeving god nok. Det har ikkje kunna dokumenterast. Då det kom ei ny tilvising, foreslo eg for dei andre at det kanskje burde tas eit heimebesøk. (Berit)

Berit ymtar her at det er skilnad mellom å gjere ei kartlegging over telefon og å ta eit heimebesøk. Ho gjev uttrykk for at ho meiner at ho kan få fleire opplysningar, og eit betre bilete av Bjørn sin totale situasjon ved å ta kartlegginga heime hos han. Denne formeininga har ho danna seg av di ho kjenner litt til Bjørn sin situasjon frå før, noko som me skal kome nærare attende til seinare. I tillegg vil eit heimebesøk påverke samhandlinga og relasjonane mellom aktørane. Bjørn er på heimebane, bokstaveleg tala, og kan dermed ha betre føresetnadar for å kjenne seg trygg i denne situasjonen enn om kartlegginga hadde vore gjennomført på kommuneergoterapeuten sitt kontor. At brukaren kjenner seg trygg i kartleggingssituasjonen og får tillit til ergoterapeuten vart framheva av Berit som ein viktig føresetnad for å gjere ei god kartlegging.

For Aud var det naturleg å ta kartlegginga heime hos Arne av di ei av problemstillingane i tilvisinga var om det var god nok plass i heimen deira til å få inn ein ny elektrisk rullestol. Ho veit allereie dei konkrete måla til dørene i leilegheita, men har ikkje vore der sjølv og sett korleis høva er. Som erfaren ergoterapeut kjenner ho til kor stor plass ein elektrisk rullestol tek opp, og ved å vurdere leilegheita i lys av dette, kan ho kome nærare ei løysing på brukaren sitt problem.

Ein kan òg seie at som erfaren ergoterapeut med kunnskap om både brukar og hjelpemiddel, så burde Aud kunne løyst dette problemet utan å bruke tid på eit heimebesøk, noko me skal sjå seinare at ho er på god veg med, men kva hadde ho mista av opplysningar og kunnskap ved å løyse dette over telefonen? I løpet av heimebesøket kom Aud inn på dei andre hjelpemidla som Arne har, og følgde opp desse. Aud fekk meir informasjon om korleis Arne greier seg i kvardagen ved å sjå på korleis han fungerer med dei hjelpemidla han har. I tillegg er oppfølging av dei hjelpemidla ho formidlar ei av hennar pliktige arbeidsoppgåver, så å ta dette samtidig med ei kartlegging vil vere tidssparande for henne. Aud, som ikkje kjende så

godt til den nye leilegheita som ekteparet hadde flytta inn i, kunne gå glipp av andre, alternative lagringsplassar om ho ikkje vart meir kjend med dei fysiske omgjevnadane. Eit anna aspekt som hadde blitt påverka av om Aud hadde løyst denne saka utan heimebesøk, er samspelet med Arne og kona. Dei kunne ikkje ha vore med på å diskutere ulike løysingar til lagring av den nye rullestolen på same måten dersom kartlegginga hadde gått føre seg på telefonen, og det er tenkjeleg at dette òg hadde gjort noko med kvaliteten på samhandlinga. Slik ser ein at det er fleire grunnar til at Aud såg at i denne situasjonen så var den mest formålstenelege framgangsmåten for kartlegginga eit heimebesøk.

Camilla seier at dei valte å ta utprøvinga heime hos brukaren av di dette var det mest praktiske for brukaren, men ho seier vidare:

Eg har faktisk vurdert ved tidlegare utprøvingar å ta brukaren med til hjelpemiddelsentralen for å prøve ut der. Og hatt ein del alternativ som han kunne fått flytta seg til og prøvd ut. Men det har han ikkje ønska. Og dessutan så har han mykje vondt så han kan ikkje sitje så lenge, men må ligge i senga si mesteparten av tida. (Camilla)

Grunngjevingane Camilla nemner for valet med å ta eit heimebesøk er slik basert både på brukaren sitt eige ønske og behov, sjølv om ho ymtar frampå at det kunne vore meir formålsteneleg å ha utprøvinga på hjelpemiddelsentralen. Då kunne han kanskje ha fått ein meir tilpassa stol og ei grundigare kartlegging, med fleire stolar som han kunne prøvd ut og vurdert, i tillegg til at dei kunne fått god hjelp av rådgjevarar på rørsleområdet. Opp mot dette står brukaren sitt eige ønske, og at det vert praktisk vanskeleg for han å gjennomføre ei slik kartlegging. Vidare måtte Camilla vurdere om ei slik omfattande vurdering og utprøving i det heile tatt var formålsteneleg i høve til Carsten sine behov og problem.

6.1.2 Korleis tenkjer ergoterapeuten omkring kartleggingssituasjonen forut for heimebesøket?

Alle ergoterapeutane kjende til brukaren dei skulle møte frå før situasjonen, men Berit hadde ikkje treft Bjørn før, eller vore i kontakt med han i høve til formidling av hjelpemiddel. Sjølv om ho ikkje hadde møtt han, kjende ho til namnet hans. Berit seier:

Ei lita aning får ein jo i ein sånn kommune der alle meir eller mindre kjenner alle saman. Og så har ein kanskje høyrst om dei forskjellige, då. At ein veit litt, gjennom helsevesenet. Har vore borti dei brukarane før, kanskje, i andre samanhengar. (Berit)

Den kjennskapen som Berit har til Bjørn, har ho fått gjennom private kanalar, som til dømes ”rykte på bygda”, eller via uformelle samtalar mellom kollegaer når dei har snakka om denne saka. Sjølv om denne kunnskapen ikkje er tileigna på tradisjonell måte, som samtale med brukaren sjølv eller informasjon i tilvisinga, syner det seg likevel at dette er svært relevant og viktig kunnskap for Berit i høve til korleis ho tenkjer omkring Bjørn sin situasjon og førebur seg til å møte han.

*Eg hadde ein liten bakgrunnskjenning til namnet til brukaren, og at problemstillinga kanskje kunne vere samansett, og at det var viktig å gå inn og bruke tid for å kome inn i kjernen, for å sjå; **kva** er det som er problemet. (Berit)*

På bakgrunn av dette, danna Berit seg ei førebels formeining om at denne kjennskapen kunne setja lys på kva som var bakgrunnen for Bjørn sine problem. Samstundes reflekterte ho over korleis ho kunne leggje til rette samhandlinga med Bjørn for å kome fram til kva som var problema hans. Berit sa ikkje eksplisitt om kva det var som ho hadde fått vite om Bjørn, men det vart etter kvart ymta om at han kan ha hatt kontakt med psykiatrien tidlegare. Ein tanke ho danna seg før møtet, var difor at det kunne ligge psykisk problematikk til grunn for hans aktivitetsvanskar. Dersom denne formeininga syner seg å stemme, får dette konsekvensar for korleis ho legg opp samtalen:

Eg hadde førebudd meg på å gå veldig ut og stille meg på null, ut i frå det som eg hadde høyrte før, og det som var blitt gjort før. Altså nullstille meg heilt, vere open for brukaren, høyre, lytte, prøve å finne kjernen. (Berit)

Tankane Berit hadde i høve til Bjørn sin situasjon frå før fekk konsekvensar for korleis ho gjekk inn i møtet med han. Ho såg føre seg at problema hans var samansette, og gjorde seg vidare tankar om korleis ho måtte leggje opp samtalen for å få gjort ei god kartlegging. Å erkjenne at heimebesøket var ein open situasjon der ho måtte ta vurderingar og evaluering av hypotesane sine undervegs, var viktig om ho skulle ”finne kjernen” i Bjørn si problemstilling.

Forventningane som Aud hadde til heimebesøket hos Arne og kona, var meir avklara enn Berit sine. Aud hadde samarbeidd med Arne tidlegare, og ut i frå den kunnskapen ho hadde om situasjonen og omgjevnadane hans gjorde ho seg tankar om kva for ein rullestol som kunne vere aktuell for han. Ho hadde òg sett i gang førebuingar til ei utprøving av denne stolen.

Ja, det her var ein person som eg har treft tidlegare, som eg i utgangspunktet var i ferd med å avslutte saka til. Så eg visste allereie ein god del. Både om personen sjølv, og om dei fysiske og sosiale omgjevnadane. Og det var jo då elektrisk uterullestol som var behovet. Der dei var ganske konkret på; er det plass til elektrisk rullestol? Det var ei stund sidan eg hadde vore inne i saka, så eg måtte jo inn og lese meg opp på journalane. Eg hadde allereie måla til dei aktuelle dørene, så eg kunne sjå etter rullestolar som kunne vere aktuelle, bladde litt i brosjyrar og ringte til Hjelpemiddelsentralen og fekk nokre anbefalingar og nokre råd og diskuterte litt fram og tilbake der. Og eg ordna allereie klar ei utprøving, dersom det skulle bli aktuelt. Eg hadde òg nokre tankar før eg gjekk dit, om... ja, gjekk gjennom med meg sjølv korleis det faktisk var der og skreiv ned nokre stikkord for kva eg måtte hugse på og sjå etter. (Aud)

Sitatet ovanfor skildrar korleis Aud tenkte omkring korleis ho kunne medverke for å eliminere Arne sitt aktivitetsproblem. I førekant av heimebesøket hadde ho allereie gjort ei vurdering og hadde klar ein tanke om korleis aktivitetsproblemet kunne løysast. Ho hadde òg starta på prosessen med å få ein ny rullestol på utprøving. Ein av føresetnadane til at ho kunne gjere dette, var at ho kjende til Arne og situasjonen hans frå før. Aud seier:

Men du kan seie, hadde eg berre lest om at det var, kanskje ein person med multippel sklerose, og at eg ikkje kjende denne personen, meir enn at funksjonsnivået var skildra i tilvisinga, så hadde eg vore mykje mindre førebudd då eg kom, i høve til hans behov. Eg hadde ikkje kunna ringt til hjelpemiddelsentralen og så bestilt ein stol. Eg måtte hatt nokon referanserammer i høve til behovet. (Aud)

Sjølv om kjennskap til brukaren sin situasjon var til stor hjelp i høve til å planlegge heimebesøk og vidare tiltak, meiner Aud at det òg er fruktbart å vite kva som er brukaren sine konkrete aktivitetsvanskar. Ho seier:

Sjølv om ein ikkje skal vere så opphengt i diagnosar, så er det jo ein del ting som det er naudsynt å vite. I alle fall gjev dei deg ei aning om korleis, kva du skal spørje om. (Aud)

Aud skil altså mellom å ”kjenne personen” og å vite funksjonsnivå og diagnose. Det siste er naudsynt, men ikkje tilstrekkeleg for å kunne gjere den jobben som Aud har gjort forut for denne situasjonen. Kjennskap til kva diagnose brukaren har (om vedkomande har ein diagnose), er ei hjelp for å kunne reflektere omkring kva aktivitetsproblem brukaren kan ha og kva tiltak som kan vere aktuelle. Diagnosar er ein av fleire peikarar som kan vere formålstenelege i høve til å orientere seg i brukaren sin situasjon og finne ut av kva som er problemet til denne.

Den mest konkrete problemstillinga forut for kartlegginga, var Carsten sin. Camilla seier om førebuingane til dette heimebesøket:

Førebuingane gjekk egentleg på å koordinere slik at det passa for alle saman å kome heim til brukaren, og at det passa for brukaren at me kom. Og at me hadde med oss dei tinga som me trong, så det var avklart på førehand. (Camilla)

Dette var den situasjonen av dei tre som var best definert på førehand. Camilla undra seg ikkje så mykje over korleis ho skulle møte brukaren på førehand (i alle høve gjev ho ikkje uttrykk for at ho gjer det). Sjølv om det ikkje kjem fram i sitatet ovanfor, har Camilla gjort ein god jobb forut for heimebesøket, og sannsynlegvis har ho vore gjennom dei same vurderingsprosessane som Berit og Aud. Men i denne situasjonen kjem me inn seinare i formidlingsprosessen enn i dei to føregåande, så det er naturleg at ergoterapeutane har ulike fokus etter kvar dei er i prosessen. Ein del av dei vurderingane som Camilla har gjort seg, kjem likevel til uttrykk i tilpassingane som er gjort av den nye rullestolen før utprøvinga.

6.2 Kva er problemstillinga?

Me som ergoterapeutar tenkjer at det med deltaking er veldig viktig for brukaren. Og når eg seier deltaking, så tenkjer eg òg på ein sosialt akseptert... ja, verdsett måte. Og det må jo vere ut i frå brukaren sitt mål. Ikkje mitt mål, men brukar sitt mål, kva brukaren seier. (Aud)

Informantane gav uttrykk for at det er brukaren si problemstilling og brukaren sitt mål som må vere styrande for arbeidet som ergoterapeuten skal gjere. Informantane fortalde historier om hjelpemiddelformidlingar som ikkje hadde gått etter planen, av di tiltaket ikkje sto i samsvar med det som brukaren oppfatta som sitt behov, eller der brukar og ergoterapeut hadde ulike formeiningar om kva som var problemstillinga for arbeidet. Dei hadde likevel erfaringar med at det ikkje alltid var så lett å kartlegge brukaren sitt behov, noko som kunne ha bakgrunn i fleire faktorar. Seinare skal me sjå vurderingane som ligg bak avgjerslene om dei ulike tiltaka som vart planlagde, men først skal me rette blikket mot prosessen med å avklare problemstillinga for det vidare arbeidet ergoterapeuten skal gjere.

6.2.1 Ei kritisk vurdering av brukaren sitt behov

Kartleggingsprosessen er viktig for meg. Det å få ei skikkelig god kartlegging, og i første omgang få fram det som er viktig i høve til brukaren [...] Og når du har kome ned til tiltaksbiten, då har du kome ned til slutten på mi liste. Tiltaka kan vere hjelpemiddel, men treng ikkje å vere det. (Berit)

Informantane streka under at det var viktig å gjere ei ”skikkeleg god kartlegging” for å avdekke kva behovet til brukaren var. Dei meinte at dette var viktig òg i situasjonar der tilvisinga omfatta konkrete problemstillingar. Informantane hadde røynsler med at konklusjonen etter eit heimebesøk ikkje nødvendigvis sto i samsvar med det som sto i tilvisinga dei hadde fått. Aud seier:

Og det er kanskje endå vanskelegare å finne det verkelege behovet når det er sånn at folk berre skal ha og skal ha, for at dei har sett nokon andre som har, eller veit nokon andre som har. Og det er omtrent ingenting som fungerer. Det er kanskje heilt andre behov det dreier seg om enn det som vert framspeila, det vert sånne kunstige behov for å dekke andre områder. Ja, eg veit om eksempel, det kan vere behov for sosial kontakt, ikkje sant. Der det heile tida er noko nytt, og noko nytt, og noko nytt, og der det på ein måte... kan vere behov for sosial omgang. Folk er einsame. Dei er livredde for å miste nokon, miste den kontakten som var, det heimebesøket som var. (Aud)

I ein slik situasjon må ergoterapeuten for det første nå ei slik erkjenning som Aud har gjort; at i dette tilfellet er det ikkje samsvar mellom det brukaren seier er sitt behov, og det som

ergoterapeuten oppfattar som den sentrale problemstillinga. Dette er ei vurdering som ergoterapeuten gjer i løpet av samarbeidet med brukaren, og som grunnar i at situasjonane som ergoterapeuten møter er samansette.

I tillegg er det jo ofte det at folk heng seg på hjelpemiddelet, og... hm... Kanskje er det eigentleg sosial kontakt dei har behov for. [...] Det er litt andre behov som vert avdekka. (Berit)

Berit seier at ho har opplevd at eit uttala behov for eit hjelpemiddel kan vere eit vikarierende motiv for brukarar som ho i staden oppfattar har behov for merksemd og kontakt. Men Aud peikar på at problemstillinga òg kan vere motsett.

Mange gonger så kan det vere ei utfordring å få tak i det som er viktig for brukaren. For det krev at ein er aktiv og lyttar, for folk er så veldig forskjellige. Nokon er så redde for å vere til bry; og så redde for å krevje for mykje og er veldig opptekne av det. Og om dei då berre seier; nei, det treng eg ikkje. Når du likevel veit at; ja... (Aud)

I situasjonar som informantane skisserer i sitata ovanfor vil ikkje nødvendigvis brukaren sine problem bli løyst ved å formidle hjelpemiddel. Informantane var opptekne av at brukaren si problemstilling måtte klargjerast og formulerast, og at dette kunne vere vanskeleg av di brukar og ergoterapeut kunne ha ulike meiningar om kva som skulle vere problemformuleringa for det vidare arbeidet. Ergoterapeutane eg intervjuar kom vidare inn på at dei måtte vere einige med brukaren både om kva som skulle vere det aktuelle målet og korleis dei skulle koma seg dit. Ei av utfordringane i denne samanhengen, er kanskje at brukarar og andre yrkesgrupper har ei anna førestilling om ergoterapeuten sin kompetanse enn den forståinga ergoterapeuten har av eige fag? Aud seier:

Og eg opplever jo det at andre yrkesgrupper mange gonger trur at ergoterapeutane sit inne med heile oversikta over alt som fins av hjelpemiddel; me er jo så gode på hjelpemiddel. ”Ja, men,” seier eg, ”eg er ikkje god på hjelpemiddel, for det er det hjelpemiddelsentralen og leverandørane som skal vere, og eg veit ikkje om halvparten av alle hjelpemidla. Det eg skal vere god på, det er å vite brukaren si funksjonsvurdering og behov.” (Aud)

Denne erfaringa om at brukarar og samarbeidspartnarar kunne ha andre forventningar til kva det ville seie å formidle hjelpemiddel enn det ergoterapeuten sjølv hadde, delte Aud med både Berit og Camilla. Berit peikar på at slike ulike forståingar kunne påverke samhandlinga med brukaren i negativ retning:

Eg synes at det er greitt å jobbe med hjelpemiddel når eg får gjort ei skikkeleg kartlegging, og å prøve å finne fram til det riktige overfor brukaren, om det er eit hjelpemiddel dei har behov for. Men det er ofte slik som eg opplever det, at det kjem bestillingsverk ferdige om å ha sånn og sånn og å få sånn og sånn. Og den biten synes eg at til tider kan vere veldig slitsam, for då skal ein gå attende til ein kartleggingsprosess. Det kan vere andre helsepersonell, eller heimhjelpa, eller vaktmeisteren som treff ein brukar og seier at; ”ja, men det kan du få, og det må du berre snakke med ergoterapeuten om, og så får du alt det her”. Og då kan det vere litt slitsamt å gå til brukaren og byrje på kartleggingsprosessen. For då meiner dei at, ”ja, men, ho eller han sa jo at eg skulle få dette? Det kan jo ikkje vere eit problem med å få bestilt det?” Å få samarbeidspartnarar til å skjønne det, at dei ikkje kan gå ut og love dei ferdige produkta før eg overhovudet har vore der. (Berit)

Dersom samarbeidspartnarar og brukarar har andre forventningar til ergoterapeutane sin kompetanse, kan dette òg føre til at brukarane ikkje får den beste hjelpa, noko som Aud kjem inn på:

Eg synes jo... Det her høyrer vel ikkje til her i det heile tatt... Men det er berre noko som eg brenn for å seie, og det er at me ofte vert kontakta for seint, altså at me får tilvisinga for seint til å kunne gjenvinne funksjon mange gonger, ikkje sant. Og då er det, ikkje for at hjelpemiddel er noko negativt, men... Det er ikkje noko å hente, så hjelpemiddelet vert alternativet for å få gjort noko. Det er ikkje alternativet for å avlaste, eller for å byggje opp ein funksjon, eller for å trene. Det er det einaste alternativet som er. Ja, eg tenkjer på det, då det ikkje er nokon annan utveg enn til dømes ein personheis til forflytting. Kanskje om me hadde vore kopla inn tidlegare, så hadde kanskje andre hjelpemiddel enn sånne store vore aktuelle. (Aud)

Camilla hadde òg erfaringar med situasjonar der brukarane har forventningar om at ho skal bestille hjelpemiddel til dei, og fortel her om korleis ho opptrer i slike situasjonar:

Men det hender jo òg at ein får sånne rare tilvisingar som; kva slags hjelpemiddel fins og kva kan eg få? Der dei så gjerne vil at du skal ta med ein katalog som dei kan setje seg ned og bla i for å sjå om det er noko dei har bruk for. Det prøver eg å styre unna, med at eg heller kartleggar problema og behova deira og kva dei ønskjer å gjere og heller foreslår ting som kan vere aktuelle for dei. Og om ikkje det er nok, så kan eg ta med ein katalog sånn at dei får sjå kva det er eg snakkar om. (Camilla)

Sjølv om informantane meiner at ei slik kritisk vurdering av brukaren sitt behov er naudsynt, gjev dei uttrykk for at dette må gjerast med respekt for brukarane og den oppfatninga som dei har av sin eigen situasjon.

Alle folk som har problem, og meiner at dei har eit problem, det er alvorleg for den personen som det gjeld. Sjølv om dei ikkje er alvorlege for meg i det heile. Så må ein berre vere litt audmjuk når ein går ut til folk. (Berit)

Eg vil no gå djupare inn i kartleggingssituasjonen heime hos Bjørn og sjå på den kartlegginga Berit gjorde i høve til å finne problemstillinga for det vidare arbeidet.

Medan problemstillinga for heimebesøka hos Arne og Carsten var relativt konkrete, var som tidlegare nemnt utgangspunktet for situasjonen hos Bjørn meir open. Størstedelen av heimebesøket hos Bjørn gjekk ut på å finne ut av kva som var bakgrunnen for at han hadde behov for ein elektrisk ”sykkel”, som han sjølv kallar rullestolen.

Heimebesøket hos Bjørn vart innleia med at han spurde Berit rett ut om ho trudde at han trengte ”ein sånn sykkel”. Ho nølte med å svare klart på dette og sa at ho måtte gjere ei kartlegging før ho kunne seie noko om det. Deretter spurde ho om den fysiske funksjonen hans, og lurte på kva som var hans konkrete aktivitetsvanskar. Han svara utydeleg på dette, og understreka at han var sliten. Plagene hans verka å vere av meir diffus art. Han kom inn på diagnosar og kroppslege plager han hadde for fleire år attende, men kunne ikkje setje fingeren på kva konkret som var hans problem. Etter kvart vart det klart for meg, som var observatør i situasjonen, at han nok ikkje hadde grunnlag for å hevde at det var formålsteneleg for han med ein ”sykkel”, på bakgrunn av det som kom fram om den fysiske funksjonen hans. Likevel merka eg at det tydelegvis var svært viktig for han at han fekk ein slik. Det vart, sånn som eg opplevde det, ei spent stemning mellom dei to aktørane. Berit fekk ikkje tak i kva som var problemet til Bjørn, altså kvifor dette hjelpemiddelet skulle vere formålsteneleg for han. Og Bjørn på si side merka nok òg at vurderinga ikkje gjekk i den retninga som han ønska. Medan eg gøymde meg bak notatblokka mi som best eg kunne, trakk Berit fram ei hending i sjukdomshistoria til Bjørn, og spurde om han fekk seg ein knekk då han fekk denne diagnosen. Bjørn stadfesta dette, men streka under at han klarte seg godt no, både med husarbeid og andre aktivitetar (noko paradoksalt at han innrømmer dette, i og med at han prøver å synleggjere overfor Berit at han har eit aktivitetsproblem). Berit svara at det var godt å vere i aktivitet, og dei gjekk over til å snakke om kryssordløysing, som synte seg å vere ein felles hobby. Dei gjekk etter kvart over til å snakke om andre fritidsaktivitetar som Bjørn hadde, og han fortalde om kor viktig det var for han å kunne besøke familien sin. Etter ei stund vender Berit attende til temaet for heimebesøket og spør Bjørn om kva det var då han fekk vondt for å gå. Då fortalde Bjørn at han hadde angst, og det kom fram at dette var ei av grunnane som hindra han i å kome seg ut.

Denne situasjonen vart eit vendepunkt i heimebesøket. Etter dette dreidde samtalen seg i større grad om å finne ut korleis Bjørn kunne bruke sykkelen til å oppretthalde sitt sosiale nettverk, ivareta sine daglege aktivitetar, og korleis sykkelen skulle oppbevarast. Berit gjekk frå å sjå Bjørn sine vanskar i eit biomedisinsk perspektiv, til å vende blikket mot personen Bjørn. Ho la meir vekt på finne ut kva for nokre aktivitetar som opptok han, og stilte seg open for å ta inn over seg ein annan måte å forstå situasjonen hans på.

Aud kom i intervjuet inn på at kartlegginga dreidde seg om å orientere seg og å manøvrere i den aktuelle situasjonen, i møtet med brukaren. Situasjonane som brukarane var i var samansette, og å avdekke problemstillingar og behov som dei skulle arbeide vidare med, kravde mange typar av vurderingar.

Og det måtte jo vere ei utfordring om eg fekk ein student, og han berre tek skjemaet og så; ”Ja, ta no berre det skjemaet med deg, så spør du berre om det”. Eg trur ein hadde mista mykje då. (Aud)

Kartleggingsskjema og sjekklister for innhenting av opplysningar er verktøy for å avdekke brukaren sine behov, men samstundes kan dei kome til kort i høve til å hjelpe ergoterapeuten til å finne problemstillingane som skal vere styrande for arbeidet vidare.

*Men eg brukar jo så mykje meir enn det [skjemaet frå hjelpemiddelsentralen] i eit heimebesøk. Det er jo berre ein liten del av kartlegginga. Ja, for ein del av det du kartlegg, **sensar** du i situasjonen. Det er jo ut i frå, ikkje sant, den livssituasjonen som personen **er i**. Og det er **etikk** det handlar om, og det handlar om empati. Kva er det du spør om, og kva er det du... Det er alt det her usagde og den tause kunnskapen som er der. (Aud)*

6.2.2 Bruke tid på heimebesøket

Heimebesøka vara mellom ein og ein halv og to timar. Dette kan verke som lang tid, med tanke på dei konkrete resultatane som kom ut av dei, men i intervjuet kom det fram at informantane tykte tida var vel anvendt.

Og det å få den kontakten med brukarane, den førstehandskontakten når ein møter brukaren, synes eg er veldig viktig. For å prøve å skape eit tillitsforhold til brukaren. Då vert det veldig lett for brukaren òg. Og særleg når det kjem sånne hint frå brukaren at her er det noko psykisk òg. Då synes eg at det er endå meir viktig å bruke tid for at brukaren skal få tid på seg til å kome med si eigentlege problemstilling. (Berit)

Psykiske lidningar er framleis stigmatiserande og tabulagt. Å kunne skape eit rom for brukaren for å kome fram med problem som grunnar i slike lidningar, kan vere krevjande for den som skal kartlegge. Det krev at brukaren kjenner seg trygg på kartleggaren og har tillit til henne. Informantane gav uttrykk for at denne prosessen ofte tok lang tid, men at den likevel var viktig i høve til å få ei avklaring i saman med brukaren om kva som var vanskanane hans.

Eg trur det er kjempeviktig å bruke tid. For at det viser seg, erfaring viser det at når folk får litt tid på seg så kjem ting fram. Og i sånne situasjonar så ufarleggjer ein situasjonar og det er kjempeviktig. Og det er viktig at personen sjølv får kome fram med behova og at ikkje me lagar dei. (Aud)

Det er viktig å bruke den tida som trengs for å få fram kva som skal vere problemstillinga i arbeidet vidare mellom ergoterapeut og brukar. Kor mykje tid ein skal bruke på dette vert ei vurdering ut i frå den totale situasjonen som brukaren er i, og korleis samhandlinga mellom aktørane er. Og det er ei vurdering som må gjerast i situasjonen der og då.

Altså, du kan i praksis gjere ting unna på kjempekort tid, i alle fall under halve tida. Men kva har du då fått med deg, ikkje sant, anna enn det du kryssar ut på det skjemaet, og dei måla du tek? Har du då fått med deg budskapet i... det som er viktig for personen? Eg trur ikkje det. (Aud)

Men kva er det ergoterapeutane nyttar denne tida til? Korleis er det dei går fram for å få fram kva det er som er viktig for brukaren?

6.2.3 "Brukarane er individuelle, situasjonane er individuelle"

Informantane streka under at det var sentralt å bli kjent med brukaren for å kunne kome fram til ei felles problemstilling for arbeidet vidare, men dei snakka om to måtar å "bli kjent" på. Det eine aspektet var å bli kjent med den situasjonen som brukaren var i, med tanke på å vurdere kva for nokre tiltak som kunne vere aktuelle. Det andre aspektet med å bli kjent, dreier seg i større grad om å finne ut av kven denne personen som ein skal kartlegge situasjonen til er, i høve til å etablere eller utvikle eit samarbeid. I praksis vart desse to aspekta ofte vevd inn i kvarandre.

Folk er så individuelle. Og folk er i ulike fasar i livet. Ja, brukarane er individuelle, situasjonane er individuelle, altså, me er på ulike plassar i livet. Nokon er på jobb, og nokon er ikkje blitt så gamle at dei har byrja i jobb. Nokon studerer, og nokon... Kvar er du, altså, er du i ein krisesituasjon? Ja, korleis er livssituasjonen din? Er du nysjuk eller er du... Ikkje sant? Og om du berre skulle vere sånn, berre ta det skjemaet sånn, så er eg redd for at dei

skylappane... altså det hadde blitt så behageleg å berre ha det skjemaet, for då slapp du jo å spørje om noko og å tenkje på alt. Det etiske, tenkjer eg, i det. (Aud)

Det var berre Aud og Berit som nytta skjemaet frå hjelpemiddelsentralen som hjelp i kartlegginga, og dette skjemaet vart først teken fram langt ut i heimebesøket. Før dette samtala aktørane mykje saman om brukarane sine funksjonsvanskar og fysiske omgjevnadar, men òg om kvardagslege ting, som kryssord, mat og veret.

6.2.3.1 Å sjå brukaren an

Informantane uttala at dei tykte det var vanskeleg å seie noko om korleis dei skulle få tak i det som var viktig å vite noko om i høve til å finne brukaren si problemstilling, av di dette måtte sjåast i samanheng med brukaren dei skulle samarbeide med.

Og sjå brukaren an, føle på kvar denne personen er i dag. Korleis er personen i det heile tatt? Nokon vil prate minst mogleg. Og andre er opne og pratar veldig mykje om seg sjølv. Eg må prøve meg fram etter kvart som eg møter brukaren, for eg har ikkje noko oppskrift. (Berit)

Den kjennskapen til Bjørn som Berit hadde frå før, som ho fekk utvida under heimebesøket, meinte ho fekk konsekvensar for korleis ho la opp heimebesøket.

Hos ein annan person, der det ikkje hadde vore noko psykisk, så hadde eg ikkje spurd om det der. Mykje, mykje av det som eg har halde på med i dag, det hadde ikkje vore aktuelt hos ein annan brukar. (Berit)

6.2.3.2 Å bli kjent med brukaren

Både Bjørn og Arne baud oss på kaffi og noko å bite i. Dette vart ”bli kjent – situasjonar” der samtaleemna gjekk utover det ”offisielle programmet” for heimebesøket. Dei samtala mellom anna om fritidsaktivitetar brukaren hadde, kommuneøkonomien, avklaring av om informantane hadde felles kjende og kakene me fekk servert. Småprat av denne typen kan vere ein reiskap for ergoterapeuten i høve til å få ei god kartlegging. Berit brukte, slik eg ser det, denne typen av samtale for å bygge opp tillit hos Bjørn slik at han kunne kjenne seg trygg nok til å kome fram med si problemstilling. Ho vart meir kjent med han ved å snakke om aktivitetar som var meiningsfulle for han, som til dømes kryssord og mopedkøyning. Vidare stakk ho òg spørsmål om aktivitetshistoria hans inn i samtalen for å sjå om ho kunne avdekke fleire behov.

Slik eg opplevde heimebesøket hos Bjørn, vart det etter kvart ein god kontakt mellom han og Berit. Forut for heimebesøket ymta Berit om at forholdet mellom Bjørn og den kommunale helsetenesta frå før ikkje hadde vore av det beste, på grunn av at Bjørn følte at han ikkje hadde blitt tatt på alvor når han kontakta dei med sitt behov. Etter heimebesøket nemnde eg for Berit at eg tykte stemninga mellom dei vart god utover i heimebesøket, og eg lurte på korleis ho gjekk fram for å skape ein god relasjon med brukaren. Berit sa at ho òg opplevde at det vart ein god kontakt, men at ho ikkje hadde nokon oppskrift på korleis ho skulle etablere relasjonane. Ho gjorde seg likevel nokre tankar om kva som var viktig i høve til dette:

Det å gi tid, det å prøve å stanse utan at det vert sånn at ”no held du stilt for no er me ferdige med den biten der”, for at me kunne sikkert ha sete der heile ettermiddagen trur eg, og hatt det kjempekoseleg; drukke kaffi og ete bollar. Og så må ein få med det viktige, lytte, gje opplysningar, vere litt klar, og... Og det kjem jo litt an på korleis brukaren har det i dag. (Berit)

Medan me drakk kaffi og åt kaker hos Arne og kona gjekk praten saman om laust og fast. Aud tok seg god tid i denne situasjonen og kommenterte ivrig det gode bakverket me vart servert. I intervjuet la ho vekt på dei etiske aspekta ved denne situasjonen:

Eg synes at det er viktig å vere lydhør og lytte og høyre på kva brukarane har å seie. Altså, det kan jo vere at det dukkar opp ting. Ein skal jo vere litt menneskeleg òg, ein skal ta vare på det menneskelege og dei menneskelege relasjonane. Du kjem jo ganske tett inn på folk. Og folk utleverer seg ein del. Så du skal ta vare på dei menneskelege relasjonane og ikkje berre dure rett fram på. (Aud)

Heimebesøket hos Carsten var ein situasjon der nokre av aktørane ikkje kjende så godt til kvarandre. Camilla seier:

Det er klart at når det kjem så pass mange som me var, og alle har sine ting dei skulle ha sagt... Og ikkje alle kjende jo brukaren heller så godt, at dei visste korleis dei skulle halde seg til han. Mellom anna det at han høyrrer dårleg, då er det ikkje noko særleg at to pratar i munnen på kvarandre. (Camilla)

Carsten høyrrde litt dårleg, noko Camilla kjende til. Fleire gonger i løpet av heimebesøket minna ho dei andre om at dei måtte snakke høgare og tydelegare slik at Carsten fekk med seg det som vart sagt. I løpet av heimebesøket vendte forhandlaren, Hans, seg ofte til Knut eller

Camilla når han lurte på noko som omhandla Carsten og situasjonen hans. Camilla prøvde i større grad å involvere Carsten i diskusjonane som gjekk føre seg. Etter kvart fekk eg kjensla av at stemninga i situasjonen vart litt spent mellom Camilla og Hans grunna dette. Ei konkret hending der dette kom til uttrykk, var då Hans tok tak i armen til Carsten og ville føre handa hans ned til dei nye bremsespakforlengarane som var montert på den nye stolen. Camilla stakk ut handa si og stansa Hans i å gjere dette, og vende seg deretter til Carsten med eit spørsmål om kva han tykte om dei nye armlena på rullestolen. Å lede handa til ein annan person kan forståast som ein overstyrande gest, og Camilla gav uttrykk for at ho kjende Carsten som ein person som ynskte å ha kontrollen over sin eigen situasjon. Ut i frå dette kan ein tenkje seg at ho såg det som lite formålsteneleg å bruke guiding i denne situasjonen.

6.2.3.3 ”Du må ha evna til å omstille deg”

Ein må kunne stille seg på dei ulike nivåa med dei ulike folka ein møter. Individuell tilnærming. Du må tenkje litt på korleis du kler deg, litt på ein måte det òg, med tanke på kven du skal til. Altså, det går litt sånn på korleis du framstår. [...] Altså, du skal vise respekt for brukarane, er mi meining. Du skal ikkje vere oversminka og alt om du går til terminal. Du må halde deg litt med masse parfyme og i det heile tatt. Eg prøver å vere litt nøytral. Eg veit ikkje, du må ha evna til å omstille deg. (Berit)

Alle ergoterapeutane var nøytralt kledd, i vanlege og praktiske klede. Dei noterte på vanlege notatblokker, og einaste fysiske teiknet på at dei var representantar for helsevesenet, var at dei hadde med seg ei brukarmappe av papp med opplysningar om den brukaren dei skulle møte, samt målebandet.

Ergoterapeutane kunne påverke stemninga i heimebesøka, og gjorde dette fleire gonger. Mellom anna brukte Camilla humor og fleip (i eit forsøk på å betre samhaldet i gruppa som var der?) ved fleire høve, og ergoterapeutane nytta òg andre teknikkar for å tilpasse kartleggingssituasjonen til det dei oppfatta situasjonen kravde. På slutten av heimebesøket hos Arne og kona, tok mellom anna Aud på seg å ta kontakt med sameiget for å høyre om dei kunne få tillating til å ha rullestolen i yttergangen. Dette var ei ekstra teneste som ho gjorde for ekteparet, for dette var ikkje ei av hennar arbeidsoppgåver i utgangspunktet. Kona til Arne hadde tidlegare uttala at ho var redd for å krevje for mykje av sameiget, og at ho var engsteleg for å ta denne telefonen.

Vidare nytta både Bjørn og Berit nytta omgrepet ”sykkelen” om den elektriske uterullestolen. Det var Bjørn som brukte omgrepet først, og Berit tok etter han i dette. Arne og kona omtala

den nye rullestolen som ”stolen”, og det same gjorde Aud. Men i intervjuet etterpå refererte både Berit og Aud til rullestolane som ”rullestol”. Kartleggingssituasjonane var elles omtrent utan fagspråk og faguttrykk. Heime hos Carsten vart det likevel nytta ein del omgrep som var knytt til rullestolen sine tekniske eigenskapar, som til dømes ”tippunkt” og ”tokammerpute”, men Camilla forklarte Carsten kva ho meinte med desse omgrepa og sikra seg slik at dei kunne samtale om dette med eit etter måten likt utgangspunkt.

6.3 Å løyse problemet

Berit kom i løpet av heimebesøket fram til at det var formålsteneleg for Bjørn å ha ein ”sykkel”. Aud og Arne drøfta seg fram til ei løysing på kvar den nye rullestolen til Arne skulle stå, og korleis formidlingsprosessen skulle gå vidare. Carsten sin nye rullestol vart tilpassa og teken attende til verkstaden for ytterligare tilpassing ut i frå dei endringane aktørane vart einige om i løpet av heimebesøket. I kvar av desse situasjonane kom brukaren nærare målet, eller ei løysing på problemet. Men ingen av sakene vart avslutta. Mykje sto framleis att av arbeid då eg tok avskil med informantane mine. Under denne overskrifta vil eg sjå nærare på dei tankeprosessane og strategiane som var involvert då ergoterapeutane skulle kome nærare ei løysing på aktivitetsproblema til brukarane.

Informantane var klåre på at det ikkje var eit mål i seg sjølv å formidle eit hjelpemiddel, men at det var brukaren sine behov og ressursar som sto i fokus.

Hjelpemiddel kan jo òg vere i vegen. Det kan vere tungvint å bruke hjelpemiddel for å gjere ting. Så om ein kan gjere ein aktivitet, ei forflytting eller eit eller anna utan hjelpemiddel, så prøver eg å sjå på det først. Kanskje kan ein setje opp eit støttehandtak på veggen, kanskje kan ein flytta på noko slik at ein slepp å bruke eit hjelpemiddel. (Camilla)

I prosessen med å finne fram til den beste løysinga på brukar sitt problem, var det to aspekt som kom til uttrykk i situasjonane. Det første var sjølve samarbeidet og drøftinga mellom brukar og ergoterapeut om kva som ville vere den beste løysinga. Det andre aspektet dreidde seg om kva ergoterapeutane såg som sentralt å klargjere for at hjelpemiddelformidlinga skulle bli vellukka, altså kva som var viktig å vite noko om i høve til at brukaren skulle kunne bruke hjelpemiddelet.

6.3.1 Felles problemløysing og fagleg vurdering

Både Berit, Aud og Camilla trakk med seg brukaren inn i problemløysinga i ulike fasar av kartleggingsprosessen. Ein av grunnane til dette er sjølv sagt at brukaren si oppfatning av sin situasjon er viktig å vite noko om i høve til å finne behovet, og at ergoterapeuten er avhengig av kjennskap til brukaren sin situasjon for å kunne kome med forslag til aktuelle løysingar. Men samtalen gjekk ut over det å utveksle informasjon og handla òg om at brukarane vart involvert i den konkrete problemløysinga.

Berit og Bjørn diskuterte saman løysingar om kvar sykkelen skulle stå og oppbevarast. Bjørn kom med fleire forslag til korleis han såg for seg at oppbevaringsproblemet kunne løysast, og dei kom til slutt fram til ein stad som begge var einige i var den beste. Dei diskuterte òg korleis Bjørn kunne leggje ut straum til denne staden, og Bjørn tok ansvar for å kontakte rette vedkommande som kunne hjelpe han med dette når tida var inne for det. Vidare drøfta dei utkastet som Berit hadde laga til søknad om sykkelen. Berit sa at ho måtte grunngjeve søknaden ut i frå ”den psykiske biten”, for elles syntes ho ikkje at Bjørn hadde grunnlag for å søkje om ein slik sykkel. Bjørn var einig i at det var det psykiske som låg mest til grunn, men at han òg var hindra av ryggen sin. Dei gjekk gjennom søknaden saman, og vart einige om at Berit skulle ta kontakt når ho hadde finpusa søknaden slik at Bjørn kunne godkjenne denne. Berit seier:

Når eg har kome fram til ei problemstilling i samarbeid med brukaren, så pleier eg å ta ei oppsummering, og at brukar og eg no er på bølglengde og at me har funne noko i saman her. (Berit)

Det kom fram at Bjørn hadde eit ønske om å kunne besøkje sonen sin og barnebarnet som budde eit stykke unna, utan å vere avhengig av andre til dette. På det tidspunktet som heimebesøket vart føreteke kunne han berre besøkje dei om nokon henta han, og han ønska å vere sjølvstendig i denne situasjonen. Dette vart utgangspunktet for ein diskusjon mellom Bjørn og Berit om korleis ”sykkelen” burde vere for at han skulle kunne køyre dit og attende, og dei kom etter kvart fram til ulike tilpassingar. Bjørn hadde kjennskap til tilpassingar som var moglege, då han kjende fleire som hadde slike ”syklar” med forskjellig ekstrautstyr, og deltok i diskusjonen med denne kjennskapen.

*Men eg prøver å vere lyttande. Målsettinga mi er å ikkje **overkøyre** folk, legge løysinga på bordet til dei. For du må vere einig med brukar. At brukar òg er med på dette her, for det er trass alt brukaren som er søkjaren. Og det er brukaren du skal **vere for**. (Berit)*

Aud, Arne og kona hans diskuterte òg ulike løysingar saman i høve til kvar den nye rullestolen skulle lagrast og ladast, men det var Aud som skar igjennom og kom med si klåre anbefaling om kva ho tykte ville vere den beste løysinga. Då ho hadde gjeve beskjed om dette braut Arne ut ”Det er den beste løysinga eg har høyrte til no”. Og han la til at han hadde grua seg til å få fleire rullestolar inn i heimen sin. På dette heimebesøket var det Aud som tok initiativ til å tilrå ulike tilpassingar på rullestolen i høve til kva ho vurderte at Arne hadde

behov og interesse for. Mellom anna foreslo ho at dei kunne undersøkje om den nye rullestolen gav moglegheiter for vinkelregulering av rygg.

Ja, for at det er alltid viktig at brukarane får vite om dei moglegheitene som finnes når eg fagleg vurderer at her går det an. Og eg tenkte jo òg på den vonde ryggen som han har, med moglegheiter for å regulere ryggen sånn at det kunne gjere han i stand til å vere lenger i situasjonar. I rullestolen. (Aud)

I tillegg tenkte Aud at det kunne vere formålsteneleg for Arne at han fekk moglegheit til å køyre den nye rullestolen sjølv, og ho foreslo dette for han. Dette tykte han var ein god idé, og dei vart einige om at Aud skulle undersøkje om dette var mogleg.

Det eg tenkte, kanskje er denne rullestolen, kan den vere ein veg sånn at han ikkje vert så avhengig av nokon. Kanskje kunne det vere... Det tenkte eg. Så difor var eg i alle fall glad for at eg foreslo at han kunne køyre sjølv. (Aud)

Aud spurde ekteparet kva dei kunne tenkje seg å gjere når dei fekk denne nye rullestolen, og då kom det fram at dei gjerne ville dra på hytta si, noko dei ikkje hadde hatt høve til på lenge. Vidare kom det fram at det var viktig for Arne å kome seg opp til kyrkjegarden og stelle gravene sine der. Ut i frå dette drøfta Arne, kona og Aud kva utfordringar som måtte løysast for at dette skulle kunne gå, og vart einige om ulike tilpassingar som den nye rullestolen skulle ha. Ei slik felles problemløysing krev eit godt samhandlingsklima, då brukaren må føle at det er rom til å ta opp sine ønske og tankar.

Heime hos Carsten var det mange problemløysarar med i biletet. Camilla trakk Carsten med seg i prosessen og diskusjonane om korleis dei best skulle tilpasse den nye rullestolen, og minna Hans og Knut på at dei måtte snakke høgt og tydeleg slik at Carsten kunne få med seg det som vart sagt.

Camilla tok initiativ til å drøfte tippesikringane på den nye rullestolen med Carsten. Ho var usikker på om han trong tilpassingar av tyngepunktet av stolen for å gjere den stødigare, og tok dette opp med Carsten. Han var einig i at dette kunne vere eit problem og fortalde at han hadde tippa rundt med rullestolen tidlegare. Camilla la fram sine tankar om tippesikringane og forklarte korleis dei fungerte. Ho kom med ulike løysingar som ho meinte kunne vere aktuelle for å betre tyngdepunktet, og dei drøfta desse saman. Deretter kom dei fram til ei

avgjerd om kva som burde gjerast, og ansvaret for at denne konkrete tilpassinga vart utført, vart delegert til Knut, teknikaren.

Ein skal vere einig i at ein kjem fram til dette her. Og nokre gonger så er ein ikkje einig. Då kan ein seie at "det her, det tykkjer eg at ville passe deg betre enn det du har tenkt". Og då må ein òg kunne seie noko om kvifor. Og så kan eg seie at "om du vil ha sånn, som du sjølv ønskjer, så må me gå inn og kartlegge situasjonen". Og då ser ein kanskje at "aha, det du ønskjer, det har ikkje den funksjonen som vil hjelpe deg i den problemstillinga som du no seier til meg. Då kanskje det andre her, er mykje betre". (Berit)

Sjølv om informantane la vekt på at det var viktig å løyse problemet i saman med brukaren, gav Berit òg uttrykk for at det var viktig å ha tru på sine egne faglege vurderingar og sjølvstende i arbeidet sitt.

Og når ein jobbar ute i kommunehelsetenesta trur eg at det er litt viktig å ha kvalifikasjonar som å vere sjølvstendig, må ikkje nødvendigvis ta avgjersler der og då. Ein kan seie at no har eg gjort ei kartlegging, og no skal eg heim og tenkje litt på det her, og så kan eg kome attende til deg. (Berit)

Då brukaren og ergoterapeuten hadde funne fram til ei felles problemstilling og reflektert seg fram til kva som vil vere den beste løysinga på dette problemet, kom neste utfordring. Den dreidde seg om samspelet mellom brukaren og hjelpemiddelet, og her spela terapeuten ein viktig rolle i høve til å førebu brukaren til å bruke hjelpemiddelet og å medverke i brukaren sin prosess med å ta dette nye hjelpemiddelet i bruk.

6.3.2 Brukaren må kunne bruke dei hjelpemidla som han får.

At brukaren skal kunne bruke det hjelpemiddelet som han får, er avhengig av fleire faktorar. Eg vil no kome inn på tre av desse faktorane som var aktuelle for dei situasjonane eg observerte.

6.3.2.1 Samsvar mellom brukaren sine evner og dei krav som hjelpemiddelet stiller for å kunne bruke det

Og det er ikkje alltid at hjelpemidla løyser problemet, og då kan det hende at det lagar eit hinder, og at du i verste fall kan skade folk, om dei ikkje kan bruke dette her på rett måte. (Berit)

Berit fortalde ei historie om formidling av ein løfte- og kvilestol¹⁰ der brukaren hadde fått utlevert hjelpemiddelet utan at han var sett inn i korleis det fungerte. Han hadde sett seg i stolen og trykka på fjernkontrollen, men stolen oppførte seg ikkje som han hadde forventa at den skulle gjere, og etter det nekta han å bruke denne skumle stolen fleire gonger. Berit streka under at det måtte vere samsvar mellom brukaren sine evner og dei krava som hjelpemiddelet stilte for bruk av hjelpemiddelet.

Så har du ein løfte- kvilestol som har vore veldig populær, og du har slagpasientar, og då er det mykje kognitive krav i tillegg til det fysiske for å i det heile tatt å kunne bruke dette her. Det er ikkje berre å plassere tekniske hjelpemiddel med fjernkontroll og all verda; ”der løyste me vårt problem”. Då kan det jo ende med at det rett og slett er avgrensande for folk, for det har eg faktisk opplevd. På grunn av at dei ikkje kunne bruke det dei har fått inn i huset sitt. (Berit)

Bjørn sa på heimebesøket at han ikkje trong køyreopplæring med den nye ”sykkelen” som dei skulle søkje på. Dette reagerte Berit på, og sa at dei må ha ein del køyreopplæring, for sjølv om han hadde erfaringar, så var det annleis å køyre med ein ”sykkel”, og det kom til å bli nye ting å hugse på; ”så det gjer me”. Bjørn sa seg til slutt einig i dette og samtykka til køyreopplæring. Til liks med Berit, la òg dei andre ergoterapeutane eg intervjuja vekt på at det var viktig at brukaren vart rettleia i bruken av hjelpemiddelet, slik at brukaren kunne bruke hjelpemiddelet rett. Både i heimebesøket hos Carsten og Arne, som var dei to situasjonane der det var konkrete hjelpemiddel på staden, la Camilla og Aud vekt på at brukarane skulle prøve ut hjelpemiddelet sjølv.

Då eg starta i arbeidet, så lærte eg tidleg at når du er heime hos ein brukar, og brukaren skal ha eit hjelpemiddel, eller skal lære seg å gjere ting på ein annan måte, så er det viktig å stikke hendene djupt ned i lommane og la dei vere der, så brukaren sjølv får prøve. Det er veldig lett å stå der og gjere det for brukaren for at du kanskje trur at du kan det betre, eller fortare enn brukaren sjølv. Og den einaste måten å finne ut av om brukaren kan klare og meistrar dette, er jo om brukaren prøver det sjølv. (Camilla)

For Camilla var det viktig at Carsten skulle prøve rullestolen slik at han vart vane med å bruke hjelpemiddelet. I heimebesøket hos Carsten dukka det òg opp eit konkret døme på kvifor det var viktig å la han prøve ut hjelpemiddelet. Den nye rullestolen hadde ei anna mekanisme i høve til å ta av og på armlena enn den gamle rullestolen hadde. Carsten flytta seg sidevegs inn og ut av stolen og tok difor av armlena ved forflytting. I tillegg til at

¹⁰ Ein lenestol med motorisert vinkelregulering av rygg, heving/ senking av sete og beinstøtterregulering. Reguleringa skjer ved bruk av fjernkontroll.

mekanismen var ny for han, var armlena støre og tunge å fjerne. Camilla fortel om situasjonen:

Han sleit litt med dei armlena på rullestolen, for å få dei av og på. Og til og med me som skulle vise han korleis han skulle gjere det, sleit med dei. Men det hadde vore veldig lett for oss og setje dei på og av og sagt at "det her går jo greitt". Og så dreg me og så sit brukaren der og ikkje får det til sjølv. Då kan me risikere at me må attende igjen. Og dersom armlena står på stolen, så kjem han seg ikkje ut av den, i alle fall ikkje sånn som han er vane med å kome seg ut av den. (Camilla)

Også heime hos Arne fekk eg eit konkret døme på kor viktig det var for brukar å prøve ut hjelpemiddelet sjølv. Aud ville sjå den manuelle rullestolen som han brukte når dei var ute. Kona viste henne denne, og klaga over at den tok opp så mykje plass at dei måtte flytte den mellom soverom og stova kvar morgon og kveld. Det kom fram at ho ikkje hadde blitt vist korleis ho kunne leggje saman rullestolen før, og Aud synte henne dette og let henne prøve det sjølv. Seinare i heimebesøket avtala dei òg ei utprøving av den nye elektriske rullestolen i heimen til Arne og kona, slik at dei kunne finne ut korleis hjelpemiddelet ville fungere i dei omgjevnadane som det skulle brukast. Aud sa følgjande om korleis ho tenkjer om å la brukaren prøve ut hjelpemiddelet sjølv:

Det å ta ein telefon kontra det å ta eit heimebesøk og faktisk la folk prøve tinga og så ser dei. Kanskje dei ikkje har prøvd tinga før; "nei da, det ligg no berre her..." Men så får dei i alle fall eit høve til å prøve det og sjå korleis det går, og du kan få tilbakemelding og bli rettleia på korleis du faktisk kan bruke det. Det trur eg er kjempeavgjerande i høve til om hjelpemiddelet vert liggande på hylla, om dei aldri blir prøvd. Det var ein strømpåtrekkjar ein gong, berre for å ta noko så enkelt. Og det eg plar gjere, det er at eg demonstrerer det på meg sjølv først før brukaren får prøve. Ja, det vert heilt annleis enn... "Ja, har du fått den strømpåtrekkjaren?", "Ja, eg har fått den, men eg har no ikkje hatt tid. Eg skal no prøve den ein gong..." Ikkje sant? Og då kanskje den aldri vert prøvd, og brukaren har eit kjempeproblem med å få på seg sokkane. (Aud)

Vidare kom ho inn på at opplæring i bruk av hjelpemiddelet var viktig, ikkje berre for om hjelpemiddelet var brukt, men at det vart brukt på rett måte:

Ein annan ting spesielt i høve til formidling av rullestol, så er det jo mange måtar å køyre ein rullestol på, for å få best mogleg effekt og bruke minst mogleg energi. Det er jo teknikkar på korleis ein kan køyre dei. Og om ein person ikkje har blitt fortalt det, og ein ikkje har observert det... Eg synes oppfølginga er ein kjempestor del av hjelpemiddelformidlinga. (Aud)

Aud poengterte i intervjuet at riktig og god opplæring i bruk av hjelpemiddelet var avgjerande i høve til tryggleiken både til brukaren og omgjevnadane.

Og når det gjeld rullestol, så er det jo ein masse ting som må vere på plass før du kan byrje med køyringa. Spesielt om det er ein elektrisk rullestol som du skal køyre ute. Du må jo fungere rimeleg bra for å kunne klare å køyre ein slik stol utan å kome borti alt og alle. Og det er jo eit stort ansvar for oss som terapeutar. (Aud)

6.3.2.2 Samsvar mellom hjelpemiddelet og dei omgjevnadane som hjelpemiddelet skal brukast i.

I heimebesøket hos Bjørn spurte Berit han om fritidsaktivitetar han dreiv på med, og som ho meinte og hugsa at han hadde drive på med tidlegare. Då eg i intervjuet spurte henne om kvifor ho gjorde dette sa ho:

Det er for å samle aktivitetsnivået, altså, kvar er folk, kva held dei på med? Nå kom det jo fram at han likte å kome seg ut, og at han kjempa litt med det, i høve til sine problem. Om han hadde sagt ja [til at han dreiv på med denne aktiviteten], så hadde eg lurt på; kvar utførar du dette? Er du på ein eller annan klubb, er du på eit dagsenter, har du behov for dette hjelpemiddelet for å kome deg dit? Kva vert viktig å ha dette hjelpemiddelet til? (Berit)

Øg i dei andre heimebesøka la informantane vekt på å finne ut av kva for nokre omgjevningar hjelpemiddelet skulle brukast i. Heime hos Carsten spurte Camilla Carsten om han kunne køyre rundt i huset sitt og sjå om han kom godt inntil kjøkkenbordet med den nye rullestolen. Aud peika i heimebesøket hos Arne på at den nye elektriske rullestolen måtte prøvast ut i omgjevnadane til Arne før dei tok ei avgjerd i høve til kva for ein rullestol dei skulle satse på. Vidare diskuterte dei kva omgjevningar Arne ønska å bruke hjelpemiddelet i, og kva for tilpassingar av rullestolen som kravdes i høve til dette. Den same diskusjonen gjekk føre seg i heimebesøket hos Berit og Bjørn. I intervjuet prata Aud om utfordringar ho såg ved formidling av hjelpemiddel, og ho kom då inn på at innføring av eit hjelpemiddel måtte sjåast i samanheng med dei omgjevnadane som det skulle plasserast inn i.

Det går veldig mykje tid til å administrere. Altså, folk er ikkje tilgjengelege heile tida. [...] Kontakt med hjelpemiddelfirma, kontakt med... ja... dei som det er behov for å ha kontakt med. Entreprenørfirma òg, ja, kanskje du må ha det i høve til tilpassing av rullestol. For at du må ha utbetring av huset. For at, hjelpemiddelformidling av rullestol, det er ikkje berre rullestol. Kanskje vil personen bu i huset sitt etter at han har fått rullestol, og då er det tiltak. (Aud)

I tillegg til å vere merksam på at hjelpemiddelet skal passe til dei omgjevnadane som brukaren skal bruke det i, krev formidlinga at ergoterapeuten kan samarbeide med andre faggrupper og instansar i høve til å få til denne tilpassinga, noko Aud kjem inn på her:

Og så ein annan ting som eg ikkje har nemnt i høve til hjelpemiddelformidling; du har ikkje berre brukaren og dei tinga der du skal halde deg til. Du har husvertar, det kan vere at brukaren bur i eit burettslag. Av og til må du ha kontakt med røyrleggjarar, elektrikarar og andre samarbeidspartnarar; fysioterapeutar og heimetenesta. Dei som er aktuelle for å få installert hjelpemidla. (Aud)

Ergoterapeutane kunne òg kome med forslag til andre aktivitetar som brukaren kunne bruke hjelpemiddelet til. Bjørn fortalde at han ikkje likte seg i foreiningar og på eldresenteret, og då gjorde Berit framlegg om at han jo kunne bruke denne ”sykkelen” til bærplukking og turar i naturen. Bjørn medgav at dette var ein aktivitet han hadde likt å halde på med tidlegare, og meinte at det kunne vere morosamt å ta dette opp att.

6.3.2.3 Samsvar mellom brukaren sine forventningar til hjelpemiddelet, og hjelpemiddelet.

Korleis brukaren ser på det hjelpemiddelet som skal formidlast, er eit sentralt punkt som kan ha konsekvensar for formidlinga. Hans, forhandlaren i heimebesøket hos Carsten, hadde merksemda si retta mot den nye rullestolen. Han viste og forklarte dei nye finessane og teknikkane til dei andre i situasjonen, og la stor vekt på fordelane og skilnadane mellom den nye og gamle stolen. Camilla som kjende Carsten frå før, visste at han ikkje var udelt velviljug i høve til å få ein ny stol, og helst ville ha denne så lik den gamle som mogleg. Ho reflekterer her omkring korleis Carsten vil ta i mot den nye rullestolen.

Så det kan godt hende, at når desse tinga er gjort, at han vil at stolen skal stå der sånn at han kan prøve den. Og så kan det godt hende at han kanskje ringer etter ein månad eller to og seier at han ikkje skal ha den. For det har skjedd før. Men eg trur eigentleg innerst inne at det går bra denne gongen, for det er jo omtrent same stolen som han hadde. Og om me klarar å få den sånn passeleg lik den han har frå før, så trur eg at det går greitt. Eg trur at han blir nøgd då. (Camilla)

Det var viktig for Camilla at Carsten vart nøgd, og tok den nye stolen i bruk. Ho såg at han hadde behov for ein ny rullestol, men var etter måten ikkje sær optimistisk i høve til om han kom til å bruke den. Dette grunnar ho i hennar tankar om korleis Carsten såg på den nye rullestolen.

Bjørn var derimot svært motivert til å søkje om ein ”sykkel”. I heimebesøket refererte han fleire gonger til kjenningar av han som hadde fått ”sykkel” tidlegare, og kva erfaringar dei hadde med desse. Det vart klart for meg at i hans omgangskrins var det ikkje særleg sosialt stigmatiserande å køyre rundt med ein slik rullestol.

Og det eg òg tenkjer på; det er litt skilnad på ein typisk rullestol som Balder og Rolltec, for det er beina til folk. Og ein sånn Sportster eller alle dei her firehjulingane eller trehjulingane [ulike typar av dei rullestolane som Bjørn kallar for ein sykkel], det er ikkje så sjuke folk som brukar dei. Brukargruppa er ikkje så rullestoltrengande. (Berit)

Bjørn tok fleire gonger initiativ til å prate om mopeden han hadde hatt tidlegare, og at han kunne ha tenkt seg å ta førarkort for stor motorsykkel då han var yngre, dersom han hadde hatt råd til det. Ut i frå dette, tenkjer eg at denne ”sykkelen” godt kan innlemmast i Bjørn sitt bilde av seg sjølv som motorinteressert. Han vil kanskje òg få meir innpass blant dei han kjenner som allereie har fått ein ”sykkel”, og som han refererer til fleire gonger.

Og ein må vere litt skjønnsmessig når ein formidlar og tenkje på kva som er det viktige for brukaren å vere. (Berit)

Samstundes som at Berit tenkte at Bjørn ikkje ville vere redd for å bruke hjelpemiddelet i det offentlege rommet, gav ho uttrykk for at ho forsto at han såg dette hjelpemiddelet som formålsteneleg i høve til sitt behov. Ho prata med Bjørn om samanhengen mellom å halde seg i aktivitet og å halde ved like helsa hans, og han var einig i at det var viktig for helsa hans at han kom seg ut, både for å halde ved like sosialt nettverk og for å gjere daglege aktivitetar.

Som eg sa så var det jo naudsynt å grunngjeve søknaden ut i frå det psykiske, for å i det heile kunne grunngjeve dette godt nok til at søknaden vert stetta. Sjølv om at du snakkar om dei andre problemstillingane òg, men at hovudproblemet var det. Og etter mi meining så er det faktisk ei grunngjeving for å kunne få noko for å kome seg ut, og det var det som hadde vore hans kamp. Om han ikkje kjem seg ut, så vil han gå attende i staden for å... eller halde ved like det som var, er mi meining. Så får me sjå. (Berit)

7.0 Refleksjonar etter analyse av materialet

Kartlegging i høve til formidling av hjelpemiddel inneber, som me har sett tidlegare i denne oppgåva, å avklare brukaren sitt funksjonsnivå og aktivitetsproblem og sjå på kva for nokre omgjevnadar hjelpemiddelet skal brukast i for å finne det mest formålstenelege tiltaket. I det førre har me òg sett døme på korleis ergoterapeutar går fram og korleis dei resonnerer i kartleggingssituasjonane. I arbeidet med analysen av materialet dukka det opp fleire sentrale aspekt ved korleis ergoterapeutane resonnerer. Eg arbeidde mykje med å skilje ut og reflektere over dei einskilde aspekta, men erfarte at ergoterapeutane si resonnering var vanskeleg å drøfte del for del. Det vart vanskeleg å synleggjere det heilskapelege perspektivet eg opplevde ergoterapeutane arbeidde ut i frå ved å rette fokus mot einskilde delar av resonneringa. Etter å ha baksa med dette ei god stund, erkjente eg at ei samanfatning over analysen må presenterast som refleksjonar ut i frå to store aspekt ved ergoterapeutane si resonnering som etter kvart vaks fram gjennom analysearbeidet.

Det første aspektet rettar seg mot den forståinga som ergoterapeuten dannar seg av den situasjonen som brukaren er i, og kvifor ei slik forståing er viktig for at ho skal kunne formidle hjelpemiddel på ein god måte. Det andre poenget som eg såg at det var naudsynt å seie noko om for å synleggjere ergoterapeutane si resonnering i kartleggingssituasjonane rettar seg mot korleis fagutøvarane forstår og handlar ut i frå kartleggingssituasjonen som eit stykke praksis.

7.1 Ergoterapeuten si forståing av brukaren sin situasjon

Sjølv om ergoterapeutane la vekt på at dei måtte kome fram til ei problemstilling for arbeidet dei skulle gjere vidare, og at dette måtte skje i samarbeid med brukaren, opplevde eg at eit omgrep om problemstilling eller problemformulering ikkje femna nok av det som gjekk føre seg i prosessen mellom tilvising og avgjerda om kva for nokre tiltak som skulle gjerast. Ergoterapeutane la vekt på å sjå brukaren sin situasjon i eit breiare perspektiv enn brukaren sine diagnosar og funksjonsnedsettingar, og slik få ei djupare forståing av personen enn det som kom fram i tilvisinga. Molander sitt omgrep om *problemgrundning* kan medverke til å gje ei forståing av kva som går føre seg her. Molander legg vekt på at problem ikkje er gitte for fagutøvarane, men at det må leitast fram, setjast inn i ein samanheng som gjev mening og setjast ord på, slik at ein kan meistre problemet (Molander 1996).

Omgrepet *disease* er meint å skulle omfatte skadane eller sjukdommen som råkar den fysiske kroppen (Mattingly og Fleming 1994). Ergoterapeutane gav til kjenne at dei trong å vite noko om dette og at slik kunnskap var naudsynt for å kunne finne og tilpasse det beste hjelpemiddelet. I kartleggingssituasjonen heime hos Carsten kom den tydinga som ”disease” perspektivet kan ha i hjelpemiddelformidlinga, til uttrykk i utforminga av den nye manuelle rullestolen hans. Rullestolen til Carsten var godt tilpassa i høve til hans fysiske behov, med ekstraustyr og ombyggingar som tok omsyn til hans reduserte kraft og motorikk. Carsten hadde ikkje kunna fått ein så godt tilpassa rullestol om ikkje Camilla hadde hatt kunnskapar om, og teke omsyn til, hans fysiske funksjon og tilstand. Men materialet mitt viser at kunnskap om brukaren sin diagnose og funksjonsvurdering ikkje gav tilstrekkeleg informasjon til at ergoterapeutane kunne danne seg eit bilete av brukaren for å kunne danne ein grunn for å formulere eit problem. Eit døme på dette såg me i dynamikken i samspelet mellom Bjørn og Berit. Berit søkte først å forstå Bjørn sin situasjon ut i frå kva diagnosar og funksjonsnedsettingar han hadde. Men først når ho la vekt på andre aspekt ved situasjonen hans og vart kjend med han ut i frå eit anna perspektiv, oppnådde ho ei forståing for hans situasjon som gav meining i høve til hans uttala behov for ein rullestol. Aktivitetsvanskane til Bjørn kunne ikkje reduserast til ”angst” eller ”slag” eller ”ryggsmerter”, men gav meining når Berit nytta fleire innfallsvinklar for å kome nærare ei forståing av situasjonen hans. Å lese journalar og kunnskap om diagnosar var ikkje tilstrekkeleg for å kunne gje ergoterapeuten den informasjonen ho trong for å utvikle ei situasjonsforståing, men det er ei av fleire naudsynte innfallsvinklar ergoterapeutane nyttar seg av i kartlegginga.

Illness perspektivet er meint å skulle skildre at ergoterapeuten er oppteken av korleis brukaren opplever og meistrar sin situasjon med den sjukdommen, skada eller funksjonshemminga han har (Mattingly og Fleming 1994). Berit la vekt på å finne ut av korleis Bjørn opplevde situasjonen sin, ut i frå dei plagene han gav uttrykk for at han hadde. Ho nytta desse opplysningane for å få ei betre forståing for kva problem han eigentleg hadde i kvardagen, noko som gav eit grunnlag for å kunne gjere seg tankar om problemformulering og aktuelle tiltak. Den viktigaste kjelda til sjukdomsopplevinga til brukaren som ergoterapeutane i denne studien nytta seg av, var brukaren sjølv. Samstundes gjorde ergoterapeutane seg òg nokre tankar om korleis brukarane kunne oppleve situasjonen sin, utan at brukarane sjølv sa noko om dette. Eit døme på dette er når Aud tenkjer seg at Arne kan ha behov for å kome seg meir ut enn han gjer i dag, og at han kanskje vil kunne verta

sjølvhjelpen i denne situasjonen. Vidare såg Camilla at det kunne vere smertefullt og vanskeleg for Carsten å vere med på hjelpemiddelsentralen og prøve ut rullestolar der, noko som førte til at ho tok kartlegginga heime hos brukaren.

Samstundes som ergoterapeutane la vekt på å få informasjon om brukarane sine opplevingar av å vere sjuk, eller å ha ein funksjonshemming, var dei òg opptekne av å nærme seg brukaren ut i frå eit enno vidare perspektiv. Det var viktig for ergoterapeutane å **bli kjend med** brukaren, og å la eit bilete av kven denne personen var, vekse fram gjennom samspelet i kartleggingssituasjonen.

Mattingly og Fleming hevdar at ergoterapeutar i tillegg til å sjå på brukaren som ein person med ein funksjonshemming eller skade, òg rettar seg mot brukaren som ein person som har fått livet sitt endra som følgje av denne skada (Mattingly og Fleming 1994). Ein konsekvens av dette, er at det vert viktig å sjå på brukaren sitt liv ut i frå eit større perspektiv enn *disease* perspektivet. Det vert òg naudsynt å vite noko om det livet som har blitt påverka, og konteksten personen lever i. Aud og Berit gjorde fleire grep for å bli betre kjend med brukaren, som gjekk ut over å spørje dei ut om den fysiske funksjonen deira, eller diskusjon om bakgrunnen for tilvisinga. Begge tok seg tid til kaffidrikking og småpratning om andre tema, men dei valte òg å prate med brukaren ut i frå eit aktivitetsperspektiv og spurte om kva aktivitetar dei heldt på med eller hadde eit ønske om å gjere. I begge desse situasjonane fekk me eit innblikk i kven denne brukaren var, og hadde vore. Gjennom forteljingane til Arne og kona, fekk me eit bilete av eit ektepar som hadde vore unge og nyforelska, gått på dansefestar og skiturar og som framleis var glade i og avhengige av kvarandre, men som no hadde møtt utfordringar i høve til Arne sin nedsette funksjon og korleis dei skulle halde seg til dette. Gjennom Bjørn si forteljing fekk me vite at han var motorinteressert og oppteken av å meistre kvardagen mest mogleg sjølvstendig. Han var oppteken av å hjelpe andre, likte å løyse kryssord, kunne kome seg ut på turar i skog og mark, og å vitje familien sin. Han hadde ei dramatisk sjukdomsforteljing og var stolt over at han hadde meistra kvardagen med sin psykiske sjukdom godt tidlegare.

Slike forteljingar og bilete av brukarane som noko anna enn brukarar av den kommunale helsetenesta som kjem fram i løpet av samarbeidet med dei, er nok kjende for dei fleste kommuneergoterapeutane som dreg på heimebesøk til brukarar. Eg tykkjer at det er illustrerande for ergoterapeutane si resonnering at dei let desse forteljingane kome til uttrykk.

Dei skapar ikkje berre eit rom for brukarane slik at dei kan kome fram med si forståing av seg sjølv, men ergoterapeutane er interesserte i, og oppmodar dei til å fortelje. Berit sa i intervjuet at ho tykte det var viktig å nullstille seg sjølv, vere open for brukaren, høyre, lytte og å prøve å finne kjernen. Aud la vekt på fordelane med at ho kjende til Arne sin situasjon før ho kom på heimebesøk, og nemnde dette som ein føresetnad for at ho kunne setje i gang tiltak før heimebesøket.

Ergoterapeutane i denne studien la vekt på at brukaren si aktive medverknad var sentral i høve til om formidlinga vart vellukka. Ein stor ressurs i høve til aktiv brukarmedverknad, er at brukaren ser meininga i dei tiltaka som vert sett i verk, og for at ergoterapeuten skal kunne motivere og hjelpe han med å sjå meininga, må ho ha eit bilete av kva som er viktig for nettopp denne brukaren. Eit omgrep om meining kan vere med på å synleggjere denne prosessen, og ergoterapeutane retta seg mot fleire dimensjonar av meining i høve til brukarane sine situasjonar. For det første såg dei, som me nett har vore inne på, på den meininga sjukdommen spelte i livet til brukaren; *illness* opplevinga. Vidare var dei opptekne av det som for brukaren kunne vere meiningsfulle aktivitetar (ei oppfatning dei danna seg på bakgrunn av den forståinga dei hadde danna seg av brukaren sin situasjon), og reflekterte over meininga som sjølv hjelpemiddelet hadde for brukaren.

Me definerer oss sjølv, og vert definert av andre mellom anna gjennom dei tinga som me omgjev oss med. I tillegg til å vere eit middel for å nå eit mål som er viktig for brukaren å nå, kan hjelpemiddelet òg ha ei symbolsk side som kan verke inn på formidlingsprosessen. For Bjørn var det tydeleg at å få ein ”sykkel” var viktig for han, ikkje berre av di den ville hjelpe han med å nå målet om auka sjølvstende i aktivitetane i kvardagen, men av di han kanskje kunne få ei anna rolle gjennom å ha og å bruke den. Fleire gonger i heimebesøket viste han til kameratar som hadde fått slike ”syklar”, og han fortalde ivrig om ekstrautstyr og køyreteknikk. Dette, knytt saman med det biletet av Bjørn som vaks fram i løpet av heimebesøket, av ein motorinteressert mann som hadde køyrd mykje moped tidlegare, kan gje innspel til enda eit motiv for at han såg behovet for ein ”sykkel”. Utforminga av ”sykkelen” minner ikkje så mykje om ein rullestol, og Berit seier sjølv i intervjuet at det ikkje er så hjelpetrengande folk som brukar desse. Hjelpemiddelet formidlar slik ikkje den same informasjonen til dei sosiale omgjevnadane som den elektriske rullestolen som Arne skal søkje om. For Arne kan hjelpemiddelet han skal få seg, ha ein annan symbolsk verdi. Aud omtalar mellom anna rullestolen som ein mogleg veg som gjer at han ikkje treng å vere

så avhengig av andre. Ho prøvar å formidle denne symbolske tydinga til Arne når ho snakkar om aktivitetssmoglegheitene han kan få ved å ta dette nye hjelpemiddelet i bruk.

Den symbolske tydinga hjelpemiddelet kan ha, har ein viktig funksjon i høve til brukaren sin motivasjon for å søkje om, og å ta i bruk hjelpemiddelet. Medan Bjørn er svært motivert, gjer Aud nokre grep for å formidle si forståing av den symbolske verdien av rullestolen til Arne. Det er brukaren sjølv som må tilpasse livet sitt til hjelpemiddelet, leggje om rutinar og lære seg å bruke hjelpemiddelet på ein måte som gjer dagleglivet lettare. Eit av grepa som ergoterapeutane gjorde for å førebu brukarane på dette, var å leggje til rette for at brukarane sjølv skulle prøve ut hjelpemiddelet i dei omgjevnadane dei skulle brukast. Dei gjorde òg brukarane merksame på aktivitetar som dei kunne utføre ved hjelp av det nye hjelpemiddelet, og sette slik hjelpemiddelet inn i ein større samanheng som kunne gje meir mening til brukaren. I samtalen med brukarane knytte ergoterapeutane hjelpemiddelet opp mot omgjevnadane dei skulle brukast i, og aktivitetar dei kunne brukast til. Eit framtidsbilete vart teikna opp, der hjelpemiddelet spela ei rolla i høve til å gjere brukaren i stand til å vere i meningsfull aktivitet. Arne kunne kanskje bli i stand til å køyre aleine til kyrkjegarden, og Bjørn kunne dra på bærturar og vitje familien sin. Desse bileta vart utgangspunkt for felles problemløysing, der både brukar og ergoterapeut reflekterte over korleis hjelpemiddelet burde vere for at brukarane kunne nå måla sine.

Ergoterapeutane i denne studien framheva den rolla som samhandlinga med brukaren spelte i høve til å få ei forståing av brukaren sin situasjon. Dei la vekt på at dei måtte bruke den tida som trengs for å få fram det som var viktig for brukaren. Det kom òg fram i materialet at ergoterapeutane var opptekne av at dei måtte kunne stille seg på dei ulike nivåa som dei møtte og omstille seg for at brukaren skulle få rom for å vise kven han var. Dei gav uttrykk for at dei var medvitne om at måten dei framsto på, påverka relasjonen med brukaren. Målet var at brukaren skulle kjenne seg trygg på terapeuten og situasjonen slik at han kunne kome fram med sine behov. Ergoterapeutane valte å ha kartlegginga heime hos brukaren, ut i frå grunngevingar om at det var naudsynt å sjå på dei fysiske omgjevnadane brukaren levde i, ei antaking om at eit meir heilskapeleg bilete av brukaren som person lettare ville kome fram om kartlegginga vart gjort i heimen hans, og etter ønske frå brukaren sjølv. Heimebesøket gav ergoterapeutane kunnskap om dei fysiske omgjevnadane, i tillegg til at det gav ei trygg ramme for brukaren til å kunne fortelje om sin situasjon. At ergoterapeutane la så mykje vekt på samspelet med brukaren i høve til å få ei god kartlegging, og hadde så mange strategiar for

å gjere dette samspelet så optimalt som mogleg, er interessant i høve til den myta om hjelpemiddelformidling som eg – og informantane mine – har høyrte så mange gonger. Myta om hjelpemiddelformidling som ein enkel og teknisk prosess slår sprekker i lys av dei kunnskapane og dugleikane som informantane mine nyttar seg av i praksis og som eg har synleggjort i denne oppgåva.

7.2 "For ein del av det du kartlegg, sensar du i situasjonen"

Eg har til no retta meg mot kva ergoterapeutane legg vekt på å vite noko om i høve til brukarane dei møter. Situasjonsforståing og samspel har vore sentrale omgrep. Likevel var det noko anna eg oppfatta som sentralt i materialet mitt som hittil ikkje har fått så mykje plass. Som tidlegare nemnt har studentar uttrykt skepsis overfor å gå inn i praksissituasjonar utan kartleggingsskjema, då ein ikkje kunne vere sikker på om ein kom til å hugse alt ein burde spørje om (Krett et al 2001). Studentane argumenterer for ei auka standardisering av kartleggingssituasjonane og peiker på at praksis då kan verte betre. Eg har i denne oppgåva sett at ergoterapeutane eg observerte i større grad nytta seg sjølv som arbeidsinstrument enn kartleggingsskjema. Samstundes argumenterer dei for at tilstedeværet og samhandlinga med brukaren er heilt fundamentalt for om dei skal få til "ei god kartlegging", som først og fremst inneber at dei oppnår ei felles forståing med brukaren om kva som skal vere den aktuelle problemstillinga for det vidare arbeidet. Ei slik samhandling, som legg grunnlaget for eit tillitsfullt og konstruktivt samarbeid, krev praktiske dugleikar hos ergoterapeuten som ikkje kan tileignast ved å utelukkande nytte seg av skjema. Eg finn støtte for dette synet i følgjande sitat frå Aud, som eg finn det formålsteneleg å repetere her:

*Og det måtte jo vere ei utfordring om eg fekk ein student , og han berre tek skjemaet og så; "Ja, ta no berre det skjemaet med deg, så spør du berre om det". Eg trur ein hadde mista mykje då. [...] Men eg brukar jo så mykje meir enn det [skjemaet frå hjelpemiddelsentralen] i eit heimebesøk. Det er jo berre ein liten del av kartlegginga. Ja, for ein del av det du kartlegg, **sensar** du i situasjonen. (Aud)*

Verbet "å sense" er kome inn i norsk daglegtale frå engelsk, der ordet kan oversetjast med å *forneemme, føle, sanse; sansning, erkjennelse, oppfatning, sans, forstand, vett, følelse, betydning, fornuftig mening* (Engelsk – Norsk ordbok 1989:391). Det dreier seg om ei form for dugleik som eg opplever er nært knytt med omgrepet Molander nyttar seg av om orientering. Det er ei personleg vurdering som er knytt til noko i omgjevnadane som ein gjev merksemd og dreier seg om å fortolke korleis ein annan person har det. Else Lykkeslet

identifiserte dette som ei kunnskapsform hos sjukepleiarar i samhandling med pasientar når dei søkte og fortolke korleis pasientane eigentleg hadde det (Lykkeslet 2003). Denne fortolkinga la så grunnlaget for kva for nokre handlingar sjukepleiaren valte – eller ikkje valte – å gjere. Kanskje var det nettopp det Berit gjorde i heimebesøket hos Bjørn, då ho valte å forlate temaet om hans kroppslege problem og gjekk over til å snakke om meiningsfulle aktivitetar. Var det noko i kroppsholdinga hans, noko i blikket eller tonefallet, kombinert med hennar oppfatning om at han kanskje hadde hatt kontakt med psykiatrien tidlegare? Var det den trykka stemminga til og med eg registrerte, som førte til at ho skifta strategi? Uansett markerte dette overgangen til ein betre dialog mellom dei to, noko som igjen førte til at Berit fekk ei betre forståing for Bjørn sin situasjon.

For å forklare heilskapskarakteren i kunnskap i handling, nyttar Molander seg av eksempelet med båtbyggjaren Gösta. Dette dømet kjem til kort i høve til å skildre korleis fagutøvarar som ergoterapeutar må orientere seg i aktuelle situasjonar, av di det er grunnleggande skilnadar på å halde seg til objekt i verda, og å samhandle med andre menneske.

Ergoterapeutane kan ikkje ha ”heile båten i hovudet”, men ser at samhandlinga med brukarane er uvisse, usikre, og at dei må ta val utan å vite noko sikkert om desse er rette. Dei må ”sense” i situasjonane, som Aud seier det. Samhandlinga med brukaren står i fokus, og dei må bruke både samhandlingsdugleikar og eit spekter av sine faglege kunnskapar for å kunne meistre situasjonen og nå eit mål om betre funksjon, meistring og sjølvstende i daglege aktivitetar for brukarane sine. Dei må ta stilling til kva dei skal gjere i sjølve situasjonane, og må vere budd på at det kan dukke opp uventa moment som kan endre forståinga dei har av brukarane sin situasjon. Denne utfordringa vert ikkje løyst med meir standardiserte kartleggingsskjema eller auka produktkunnskap, men ved at ergoterapeutane legg vekt på, og utviklar sine samhandlingsdugleikar. Dette temaet er nyleg sett lys på i den førebels siste doktoravhandlinga innan ergoterapifaget i Noreg (Alve 2006), og eg vonar at den markerer startskotet for eit auka fokus på samhandlinga mellom ergoterapeut og brukar i praksis og kunnskapane som er naudsynte og relevante i denne samanhengen.

8.0 Avsluttande refleksjon

Ei av undringane mine før eg starta med arbeidet på denne oppgåva, var om ergoterapeutar var veilegna til å formidle hjelpemiddel, og i så fall kvifor dei var det. I løpet av den tida eg har arbeidd med temaet, har eg nærma meg eit svar på dette, og eg er viss på at ergoterapifaget er eit godt utgangspunkt ved formidling av hjelpemiddel. Vektlegginga av det individuelle, med fokus på meningsfull aktivitet og avhjelping av funksjonsvanskar kom tydeleg til uttrykk i situasjonane eg observerte. Men likevel brukte informantane mine få teoretiske omgrep for å grunngjeve sin praksis. Samstundes uttrykte dei frustrasjon over at andre samarbeidspartnarar og brukarar hadde andre forventningar om kva som kjenneteikna ein kartleggingssituasjon, og peika på situasjonar der dette kunne vere problematisk. For å synleggjere vår kompetanse på formidlingsområdet må me som ergoterapeutar i større grad løfte fram tankar om kvifor me gjer det me gjer; på faget sine egne premisser. Eg vonar at denne oppgåva kan vere med på å gjere dette.

I arbeidet med denne oppgåva har eg fleire gonger fått stadfesta at kartleggingssituasjonar ved formidling av hjelpemiddel ikkje er ein avgrensa del av formidlingsprosessen. Det er vanskeleg å forklare kompleksiteten i ein slik heilskap som dette feltet er. Likevel møter me som fagpersonar, og òg ergoterapifaget i sin heilskap, krav om tydeleg dokumentasjon og grunngjevingar som synleggjer bakgrunnen for vala me gjer og ein av utfordringane våre er å formidle dette på ein måte som gjer at brukarar og samarbeidspartnarar betre kan forstå ergoterapi i praksis. I kartleggingssituasjonane spelar samhandlinga med brukaren og inkorporeringa av hjelpemiddelet i brukaren sin kvardag som eit verktøy for å meistre kvardagen og vere i meningsfull aktivitet ei stor rolle. Min påstand er at dette er faktorar som er av heilt avgjerande karakter i høve til om formidlinga vert vellukka eller ikkje, men det er lite rom for å synleggjere og problematisere desse perspektiva i dokumentasjonsformene, slik desse ligg føre no.

I denne oppgåva har eg løfta fram den kliniske resonneringa som ergoterapeutane gjer i kartleggingssituasjonar, og dei kunnskapane og dugleikane som dei brukar kjem slik til uttrykk og vert synleg for andre som ikkje til stades i dei konkrete situasjonane. Eg har peika på at samhandlinga med brukaren står i fokus og sett på korleis ergoterapeutane legg til rette for, og utviklar denne samhandlinga. Me har sett at forskning syner at nettopp kvaliteten på samhandlinga med brukaren er av stor relevans for om hjelpemiddelet vert brukt, og dette er

difor eit tema som er viktig at blir sett lys på. For studentar og nye fagutøvarar kan det vere utfordrande å leggje vekk kartleggings skjemaet i samhandlinga med brukaren og i større grad rette fokus mot korleis han opplever situasjonen. Vidare kan det vere krevjande å tilstreve ei forståing for brukaren sin situasjon i eit meir heilskapeleg perspektiv enn å sjå på diagnosar og omgjevnadar. Men forskning innan klinisk resonnering syner at denne evna vert utvikla gjennom erfaring og refleksjon over praksis (Mattingly og Fleming 1994, Unsworth 2001 og Mitchell og Unsworth 2005). Eg vonar at denne oppgåva, med sitt fokus på korleis ergoterapeutar tenkjer i praksis, kan vere eit hjelpemiddel til både ergoterapeutstudentar, fagutøvarar og personar som samarbeider med desse, til å lettare kunne sjå og nytte seg av desse kunnskapane, slik at me i framtida vil få færre og færre forteljingar som den Tangerud erfarte og som vart referert til i innleiinga.

Litteraturliste

Alve, Grete, *Terapeutrollen i samhandling – En studie av ergoterapeuters samhandlingsmåter i møte med pasienter*, Avhandling, UiO 2006

Arbeids- og inkluderingsdepartementet, *Ot.prp. nr. 47 (2005-2006)*
Om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven)

Arbeids- og sosialdepartementet, *Lov om folketrygd*, 1997

Arntzen, Cathrine, *Lys er ikke mulig uten mørke – en kvalitativ studie basert på fem livshistorier om å leve et langt liv med en poliorammet kropp*, Hovedoppgave i helsefag, 2002

Batavia, M., Batavia A. I. og Friedman, R., *Changing chairs: anticipating problems in prescribing wheelchairs*, Disability and rehabilitation, nr. 12/ 2001, vol. 23

Borg, Tove, Runge, Ulla og Tjørnov, Jytte, *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i dagliglivet*, Munksgaard, København, 2003

Brandt, Å. et al, *Older people's use of powered wheelchairs for activity and participation*, Journal of Rehabilitational Medicine, nr. 36/ 2004

Brandt, Å., Iwarsson, S. og Ståhl, A., *Satisfaction with rollators among communityliving users; a follow-up study*, Disability and rehabilitation, nr 7/ 2003 vol. 25

Davies, A, De Souza, L. H. og Frank, A. O, *Changes in the quality of life in severely disabled people following provision of powered indoor/ outdoor chairs*, Disability and Rehabilitation, nr. 6/ 2003; vol. 25

Di Marco, A. et al, *Standards for wheelchair prescription*, Australian occupational therapy journal, 2003/ 50

Dittmar, Helga, *The social psychology of material possessions – To have is to be*, Harvester Wheatsheaf, St. Martin's press, New York, 1992

Ekeli, Britt-Vigdis, *Evidensbasert praksis – snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* Eureka forlag, Høgskolen i Tromsø, 2002

Engelsk – Norsk ordbok, Kunnskapsforlaget, Aschehoug og Gyldendal, 1989

Engström, Bengt, *Ergonomi: sittande & rullstolar: analysera, upplev och förstå: en bok baserade på praktisk erfarenhet*, Posturalis books, 1996

Fortmeier, Susanne og Thanning, Gitte, *Set med patientens øjne. Ergoterapi og rehabilitering som patientens egen virksomhed*, FADL's forlag, 1994

Hedberg-Kristensson, Elizabeth et al, *Participation in the prescription process of mobility devices: experiences among older patients*, BJOT, nr. 4/ 2006, vol. 69

Hedberg-Kristensson, Elizabeth og Iwarsson, Susanne, *Documentation quality in occupational therapy patient records: focusing on the technical aid prescription process*, Scandinavian journal of occupational therapy nr. 10/ 2003

Helse og omsorgsdepartementet, *Forskrift om habilitering og rehabilitering*, 2001

Higgs, J., Richardson, B. og Dahlgren, M. A., *Developing practice knowledge for health professionals*, Butterworth-Heinemann, 2004

Jelier P. og Turner Smith A. *Review of wheelchair services in England*, BJOT 1997:60

Jensen, E. M, Jensen, L, Schøtt, I. og Bindslev, N., *Metodebog i hjælpemiddelformidling*, Munksgaard, Danmark, 2003

Johannessen, Kjell S., *Kunnskapenes ulike artikulasjonsmodi. En skisse av visse grunntrekk ved vårt tause grep på virkeligheten*, UNIPED nr 3/2000

Kielhofner, Gary, *Ergoterapi – det begrepsmessige grundlag*, FADLs forlag 2001 (dansk oversetting av Kielhofner, *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*, 1997)

Kielhofner, Gary, *A Model of human occupation. Theory and application*, Williams & Wilkins, 1995

Kittel, Alison, Di Marco, Allie og Stewart, Hugh, *Factors influencing the decision to abandon manual wheelchairs for three individuals with a spinal cord injury*, Disability and rehabilitation nr 1/2/3/ 2002,

Krett B., Pedersen, J., Sønnichsen, J. og Theodórsdóttir, M., *Ord på tavs viden*, Viadukt nr. 4/ 2001

Kvale, Steinar, *Det kvalitative forskningsintervju*, Gyldendal Norsk Forlag AS, 2001

Kaarhus, Randi, *Intervjuer i samfunnsvitenskapene – bidrag til en videre metodologisk diskurs*, Tidsskrift for samfunnsforskning, 1999, årgang 40, nr1

Lykkeslet, Else, *Bevegelig handlingskunnskap – en studie i sykepleiens praksis*, avhandling, UiT, 2003

Magnus, Eva, *Når alt det selvfølgelige er borte... Ti kvinner med funksjonshemming forteller*, Hovedfag i helsefag, NTNU, 1998

Magnus, Eva, *"Hjelpemidler er viktig... selv vil jeg ikke ha hjelpemidler"* – om mening og tekniske hjelpemidler, Ergoterapeuten nr. 5/ 2001

Mattingly, Cheryl og Fleming, Maureen Hayes, *Clinical reasoning – forms of inquiry in a therapeutic practice*, F.A Davis company, 1994

McMillen, Ann-Mari og Söderberg, Siv, *Disabled persons' experiences of dependence on assistive devices*, SJOT, nr. 9/ 2002

Meyer, Adolph, *The Philosophy of Occupational Therapy*, Arch. Occupational Therapy 1:1-10, 1922. Reprinted AJOT nr.10/ 1977, s.639-642

Mitchell, Robyn og Unsworth, Carolyn A. *Clinical reasoning during community health home visits: expert and novice differences*, BJOT nr. 5/ 2005

Molander, Bengt, *Kunnskap i handling*, Daidalos, 1996

Murphy, Robert, *The body silent – the different world of the disabled*, W.W. Norton, 1990

Ness, Nils Erik, *Kunnskap om aktivitet*, Ergoterapeuten nr. 11/ 2003

Ness, Nils Erik, *Ergoterapifagets aktivitetsperspektiv – et historisk blikk på ideer som påvirker faget*, bilag til Ergoterapeuten nr. 10/ 2002

Ness, Nils Erik, *Helse gjennom aktivitet*, NETF, 1999

Ness, Nils Erik, *Utgangspunktet for aktivitetsperspektivet*, Ergoterapeuten nr. 13/ 1997

Ness, Nils Erik, *Hvordan samle trådene? De tre tankesporene*, Ergoterapeuten nr 6/ 1994

NETF, *Ergoterapeutenes samfunnskontrakt. Yrkesrolle og etiske retningslinjer*. Vedtatt 20 mars 2006, henta frå NETF si heimeside www.netf.no

Nilsskog, Gunn, *Legeprofesjonens hjelpere? Arbeidsdeling mellom sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter i perioden 1946-1993*, Hovedoppgave i sosiologi, UiT, 1999

Nortvedt, Per og Grimen, Harald, *Sensibilitet og refleksjon – filosofi og vitenskapsteori for helsefag*, Gyldendal norsk forlag AS, 2004

Pierre, B. Lundgren, *Occupational therapy as documented in patients' records – Part III. Valued but not documented. Underground practice in the context of professional written communication*, SJOT, nr. 8/ 2001

Pierre, B. Lundgren og Sonn, U., *Occupational therapy as documented in patients' records – Part II. What is proper documentation? Contradictions and aspects of concern from the perspective of OTs*, SJOT nr. 6/ 1999

Rikstrygdeverket, *Hjelpemiddelformidling – en del av et større system, informasjonshefte om hjelpemiddelformidling*, 2003

Rikstrygdeverket, *Kvalitet i formidling av hjelpemidler – kommuneavtalen*, 2001

Rikstrygdeverket, *Manuelle rullestoler – et temanummer om formidling av manuelle rullestoler*, 2000a

Rikstrygdeverket, *Elektriske rullestoler – et temanummer om formidling av elektriske rullestoler*, 2000b

Rikstrygdeverket, *Trenger du hjelpemidler?* 1999

Rommetveit, Magne, *Med andre ord – Den store synonymordboka med omsetjingar til nynorsk* – NKS- forlaget, 1993

Suzuki, K. og Lockette, G. *Client satisfaction survey of a wheelchair seating clinic*, Physical and Occupational Therapy in Geriatrics 2000:17

Tangerud, Hans, *Historien om hjelpemidlene*, Ergoterapeuten nr 2/ 2004

Thagaard, Tove, *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*, Fagbokforlaget, 1998

Townsend, Elizabeth (red), *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*, Ottawa, CAOT, 1997

Trygdeetaten 2006, *Hjelpemidler til bedring av funksjonsevnen, utgifter i 1000 kr og prosentvis endring. Etter type hjelpemidler*, tabell 28, www.nav.no

Unsworth, Carolyn A., *Clinical reasoning: How do pragmatic reasoning, worldview and client-centredness fit?* BJOT, nr 1/2004

Unsworth, Carolyn A. *The clinical reasoning of novice and expert occupational therapists*, SJOT nr 8/2001

Vesaas, Halldis Moren, *Dikt i samling*, Aschehoug, 2001

Wadel, Cato, *Feltarbeid i egen kultur*, SEEK a/s, 1991

White, Elizabeth og Lemmer, Bill, *Effectiveness in wheelchair service provision*, BJOT, nr 7/ 1998 vol 61

Wressle, Ewa og Samuelsson, Kersti, *User satisfaction with mobility assistive devices*, SJOT nr 11/ 2004

Aas, Randi Wågø, *Evidensbasert praksis – Hva bør ergoterapeuter dokumentere?* Ergoterapeuten nr. 11/ 2003

Vedlegg 1.

Torunn Hamran
Avdeling for sykepleie og helsefag

Deres ref.: 13.08.2004

Vår ref.: 200404382-3/BMA2/400

Dato: 13.09.2004

P REK NORD 60/2004 HJELPEMIDDELFORMIDLING I KOMMUNEN; EN STUDIE AV KARTLEGGINGSSAMTALE MELLOM KOMMUNEERGOTERAPEUT OG BRUKER VED FORMIDLING AV RULLESTOLER - TILBAKEMELDING FRA ETISK KOMITE

Prosjektet ble lagt fram for Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK NORD) i møtet 26.08.2004. I referatet heter det:

En kvalitativ studie av samspillet mellom ergoterapeut og bruker ved formidling av rullestol til bruker. Det skal benyttes observasjon i tre situasjoner, og intervju med ergoterapeut i etterkant. Hensikten er å kartlegge hvilke ergoterapeutiske kunnskaper som benyttes i situasjonen, for om mulig å kunne komme med forslag til forbedring av kunnskapsformidling i slike situasjoner.

Komiteen klassifiserer prosjektet som ikke-terapeutisk, helsefaglig forskning på friske og syke voksne.

Komiteen har følgende merknader:

1. Forespørsel og samtykkeerklæring må slås sammen til ett skriv. Skrivet må ha som overskrift "Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt".
2. Forespørseldelen bør avsluttes med navn på den som spør og informasjon om hvordan vedkommende kan kontaktes i tilfelle spørsmål.
3. All informasjon om prosjektet og hvilke forhold som gjelder dersom man samtykker til å delta skal stå i forespørseldelen. Samtykkedelen skal *kun* bestå av overskriften "Samtykkeerklæring", en setning som for eksempel "Jeg samtykker i å delta i forskningsprosjektet....." og plass til deltagerens underskrift.
4. Forespørselen må inneholde informasjon om tidsramme for intervjuet og tidspunkt for sletting.
5. Vi gjør oppmerksom på at slik forespørselene er utformet nå er det inkonsekvens når det gjelder hvem "jeg" henpeiler på.
6. Vi foreslår at forespørsel/samtykkeerklæring utformes slik at samme versjon kan deles ut til både ergoterapeut og bruker.
7. Veiledning til utforming av forespørsel finnes på www.etikkom.no/REK.

REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK, NORD-NORGE

Administrasjonen

Universitetet i Tromsø, No-9037 Tromsø, tlf 77 64 40 00, e-post postmottak@uit.no, <http://uit.no>
førstekonsulent Berit Mathisen, tlf 77 64 53 62, faks 77 64 53 00, e-post rek-nord@fagmed.uit.no, <http://www.etikkom.no>

Vedtak:

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) ber om prosjektleders skriftlige tilbakemelding på komitéens merknader.

Tilbakemeldingen vil bli behandlet av komitéens leder og sekretær, med mindre det reises spørsmål som må behandles av samlet komité.

Vennlig hilsen



Berit Mathisen
førstekonsulent

Vedlegg 2.

Torunn Hamran
ASH
Det medisinske fakultet
Universitetet i Tromsø

Deres ref.: 15.09.2004

Vår ref.: 200404382-5/BMA2/400

Dato: 22.09.2004

P REK NORD 60/2004 HJELPEMIDDELFORMIDLING I KOMMUNEN; EN STUDIE AV KARTLEGGINGSSAMTALE MELLOM KOMMUNEERGOTERAPEUT OG BRUKER VED FORMIDLING AV RULLESTOLER - SLUTTAVURDERING-KOMITEEN HAR INGEN INNVEDINGER MOT AT PROSJEKTET GJENNOMFØRES

Vi viser til prosjektleders brev av 15.09.2004 med vedlegg.

Saken ble lagt fram for nestleder i Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) 17.09.2004.

Tilbakemeldingene på komiteens merknader i møtet 26.08.2004 (brev av 13.09.2004) tas til etterretning med følgende merknad:

1. Vi foreslår at andre setning i tredje avsnitt under kapittelet "Om metode" i forespørselen ("Jeg må ha underskrevet...") fjernes da den er unødvendig og i tillegg kan legge utilbørlig press på ergoterapeuten/brukeren til å delta i prosjektet.
2. I tillegg foreslår vi at ordet "ber" i setningen foran erstattes med ordet "spør", også for å forhindre utilbørlig press.

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) har ingen innvendinger mot at prosjektet gjennomføres.

Det forutsettes at prosjektet er godkjent av aktuelle formelle instanser før det settes i gang.

Det forutsettes at prosjektet forelegges komiteén på nytt, dersom det under gjennomføringen skjer komplikasjoner eller endringer i de forutsetninger som komiteén har basert sin avgjørelse på.

Komiteén ber om å få melding dersom prosjektet ikke blir slutført.

Vennlig hilsen


Berit Mathisen
førstekonsulent

REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK, NORD-NORGE
REK Nord

Universitetet i Tromsø, No-9037 Tromsø, tlf 77 64 40 00, e-post postmottak@uit.no, http://uit.no
førstekonsulent Berit Mathisen, tlf 77 64 53 62, faks 77 64 53 00, e-post rek-nord@fagmed.uit.no, http://www.etikkom.no

Vedlegg 3.



Astrid Gramstad
Nansenvegen 34
9007 TROMSØ

Vår dato: 25.08.2004

Vår ref: 200400964 LT /RH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING FRA PERSONVERNOMBUDET

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.08.2004. Meldingen gjelder prosjektet:

11384 *Hjelpemiddeiformidling i kommunen: en studie av kartleggingssamtalen mellom kommuneergoterapeut og bruker ved formidling av rullestoler*

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS er utpekt som personvernombud av Universitetet i Tromsø, jf. personopplysningsforskriften § 7-12. Ordningen innebærer at meldeplikten til Datatilsynet er erstattet av meldeplikt til personvernombudet.

Personvernombudets vurdering

Etter gjennomgang av meldeskjema og dokumentasjon finner personvernombudet at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Dette betyr at behandlingen av personopplysningene vil være unntatt fra konsesjonsplikt etter personopplysningsloven § 33 første ledd, men underlagt meldeplikt etter personopplysningsloven § 31 første ledd, jf. personopplysningsforskriften § 7-20.

Unntak fra konsesjonsplikten etter § 7-27 gjelder bare dersom vilkårene i punktene a) – e) alle er oppfylt:

- a) førstegangskontakt opprettes på grunnlag av offentlig tilgjengelige registre eller gjennom en faglig ansvarlig person ved virksomheten der respondenten er registrert,
- b) respondenten, eller dennes verge dersom vedkommende er umyndig, har samtykket i alle deler av undersøkelsen,
- c) prosjektet skal avsluttes på et tidspunkt som er fastsatt før prosjektet settes i gang,
- d) det innsamlede materialet anonymiseres eller slettes ved prosjektavslutning,
- e) prosjektet ikke gjør bruk av elektronisk sammenstilling av personregistre.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i vedlegget.

Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Ny melding

Det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Selv om det ikke skjer endringer i behandlingsopplegget, skal det gis ny melding tre år etter at forrige melding ble gitt dersom prosjektet fortsatt pågår.

Ny melding skal skje skriftlig til personvernombudet.

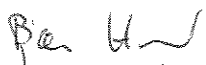
Offentlig register

Personvernombudet har lagt ut meldingen i et offentlig register, www.nsd.uib.no/personvern/register/

Ny kontakt

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.05.2005, rette en henvendelse angående status for prosjektet.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55583377

Vedlegg: Personvernombudets vurdering

Kopi: Behandlingsansvarlig Torunn Hamran

Vedlegg 4

Angående forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Jeg skal i forbindelse med min mastergrad i helsefag gjennomføre et forskningsprosjekt om hjelpemiddelformidling i kommunene ved ergoterapeut. Jeg søker etter kommuneergoterapeuter som kan stille som informanter i min studie. Datainnsamlingen vil omfatte en observasjon av kartleggingssituasjonen mellom kommuneergoterapeut og bruker ved formidling av rullestol, samt et intervju med kommuneergoterapeuten i etterkant.

Jeg velger å sende denne henvendelsen til kommuneergoterapeutens nærmeste overordnede i kommunen. Jeg tar ikke direkte kontakt med kommuneergoterapeutene selv fordi jeg ønsker at deltagelsen i prosjektet skal klareres med den overordnede, samt at det sikrer en større grad av anonymitet og skaper mindre press på kommuneergoterapeuten til å stille som informant i prosjektet om jeg sender henvendelsen via den overordnede.

Jeg ber om at du, dersom du godkjenner henvendelsen, sender forespørselen om deltagelse i prosjektet videre til en aktuell ergoterapeut i kommunene som arbeider med hjelpemiddelformidling.

Forskningsprosjektet og forespørselen om deltagelse i prosjektet er godkjent av norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, og regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge.

Dersom du trenger flere opplysninger, er det bare å ta kontakt.

Med vennlig hilsen

Astrid Gramstad
Ergoterapeut og mastergradsstudent, master i helsefag,
Universitetet i Tromsø

E-post: kenast@start.no
Tlf: 776 93701/ 474 08 149

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Som mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø, avdeling for sykepleie og helsefag ved medisinsk fakultet, skal jeg gjennomføre et selvstendig forskningsprosjekt som skal være ferdigstilt våren 2005.

Jeg har grunnutdanning som ergoterapeut og har arbeidet som kommuneergoterapeut.

Om prosjektet

Fokus for prosjektet er kartleggingsfasen i formidling av rullestoler. Dersom du arbeider med formidling av rullestoler, ville jeg satt stor pris på om du ville delta som informant i min studie.

Ergoterapeuter i kommunen arbeider mye med formidling av hjelpemidler, og føringer fra trykdeetaten setter store krav til hvordan formidlingsprosessen skal foregå. Jeg vil fokusere på hvordan kartleggingen faktisk foregår i kommunen og hvilke kunnskaper som kommer til uttrykk og blir gjort gjeldende i denne situasjonen. Teori som jeg bruker for å analysere data, vil være klinisk resonnering og fenomenologi.

Om metode

Jeg ønsker å være til stede i en kartleggingssituasjon mellom kommuneergoterapeut og en bruker som har behov for rullestol. Hvor kartleggingen finner sted, er opp til bruker og terapeut. Jeg vil ta notater underveis, men ellers forholde meg passiv.

Etter observasjonen vil jeg intervjuer kommuneergoterapeuten om hva hun/ han tenker om kartleggingssituasjoner og hvilke erfaringer hun/ han har med dette, i tillegg til å samtale om den foregående kartleggingssituasjonen. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd samtidig som jeg vil ta notater underveis. Jeg antar at intervjuet vil ta om lag en time.

Jeg ønsker at kommuneergoterapeuten tar kontakt med brukere han/ hun tror kan være aktuelle for denne studien og spør om samtykkeerklæring. Samtykkeerklæring fra kommuneergoterapeut og bruker vil foreligge før oppstart av datainnsamlingen.

Prosjektet er meldt til Regionalkomiteé for Medisinsk Forskningsetikk i Nord Norge og Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Både bruker og kommuneergoterapeuten har når som helst anledning til å trekke seg fra forskningsprosjektet, og dersom den/ de velger å gjøre dette vil allerede innsamlet informasjon vedrørende personen/e bli slettet.

Innsamlede opplysninger vil bli anonymisert ved prosjektslutt, 01.05.2005. Deltakerne i prosjektet vil også bli anonymisert i prosjektoppgaven.

Dersom det er noe du lurer på, kan du ta kontakt med meg via e-post eller telefon.

Vennlig hilsen

Astrid Gramstad
Mastergradsstudent

E-post: kenast@start.no
Telefon: 776 93701/ 474 08 149

Kommuneergoterapeuten kan ta muntlig kontakt for avtale om observasjon og intervju

Samtykkeerklæring

Jeg har fått informasjon om forskningsprosjektet ”Kunnskap i kartleggingssituasjonen ved formidling av rullestoler” og samtykker til å delta.

underskrift

dato

Intervjuguide

Problemformuleringen¹¹ min er: Hvordan foregår kartleggingssituasjonen ved formidling av rullestoler ved ergoterapeut i kommunen, og hvordan resonnerer ergoterapeuten i prosessen?

Forskningsspørsmål jeg ønsker å finne ut av i løpet av mitt arbeid med dette prosjektet er:

- Hvordan foregår kartleggingssituasjonen? Hva gjøres og hvorfor gjør ergoterapeutene det de gjør? Hvilke valg foretas under kartleggingen av ergoterapeuten, og hvordan begrunnes disse valgene?
 - Kunne kartleggingssituasjonen vært utført på andre måter?
 - (Hvordan) Etableres og utvikles samarbeidet mellom bruker og ergoterapeuten i situasjonen? Hvem er aktørene for hverandre? Drar de i samme retning, er det samhandling eller samarbeid? Forhandler de med hverandre?
 - Hvilke tankeprosesser ligger bak formidlingen av en rullestol, og kan disse standardiseres? Hvilke faktorer ser ergoterapeuten som de mest viktige å få kartlagt ved formidling av rullestol og hvilke kunnskaper og ferdigheter brukeren hun/ han i kartleggingen? Hva tenker ergoterapeuten om kartlegging og hjelpemiddelformidling?
 - Hva tenker ergoterapeuten om brukeren sin situasjon og hvordan påvirker dette samarbeidet/ samhandlingen med brukeren?
-
- Fokus er på kommuneergoterapeuten som yrkesutøver. Kartlegging, hjelpemiddel og formidling er sentrale begrep.

¹¹ I løpet av prosjektperioden skifta eg skriftmål frå bokmål til nynorsk. Denne endringa skjedde etter innsamlinga av materialet, og intervjuguiden er difor på bokmål. Eg har ikkje funne det formålsteneleg å omsetje intervjuguiden til nynorsk i etterkant av datainnsamlinga, og let den difor bli ståande slik den var då innsamlinga av materialet fann stad.

Spørsmål til intervju

Husk å takke for deltakelse!

- Informanten
 - Hvor mye erfaring fra hjelpemiddelformidling/ kommunehelsepraksis? Hva synes du om å arbeide med formidling av hjelpemidler?
 - Hvilke brukergrupper arbeider du mest med? Er det en spesiell fremgangsmåte eller metode du liker å bruke i arbeidet, og i tilfelle hvilken? Hvorfor? Hender det at du må avvike fra denne? Har behovet for metoder og fremgangsmåter endret seg for deg over tid?

- Om aktuell kartleggingssituasjon
 - Forberedelser, forforståelser.
 - Hvordan kom dere frem til dette stedet for å ha kartleggingen? Hvordan forberedte du deg til denne kartleggingssituasjonen?
 - Hvilke verktøy ville du bruke? Setter du deg noen mål for kartleggingen? Eventuelt hvilke?
 - Kan du fortelle om hva du ønsket å finne ut av i løpet av kartleggingen?
 - Hvorfor var dette viktig å finne ut av?
 - Hva var det du fant ut? Stemte det overens med sånn som du hadde tenkt deg?
 - Gikk kartleggingssituasjonen slik som du hadde tenkt på forhånd?
 - Hvis ikke, hva var det som ikke gikk som planlagt og hva tenkte du da?
 - Hvorfor gikk ikke ting som planlagt; var det noe med brukeren eller situasjonen som gjorde at du måtte gjøre endringer?
 - Hvorfor gjorde du det du gjorde? – relatert til den aktuelle situasjonen. Kunne du ha handlet på andre måter?
 - Hvordan tror du brukeren opplevde denne situasjonen?

- Hjelpemiddelformidling generelt
 - Er hjelpemiddelformidling en stor del av arbeidsoppgavene dine? Hvor mange hjelpemiddelsøknader pr uke, for eksempel.
 - Har du hovedansvaret for hjelpemiddelformidlingen i ditt distrikt?
 - Hvilke hjelpemidler formidler du mest av?

- I hvilken kontekst skjer formidlingen? Rehabiliteringssaker, rene hjelpemiddelhenvelseler, individuell plan, arbeidsplassstilrettelegging?
- Opplever du noen utfordringer ved formidling av hjelpemidler, og i så fall hvilke?
- Har du hatt noen erfaringer med at formidlingsprosessen ikke har fungert etter hensikten? For eksempel at hjelpemiddelet må byttes etter kort tid, eller at en må tilbake for å gjøre nye vurderinger? Har du gjort deg noen tanker om hvorfor?
- Hvilke kunnskaper og/ eller ferdigheter synes du er viktige ved hjelpemiddelformidling? Hva må en vite og kunne for å være god på hjelpemiddelformidling?
 - Samarbeid med brukeren viktig? Hvordan oppnå dette?
- Synes du at ergoterapeuter er velegnet til formidling av hjelpemidler, og i så fall hvorfor/ hvorfor ikke?
- Vil det være mulig å standardisere hjelpemiddelformidlingen? Å utvikle skjema og redskaper slik at for eksempel studenter og andre samarbeidspartnere i kommunen kan formidle hjelpemidlene uten å måtte gå via ergoterapeuten. Hvorfor/ hvorfor ikke?

Husk husk!

Spør etter eksempler.

Vi har god tid, la henne tenke seg om! Slappe av og ikke stresse gjennom guiden...

Noter ting hun sier som er interessante og som jeg vil komme tilbake til!

Stikkord ved observasjon

- Hvor? Hvem har valgt stedet?
- Hvordan utvikler samspillet mellom ergoterapeut og bruker seg?
 - o Hvem tar styringen i begynnelsen, initierer tema?
 - o Hvilke tema tas opp? (Hvilke tema prates det ikke om?)
 - o Inntrykk av hvem som snakker mest? Hva snakkes det om og hvem tar initiativ til å styre samtalen?
- Hvilke tema tas opp?
 - o Saksgang videre, oppfølging, avklaring, bakgrunn for henvendelsen, funksjonsvurdering
 - o Hvordan følges disse opp?
- Hva spør ergoterapeuten om?
- Hva spør brukeren om?
- Hvilke metoder er i bruk? Kartleggingsskjemaer, måleskjema etc.
 - o Hva gjøres av konkrete handlinger i situasjonen?
- Hvordan blir hjelpemiddelet tematisert?
 - o Brosjyrer el. tegninger? En konkret rullestol til utprøvingen?
 - o Hvordan fremstilles rullestolen evt symbolsk?
- Tidsperspektiv som brukes i situasjonen
 - o Fremtidsretta perspektiv? Bruk av narrativer?
- Hvordan avrundes situasjonen?
 - o Hvem tar initiativ til å avslutte – hvorfor?
 - o Hva avsluttes det med?

Hvordan blir kartleggingssituasjonen organisert, hvilke tema tas opp (saksgang videre, oppfølging, avklaring, bakgrunn for henvendelsen, funksjonsvurdering etc), hvordan følges disse opp videre, og hvordan arter situasjonen seg? Hvilke metoder er det som er i bruk? Hvordan blir rullestolen tematisert? Hvem er det som styrer situasjonen? (undersøke dynamikken mellom terapeut, bruker og selve situasjonen, hva er det som faktisk skjer?). Narrativer i bruk, tenker en fremover, hvilket tidsperspektiv har en? Hvem initierer tema og problemstillinger? Hvordan er samarbeidet mellom bruker og ergoterapeut?