

# **Ergoterapi og psykisk helsearbeid i bedriftshelsetjenesten**

En kvalitativ studie om ergoterapeuters erfaringer med å bistå  
arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer

**Marianne Saue Helling**



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap**

**Master i klinisk helsearbeid**

**Studieretning: Psykisk helsearbeid**

**HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE**

18. mai 2016



**FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP**

Papirbredden, Drammen Kunnskapspark

Grønland 58

3045 DRAMMEN

<b>Navn:</b> Marianne Saue Helling	<b>Dato:</b> 18. mai 2016
<b>Tittel og undertittel:</b> Ergoterapi og psykisk helsearbeid i bedriftshelsetjenesten (BHT) En kvalitativ studie om ergoterapeuters erfaringer med å bistå arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer	
<u><b>Sammendrag:</b></u>  <u><b>Bakgrunn:</b></u> Mennesker som opplever psykiske helseproblemer utgjør en stor del av de som står utenfor arbeidslivet eller står i fare for å falle ut. Både politiske føringer og forskning fremhever at det er viktig å beholde mennesker i arbeid til tross for psykiske helseproblemer og at dette kan redusere belastningene utfordringene medfører for den enkelte. Arbeid kan være en ressurs og de fleste har helsefordeler med å være i jobb. BHT skal bistå med forebygging og oppfølging av sykefravær og innehar kompetanse på både helse og arbeid. Ergoterapi er et fag med en historisk tradisjon innenfor psykisk helsearbeid med kjernekompetanse på betydningen av deltakelse i meningsfulle aktiviteter som både mål og middel for å fremme helse. Det finnes lite forskning på hvordan BHT arbeider med psykiske helseproblemer og på hvordan ergoterapi kan nyttes i BHT-sammenheng på feltet.  <u><b>Hensikt:</b></u> Studiens hensikt er få en dypere innsikt i hvordan ergoterapeuter i BHT bistår arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer gjennom å beskrive og utforske ergoterapeutenes erfaringer og opplevelser. Problemstillinger er: "Hvilke erfaringer har ergoterapeuter i BHT med å bistå arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer?" Forskningsspørsmålene er: 1.) Hvordan samarbeider ergoterapeuter i BHT med arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer? 2.) Hvilke faktorer erfarer ergoterapeuter i BHT som viktige for arbeidsdeltakelse ved psykiske helseproblemer?	

**Metodologi:**

Studien er deskriptiv og eksplorerende og innehar en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsposisjon. Kvalitativ forskningsintervju benyttes i studien for å innhente utdypende og beskrivende data omkring temaet gjennom subjektive perspektiv og erfaringer.

**Resultat**

Resultatene i studien er samlet i 4 hovedtema; å invitere til samtale, belastninger på flere fronter, betydningen av å oppleve seg verdifull og ergoterapeuters spesielle bidrag.

Resultatene viser at ergoterapeutene i hovedsak opplever å bistå med veiledningssamtaler og arbeidsplassvurderinger. Informantene erfarer at arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer har behov for å ha noen å snakke med på et lavest mulig nivå. Det er vanskelig å skille arbeidstakeren fra privatpersonen og det er viktig med et helhetlig bilde av arbeidstakerens situasjon. Det kan virke som det fortsatt er tabubelagt å snakke om psykiske helseutfordringer og at arbeidstakere ikke alltid ønsker å være åpne om sine utfordringer. Støtte og forståelse hos leder er viktig for arbeidsdeltakelse. Dette fordrer økt kunnskap og forståelse omkring psykiske helseproblemer.

**Konklusjon**

Ergoterapeuter i BHT har kompetanse til å arbeide på området og har en historisk tradisjon på feltet. Ergoterapi er et fag som informantene erfarer kan nyttes på feltet i et tverrfaglig team med andre faggrupper. Aktivitetsperspektivet, funksjonsvurderinger og fokus på arbeidstakers ressurser og muligheter fremheves som essensielt. BHT kan ved å utvikle sitt tjenestetilbud bli en aktør som kan bidra når arbeidstakere opplever psykiske helseproblemer. Det vil være en fordel for både ergoterapeuter sin fagutvikling og BHT sitt tjenestetilbud å forsette å forske om hvordan BHT kan bistå i psykisk helsearbeid og hvordan ergoterapeuter kan bistå i psykisk helsearbeid i BHT-sammenheng.

**Nøkkelord:**

Psykisk helsearbeid, psykiske helseproblemer, bedriftshelsetjeneste, ergoterapi, salutogenese, bedringsprosesser/recovery

<b>Name:</b> Marianne Saue Helling	<b>Date:</b> 18. mai 2016
<b>Title and subtitle:</b> Occupational therapy and Mental Health Care in Occupational Health Services (OHS) A qualitative research study about the contribution of occupational therapists with assisting employees experiencing mental health problems	
<u><b>Abstract:</b></u> <b>Background</b> People experiencing mental health issues constitutes a large part of those falling out of or being in danger of falling out of working life. Both health and welfare policies and research states the importance of supporting people experiencing mental health problems in their working role. Work can be a resource in life and most people benefit from being able to stay in the workforce. The objective of OHS is both prevention and following up absence and the services have competence in both health and work related issues. Occupational therapy has a historical tradition within mental health care, with core competences in the importance of facilitating participation and social inclusion and in meaningful activities, both as a goal and as means to promote good health. There is little research in how OHS works with mental health issues and how occupational therapy can contribute. <b>Aim of study:</b> The purpose of the study is to explore how occupational therapists in OHS assist employees who experience mental health problems, describing and exploring the therapists' experiences. "What experiences do occupational therapists in the Occupational Health Services have in assisting employees who experience mental health problems?" The research questions are: 1) How does the occupational therapist in Occupational Health Services cooperate with the employee experiencing mental health problems? 2) What factors do the occupational therapists experience as important for persons' ability to remain within the workforce despite	

mental health problems?

### **Methodology**

The study is descriptive and explorative and holds a phenomenological and hermeneutical position. Individual qualitative research interviews are used in the study to gather descriptive and in depth data, through subjective perspectives and experiences.

### **Findings**

The findings in the study are described with four main themes; invitation to conversations, challenges in several areas, the meaning of experiencing one selves as valuable and contributing and the occupational therapists' special contributions. The findings reveal that the occupational therapists mainly contributes with supportive conversations and workplace assessments. They experience that employees who struggle with mental health problems have the need for having available someone to talk to on the most accessible level. It is important to see the person as a whole individual and avoid separating the employee from the private person. It seems like there is still a taboo to talk about mental health problems and that the employees themselves not always want to be open about their challenges. Support and understanding from the management at their workplace is important for work participation. This requires increased knowledge and understanding about mental health.

### **Conclusion**

Occupational therapists in OHS has expertise and a historical tradition in working in this field. Occupational therapy is a subject that informants experience can be used in the field in interdisciplinary teams with other professionals. The activity perspective, doing function assessments and focus on the employees resources and opportunities are highlighted. OHS can, by developing their services, become an important support when employees experience mental health problems. It would be advantage for both the occupational therapists professional development and for the OHS with more tailored research in how OHS can assist in mental health related work and how the occupational therapist can contribute specifically.

### **Key words:**

Mental health services, mental health problems, Occupational Health Services, occupational therapy, salutogenesis, recovery.

## FORORD

Gjennom mitt arbeid i BHT har jeg stilt meg selv spørsmål om BHT kunne bidratt i større grad enn i dag når det gjelder arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer og utvidet sitt tjenestetilbud på området. Jeg opplever at mange kunne vært i arbeid og hatt helseeffekter av å stå i arbeid når de opplever psykiske helseproblemer dersom de får den hjelpen de trenger. Ofte omhandler dette å ha noen å snakke for å få hjelp til å finne ut hva som er utfordringene og løsningene i krevende livssituasjoner. Jeg erfarer at det alt for ofte kommer en sykemelding uten videre oppfølging og at arbeidsevne og funksjonsvurdering sjelden vurderes. Jeg synes det har vært interessant å dykke ned i andre ergoterapeuters erfaringer på feltet og få innsikt i hvordan ulike BHTer arbeider med psykisk helse. Prosessen med oppgaven har vært både en faglig og personlig utviklingsprosess. Jeg er opptatt av å videreutvikle faget ergoterapi samt å videreutvikle tjenestetilbudet til BHT når det kommer til psykisk helse.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til informantene som har stilt opp og gitt meg datamaterialet. Informantene har gjort denne studien mulig. Jeg har lært mye av mine informanter og flere har satt meg på interessante spor når det gjelder forskning og relevant litteratur. Så vil jeg takke min veileder professor Marit Borg for konstruktive og lærerike tilbakemeldinger. Videre rettes en takk til mine medstudenter for viktige refleksjoner og diskusjoner. En særlig takk til Monica Brenden og Ingunn Myraunet for tilbakemeldinger gjennom fire år og ikke minst for å motivere meg for å gjennomføre prosjektet. Ingunn har vært en hyppig og viktig diskusjonspartner i arbeidet! Jeg ønsker å takke kolleger ved min arbeidsplass HAVA BHT og da spesielt Eva Vee som har vært en viktig diskusjonspartner særlig når det gjelder bruk av relevante og hensiktsmessige teoretiske referanserammer. Til slutt rettes en stor takk til min mann og mine fire barn for tålmodighet og forståelse for tiden jeg har måttet legge ned i arbeidet.

”Hvis jeg vil lykkes med å føre et menneske mot et bestemt mål, må jeg finne henne akkurat der hun er. Den som ikke kan det, lurer seg selv når han tror at han kan hjelpe andre” (Søren Kierkegaard).

God lesing!

Marianne Saue Helling





## INNHALDSFORTEGNELSE

KAPITTEL 1 INTRODUKSJON .....	1
1.1 Oppgavens oppbygning .....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2.1 Politiske føringer .....	2
1.2.2 Personlig erfaringsbakgrunn .....	3
1.2.3 Litteratursøk .....	4
1.3 Studiens hensikt .....	5
1.4 Begrepsavklaring og avgrensning .....	5
1.4.1 Psykisk helse .....	5
1.4.2 Psykiske helseproblemer .....	6
1.4.3 Psykisk helsearbeid .....	6
1.4.5 Avgrensning .....	6
KAPITTEL 2.0 EMPIRISK OG TEORETISK KUNNSKAP .....	7
2.1 Arbeid og psykisk helse .....	7
2.2 Psykisk helsearbeid .....	9
2.3 Salutogenese .....	11
2.4 Ergoterapi og psykisk helsearbeid .....	14
KAPITTEL 3.0 METODOLOGI .....	17
3.1 Vitenskapelig forståelsesramme .....	17
3.2 Forforståelsens betydning og å forske i eget felt .....	18
3.3 Kvalitativ forskningsintervju .....	19
3.4 Inklusjonskriterium, rekruttering og utvalg .....	20
3.5 Gjennomføring av intervju .....	21
3.6 Transkribering .....	22
3.7 Tematisk analyse .....	22
3.8 Forskningsetiske overveielser .....	25
3.9 Metodiske refleksjoner .....	26
KAPITTEL 4.0 RESULTAT .....	29
4.1 Å invitere til samtale .....	29
4.1.1 Hjelp til å sortere .....	29
4.1.2 Historiene bak henvisningene .....	33
4.1.3 Å finne en felles virkelighetsforståelse .....	34

4.2	Belastninger på flere fronter .....	35
4.2.1	Det fysiske, psykiske og psykososiale henger sammen .....	35
4.2.2	Balanse i hverdagen.....	37
4.3.	Betydningen av å føle seg verdifull.....	38
4.3.1	Opplevelse av støtte og forståelse gir trygghet .....	38
4.3.2	Å sette psykisk helse og betydningen av arbeid på agendaen .....	39
4.4	Ergoterapeuters spesielle bidrag.....	41
4.4.1	Å utforske arbeidsevne .....	41
4.4.2	Aktivitetsperspektivet.....	42
KAPITTEL 5.0 DISKUSJON .....		44
5.1	Stigmatisering og skam.....	44
5.2	Fagfolk kan være redde for ikke å strekke til .....	46
5.3	BHT som lavterskeltilbud .....	48
5.4	Ergoterapeuters særegne bidrag .....	51
KAPITTEL 6.0 SAMMENFATTENDE REFLEKSJONER .....		55
KAPITTEL 7.0 STUDIENS STYRKER OG SVAKHETER .....		57
KAPITTEL 8.0 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG FORSKNING .....		58
REFERANSELISTE .....		59
VEDLEGG 1: TILRÅDING FRA PERSONVERNOMBUDET.....		
VEDLEGG 2: FORESPØRSEL- OG SAMTYKKESKJEMA FOR DELTAKELSE .....		
VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE.....		

Antall ord: 22 621

## KAPITTEL 1 INTRODUKSJON

Muskel- og skjelettplager og psykiske problemer står for den største andelen av sykefraværet og uførheten i Norge i dag. Seks av ti legemeldte sykefraværsværk skyldes muskel- og skjelettplager og ca. 20 % av alt legemeldt sykefravær skyldes psykiske helseplager. Av disse er 85 % knyttet til lettere angst- og depresjonstilstander. Det er et likt bilde i Europa og OECD-landene har psykisk helse som en av hovedutfordringene i arbeidslivet (Folkehelseinstituttet, 2014). Psykiske helseproblemer kan tenkes å være en faktor i ulike opplevde fysiske plager og kan således stå for en høyre andel enn det som fremkommer. Ihlebæk, Brage, Natvig og Bruusgaard (2010) skriver det er mange og komplekse årsakssammenhenger og at mange med langvarige muskel- og skjelettplager ofte også opplever psykiske helseproblemer. I St. melding nr. 9: Arbeid, velferd og inkludering (Det kongelige arbeids- og inkluderingsdepartement, 2006) fremkommer det at sykefraværet og frafallet fra arbeidslivet er blant de viktigste sosiale og økonomiske utfordringene i Norge i dag. Videre står det at om vi skal fortsette å ha et bærekraftig velferdssystem som er tuftet på arbeidslinja slik som i dag blir det viktig å se nærmere på hva man kan gjøre for å redusere sykefraværet og frafallet. Det kan tenkes av betydning for sykefraværet å utarbeide tjenestetilbudet til arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer. Kan bedriftshelsetjenesten (BHT) med sin kompetanse på både arbeid og helse være en instans som kan bidra på feltet?

### 1.1 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av åtte deler. Første del innehar innledningen med presentasjon av bakgrunnen for studien. Det blir redegjort for studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål, med begrepsavklaringer og avgrensning. I andre del fremlegges empirisk og teoretisk kunnskap. I tredje del beskrives studiens metodologi samt forskningsetiske overveielser. I fjerde del presenteres resultater fremkommet gjennom analyse av datamateriale. I femte del drøftes resultatene opp mot empirisk og teoretisk kunnskap. I sjette del oppsummeres studien. I sjuende del fremlegges studiens styrker og svakheter. I åttende del følger en kort redegjørelse for implikasjoner for praksis og for videre forskning. Studien har tre vedlegg. Det første vedlegget viser NSD, personvernombudet for forskning, sin godkjenning av undersøkelsen. Det andre vedlegget viser informasjonsskrivet og

samtykkeerklæringen utsendt til informantene. Det tredje vedlegget viser intervjuguiden.

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

### 1.2.1 Politiske føringer

I FN sin verdenserklæring om menneskerettigheter, artikkel 23, er retten til arbeid nedfelt slik: ”En hver har rett til arbeid, til fritt valg av yrke, til rettferdige og gode arbeidsforhold, og til beskyttelse mot arbeidsløshet” (FNs verdenserklæring om menneskerettigheter, 1948). Opptrappingsplanen for psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartement, 1999-2008), St. melding nr. 25: Åpenhet og helhet (Helse- og omsorgsdepartement, 2005-2006) og St. meld nr. 30: Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011-2012) medførte økt fokus på kunnskap og åpenhet omkring psykisk helse og arbeidsliv og viser at psykisk helse er et satsningsområde. Hovedmålsetningene er at tjenestetilbudet til mennesker med psykiske helseproblemer skal bidra til en selvstendig tilværelse for den enkelte ved å legge til rette for personlig vekst, utvikling og mestring av eget liv. St. melding nr. 16: Resept for et sunnere Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002-2003) formidler at psykisk helse kan styrkes gjennom fokus på ressurser, beskyttelses- og mestringsfaktorer som gir opplevelse av mening, mestring og menneskeverd. Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) påpeker at mennesker som opplever psykiske helseproblemer utgjør en stor del av de som står utenfor arbeidslivet eller står i fare for å falle ut. Utviklingstrekkene er de samme internasjonalt og det er aldersgruppa 20-39 som har en økning av uførepensjon på grunn av lettere psykiske helseproblemer. Videre står det at det samfunnsmessig påføres kostnader når mange står utenfor arbeidslivet og at arbeid er viktig for den enkeltes opplevelse av mestring, identitet og stilling i samfunnet. St. melding nr 47: Samhandlingsreformen (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, 2008) gir føringer for helse- og omsorgspolitikken og stiller krav til samhandling mellom spesialisthelsetjenestene og kommunene. Det vektlegges at det er viktig å beholde personer i arbeid til tross for helsemessige problemer og at dette kan redusere sykdomsomsfanget for den enkelte. Dette har en samfunnsøkonomisk verdi hvis den norske velferdsmodellen skal bestå. Jobbstrategien for mennesker med nedsatt funksjonsevne (Arbeidsdepartementet, 2012) antyder arbeidsdeltakelse som mulig for flere enn i dag. Det er et mål med tidlig innsats og fokus på å muliggjøre arbeidsdeltakelse. Veilederen Sammen om mestring (Helsedirektoratet, 2014) viser at holdningene til psykisk helseproblemer og

forståelsen for kompleksiteten er i endring og går mot et fokus på helhetlige og koordinerte tjenester, utformet i et bruker- og mestringsperspektiv. I Folkehelsemeldingen trekkes styrking av samarbeidet mellom offentlige instanser, frivillige organisasjoner og private aktører trekkes frem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

BHT sitt arbeid er forankret i arbeidsmiljøloven. I Arbeidsmiljøloven § 3.3 (2005) fremgår det at BHT skal inneha kompetanse på arbeidsmiljø og bistå med informasjon og forslag om forbedringer for å forebygge sykdom og skade. Konkrete arbeidsoppgaver varierer ut fra virksomhetens behov og myndighetenes krav. Videre fremgår det at BHT kan bistå med å tilpasse arbeidet for den enkelte og delta i forebygging og oppfølging av sykefravær. BHT skal jf. arbeidsmiljølovens § 3-3 (3) (2005) være ”en fri og uavhengig part i arbeidsmiljøspørsmål”. Således er BHT en nøytral samarbeidspartner for både arbeidsgiver og arbeidstaker som i lys av fagkunnskap og erfaring kan bidra til løsninger. I strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007) står det blant annet om BHT: ”Med sin arbeidsmiljø- og helsefaglige kompetanse er ordningen en viktig ressurs for utvikling av helsefremmende, forebyggende og attføringsrelaterte tiltak i arbeidslivet” (Arbeids- og inkluderingsdepartementet og helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 25). I rapporten etter Landskonferansen for BHT i 2013 fremgikk det at økt kompetanse på psykisk helse vil være et satsningsområde for fremtidens BHT (Sørbø, Bekkengen, Grandrudbakken, Illseth og Osnes, 2013). I rapport fra arbeidsgruppe for vurdering av den videre utviklingen av BHT (2001) anbefales utvidet bruk av BHT i arbeidet med forebygging av sykefravær og uføretrygding (Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 2001). Forskrift om administrative ordninger, kapittel 2, § 2-2 (2015) setter krav til hva en BHT skal inneholde. BHT skal ”ha en sammensetning og et faglig personale som er i stand til å gi rådgivning innen følgende kompetanseområder: arbeidsmedisin/arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid.”

### 1.2.2 Personlig erfaringsbakgrunn

Jeg har arbeidet som helse- miljø- og sikkerhets rådgiver/ergoterapeut i BHT i syv år. Jeg opplever at mine hovedoppdrag i utgangspunktet er arbeidsplassvurderinger med bakgrunn i muskel- og skjelettplager der arbeidsgiver henviser med henblikk på å forebygge sykefravær. Fysiske forhold og forhold i omgivelsene fremlegges ofte som viktige faktorer å se nærmere på. Jeg erfarer at det under arbeidsplassvurderingene ofte fremkommer et behov for å snakke

med noen og at psykiske helseproblemer kan være en viktig faktor i forhold til de opplevde utfordringene. Ut over det som dukker opp i disse arbeidsplassvurderingene, der jeg har mulighet til å bistå med det som omhandler arbeidet, erfarer jeg å jobbe lite med psykisk helse, men jeg opplever at behovet er der. Videre erfarer jeg at ergoterapi oppfattes som synonymt med ergonomi og at mange automatisk tenker en biomekanisk tilnærming til intervensjon som innebærer fokus på arbeidsteknikker og arbeidsutstyr. Jeg ønsker å finne ut hvilke erfaringer andre ergoterapeuter i BHT har med å bistå arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer. Jeg finner dette interessant da jeg ønsker å utforske om BHT kan ha et tjenestetilbud til arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer. I tillegg ønsker jeg å få utfyllende beskriver på hvordan ergoterapi kan knyttes opp mot psykisk helsearbeid i BHT.

### 1.2.3 Litteratursøk

Kunnskapsgrunnlaget for studien baserer seg på litteraturgjennomgang av forskningslitteratur funnet gjennomført systematiske søk i forskningsdatabasene; AMed, Ebsco, Cochrane, Idunn, Norart, PsyckInfo, Swemed+, OT seeker og Helsebiblioteket. I samarbeid med forskningsbibliotekar fant jeg søkeord og gjennomførte søk. Søkeordene som ble benyttet var: mental health (MH); Occupational Health Services (jf. oversettelsen til the International Commission on Occupational Health, OHS) og Occupational Therapy (OT). Tidsperiode for søket var perioden februar 2015 til april 2015. Forskningslitteratur på skandinaviske språk og engelsk i tidsperioden 2005-2015 ble inkludert. Jeg valgte å begrense til denne tidsperioden da det har blitt gjennomført mye forskning på arbeid og psykisk helse de siste årene og jeg ville få frem den nyeste forskningen på feltet. I tillegg har det i perioden vært et økende fokus fra nasjonalt hold på arbeid og psykisk helse. Jeg fikk få relevante treff i de ulike søkemotorene. Da jeg søkte med samtlige søkeord fikk jeg 45 treff. Jeg valgte derfor å dele opp og avgrense med å søke på to og to ord for å se om jeg kunne finne relevant forskning. OHS og MH gav 156 treff. OT og MH gav 851 treff og OT og OHS gav 164 treff. Søkene resulterte i få relevante forskningsartikkel spesifikt knyttet til ergoterapi og psykisk helsearbeid i BHT-sammenheng. Det kan være begrensinger i min søkemetode som ikke resulterte i relevant internasjonal forskning. Videre brukte jeg relevante søkeord for feltet for å finne forskning på arbeid og psykisk helse. I beskrivelsen av kunnskapsstatusen omkring arbeid og psykisk helse fremlagt i kapittel 2.1 har litteratur fremkommet gjennom å lese referanselister på forskningslitteratur. Ut fra dette vurderte jeg at det er behov for mer

forskning på området.

### 1.3 Studiens hensikt

Denne studiens hensikt er få en dypere innsikt i hvordan ergoterapeuter i BHT bistår arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer gjennom å beskrive og utforske ergoterapeuters erfaringer og opplevelser. Jeg erfarer at ulike yrkesgrupper arbeider med både like og ulike tilnærminger og arbeidsmåter og at det er behov for å belyse hva ergoterapeuter kan bidra med på feltet. Jeg ønsker med dette å bidra til videreutvikling av bruk av ergoterapi i BHT samt bidra til fokus på BHT sitt tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid. På bakgrunn av egne erfaringer i feltet opplever jeg at det kan være behov for å styrke BHTs tilbud til arbeidstakere som opplever dette. Formålet med intervjuundersøkelsen ble vurdert både i forhold til den vitenskapelige verdien av kunnskapen og av hensyn til forbedring av den menneskelige situasjonen som ble utforsket (Kvale og Brinkmann, 2012). Min problemstilling er:

*Hvilke erfaringer har ergoterapeuter i BHT med å bistå arbeidstakere opplever som psykiske helseproblemer?*

Med utgangspunkt i problemstillingen ønsker jeg å belyse følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan samarbeider ergoterapeuter i BHT med arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer?
2. Hva erfarer ergoterapeuter i BHT som viktige faktorer for arbeidsdeltakelse ved psykiske helseproblemer?

### 1.4 Begrepsavklaring og avgrensning

#### 1.4.1 Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, kan håndtere livets normale stress, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra for samfunnet» (WHO, 2014). Dette innbefatter helse som en ressurs i dagliglivet og ikke som tilværelsens mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). God psykisk helse innbefatter: ”evne til å mestre tanker, følelser

og atferd, og til å tilpasse seg endringer og håndtere motgang” (Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 2).

#### 1.4.2 Psykiske helseproblemer

Betegnelsen psykiske helseproblemer benyttes i studien om plager som kan gi høy symptombelastning og som i betydelig grad går utover trivsel, daglige gjøremål og samvær med andre, uten at kriteriene for en diagnose er tilfredsstilt (Major et al., 2011:1, s. 15, Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) påpeker at det kan være mange og komplekse faktorer som påvirker vår psykiske helse. Studiens forståelse av psykiske helseproblemer bygger på et dynamisk, helhetlig, relasjonelt og kontekstuellt perspektiv.

#### 1.4.3 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig utdannings, forsknings og arbeidsfelt og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som fører til psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape et inkluderende lokalmiljø. (Leder, Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008, s. 103).

#### 1.4.5 Avgrensning

På grunn av oppgavens lengde har jeg valgt å ha et individrettet perspektiv i min oppgave. Jeg har valgt å benytte meg av begrepet arbeidstakere da mitt fokus er mennesker som allerede er i et arbeidsforhold. Jamfør arbeidsmiljøloven § 1-8 (2005) defineres arbeidstaker som ”enhver som utfører arbeid i en annens tjeneste” (2007). En arbeidstaker kommer i følge arbeidsmiljøloven § 1-6 (2005) inn under arbeidsmiljøbestemmelser om helse- miljø og sikkerhet.



## KAPITTEL 2.0 EMPIRISK OG TEORETISK KUNNSKAP

Ut fra studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål har jeg valgt å legge til grunn kunnskap om arbeid og psykisk helse. I tillegg vil jeg beskrive hva som kjennetegner psykisk helsearbeid i et sosial- og humant perspektiv. Videre vil jeg belyse teorien om salutogenese som er en mestringsteori jeg erfarer er hensiktsmessig å benytte i BHT og som i følge Almvik og Borge (2006) er egnet som en del av grunnlagstenkningen i psykisk helsearbeid. Til slutt vil jeg utdype hvordan ergoterapi kan knyttes til psykisk helsearbeid.

### 2.1 Arbeid og psykisk helse

Det å være i arbeid har betydning og verdi både for enkeltmennesket og samfunnet. Arbeid kan spille en rolle i den enkeltes utvikling og opprettholdelse av psykisk helse. Arbeid gir oss en følelse av å være noe og kunne noe og gir oss identitet. Det er positivt for selvfølelsen, gir tilgang til sosial støtte og relasjoner samt kobler enkeltmennesket til samfunnet. Selvråderett, opplevd kontroll over eget liv og selvrealisering fremstår som positive faktorer ved arbeidsdeltakelse. Dessuten er arbeidsdeltakelse en kilde til økonomi og trygghet (Hannisdal, Fiske og Schei, 2011, Bluestein, 2008 og Borg og Karlsson, 2013). ”Det er gjennom arbeidet vi gjør vår innsats i livet, det er vår raison d’être på en måte. Men ikke alene det. Det er gjennom arbeidet vi skaper oss selv” (Monrad-Krohn, 1937 s. 84). Sanderson og Andrews (2006) skriver at internasjonal forskning viser at lettere depresjoner og kroniske angstlidelser er de vanligste psykiske lidelsene blant arbeidstakere. Schafft (2008) fremhever at forskning og innsats har vært rettet mot moderate og alvorlige lidelser som står for en liten del av de samfunnsøkonomiske konsekvensene av psykiske problemer. Videre understrekes det at det er viktig å få kunnskap om tilnærminger som styrker inkluderingsmuligheter og støtter mestringsevner samt motvirker arbeidsmiljøfaktorer som utløser og forsterker stress og invalidiserende psykiske reaksjoner for de som allerede er i arbeid. Ved angst og depresjon vil arbeid være spesielt viktig da jobben gir struktur og innhold og dermed mindre tid for passivitet, ensomhet og depressiv grubling (Berge og Repål, 2010). Griffin, Greiner, Stansfeld og Marmot (2007) fant at sosial støtte, bruk av egen kompetanse og ressurser samt mulighet til påvirkning i beslutningstaking er viktige faktorer som kan bidra til å redusere depresjon. Å møte barrierer og trusler på en hensiktsmessig måte kan redusere angst. Borg og Karlsson

(2013) skriver at mennesker som har opplevd psykiske problemer formidler at de føler de blir sett gjennom sitt arbeid og at arbeidsdeltakelse bidrar til at man føler seg normal, som en del av samfunnet. Hummelvoll (2012) understreker at arbeid er en arena for struktur, mestringsopplevelse, mening, tilhørighet og regelmessighet i hverdagen. ”Å være i arbeid gir fritiden mening” (Hummelvoll, 2012, s. 602). Det er viktig å fremheve arbeidets betydning i en bedringsprosess og legge til rette for arbeidsdeltakelse gjennom tett oppfølging (Hummelvoll, 2012). Waddell og Burton (2006) har gjennomgått det vitenskapelige grunnlag for om arbeid er helsefremmende. De konkluderer på bakgrunn av gjennomgåelse av flere vitenskapelige studier at kun 5-10 % har det bedre uten arbeid. Alle andre har helsefordeler med å være i jobb. De fant sterk evidens for at arbeid er gunstig for vår psykiske helse. Dette begrunnes med at arbeid i seg selv virker helende og rehabiliterende og forbedrer livskvalitet og velvære. I tillegg har det betydning for vår økonomi og materielle velstand. De finner støtte for at arbeid er viktig for vår selvrealisering, identitet, sosiale roller og status samt for våre psykososiale behov. Dette gjelder også mennesker som opplever psykiske helseproblemer. McKee-Ryan, Song, Wanberg og Kinicki (2005) fremhever at det å stå uten arbeid kan ramme både den psykiske og fysiske helsen og det finnes indikasjoner på en kausal sammenheng mellom arbeidsledighet og helse. Burton og Waddell (2006) understreker at selv om hovedmajoriteten vil ha godt av å være i arbeid kan enkelte oppleve at arbeid ikke er bra. Visse fysiske og psykososiale forhold ved arbeidet kan utløpe en risiko for vår helse og den sosiale konteksten må tas i betraktning da den i høy grad påvirker hvordan vi opplever vår arbeidsplass. Borg og Karlsson (2013) skriver at arbeidsdeltakelse i seg selv kan være en risiko for psykiske problemer når stress, mobbing, press og opplevelser av å ikke strekke til overskygger arbeidets glede og positive sider. Karasek og Theorell (1990) sin teori om sammenhengen mellom belastninger i arbeidssituasjonen og velvære, kalt kontroll-krav- og støttemodellen, viser at jobbkrav og beslutningsfrihet er nøkkelfaktorer for det psykososiale arbeidsmiljøet som kan påvirke helsetilstanden til arbeidstakere. Sosial støtte er et viktig element som anses å være en buffer i situasjoner med høye jobbkrav og lite beslutningsfrihet. Høye jobbkrav, lav egenkontroll i arbeidsoppgaver og lav sosiale støtte fra familie, kolleger og arbeidsgiver gir økt risiko for å utvikle psykiske helseproblemer. Det må være en balanse mellom de krav som stilles og de ressurser individet har til rådighet. Løvvik, Shaw, Øverland og Reme (2014) og Løvvik (2015) skriver at den enkeltes forståelse av sine psykiske plager og tankene omkring helseplagenes konsekvenser kan påvirke forventningen om arbeidsdeltakelse. Forventningen er det som er avgjørende for om man blir i arbeid og for om

man kommer tilbake etter sykefravær. Det er individets oppfatning av hva man selv tenker, tror og velger som er avgjørende. Videre er det et samspill mellom medisinske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer som påvirker forventningen om arbeidsdeltakelse. Det er dermed viktig å bygge opp positive erfaringer ved å se på personens ressurser samt de potensialer for vekst som arbeidsdeltakelse kan medføre, herunder personlig utvikling og sosiale relasjoner. Tett kontakt med arbeidsgiver er viktig for å endre eventuelle negative forventninger og skape gode opplevelser. Forventninger om bedring (recovery expectations) kan inneholde forventning om både helse og funksjonsnivå. Joss og Pratt (2006) skriver at tidlig igangsetting av ergoterapi ved syke eller skadede arbeidstakere kan redusere sykefraværet. De fant i sin studie at ergoterapeuter i BHT ikke alltid fikk henvisninger tidlig nok til å bistå. Dette ble begrunnet i manglende bevissthet og kunnskap omkring hva en ergoterapeut kan bistå med og hvordan ergoterapi kan nyttes i forhold til å forebygge sykefravær.

## 2.2 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid som fagområdet er i utvikling og omhandler å arbeide for å bedre menneskers psykiske helse på individ-, gruppe- samfunns- og systemnivå. Arbeidet innbefatter både forebygging, rehabilitering og behandling. Kunnskapsgrunnlaget er tverrvitenskapelig, men bygger på humanistiske- og samfunnsvitenskapelige perspektiv (Almvik og Borge, 2010). Vår sykdomsforståelse vil påvirke hvordan vi forstår psykiske helseproblemer og hvordan vi handler. Det tradisjonelle naturmedisinske perspektivet har vært den rådende tilnærmingen i helsevesenets praksis og i samfunnets forståelse av psykiske helseproblemer. Dette omhandler en sykdomsforståelse der sykdom ofte defineres som et avvik fra normalen og diagnoser legger grunnlag for behandling. Fagpersoner, herunder leger og psykiatere, er ekspertene som vet hva som skal til for å bli frisk. Et helseproblem er en objektiv realitet som kan måles, kategoriseres og forklares ved naturvitenskapelige metoder. Årsak og virkning tenkningen står sentralt (Skårderud, Haugsgjerd, og Stänicke, 2010). Nyere forskning viser at mennesker opplever bedring når de selv får være med i prosessen og si noe om hva som fungerer for en bedre livssituasjon og hva som er ønsker og behov. Dette endrer retningen fra å være ekspertstyrt, der helsepersonell har svarene, til å bli brukerorientert, der samarbeid mellom brukeren og helsepersonell beror på kunnskapsutveksling fra begge parter. Både forskningsbasert kunnskap, praksiskunnskap fra de ulike profesjonene og erfaringskunnskap fra brukerne vektlegges. Hjelperens holdninger og væremåte fremheves av

betydning (Almvik, 2010, s. 8). Borg og Karlsson (2013) understreker at både brukere og hjelpere har unike og felles bidrag i bedringsprosessen og bringer inn spesifikke forutsetninger for samhandling samtidig som konteksten har betydning. I et sosial- og humanvitenskapelig perspektiv på psykisk helsearbeid gis helheten av menneskets hverdagsliv betydning og ressurs- og mestringsfokuset står sentralt. Individets opplevelser og erfaringer legges til grunn for løsninger. Man retter fokus mot å forstå det enkelte mennesket og hvordan det selv tolker verden. Sykdommer kan ha ulike konsekvenser for ulike personer. Det søkes etter forhold som fremmer personens evne og mulighet til aktivt å kunne handle og være i samspill med sine omgivelser (Borg og Karlsson, 2013). Gjennom ulike politiske føringer og forskning, tidligere presentert, fremkommer det behov for, og ønske om, å fokusere på læring, mestring og egenaktivitet. Borge, Martinsen og Moe (2011) fremhever at for å få til endringer i sine liv basert på disse målene må mennesker involveres i sin egen behandling. Kilder til mestring og læring kan være egen erfaring og innsikt. Samspillet mellom ulike faktorer i et menneskets liv og den gjensidige påvirkningen er i fokus. Videre påpekes at ”når helheten av det biologiske, psykologiske og det sosiale er mer enn summen av de enkelte deler, betyr det at hjernen og resten av kroppen kan endres gjennom psykologiske og sosiale møter med omgivelsene” (Borge, Martinsen og Moe, 2011, s. 6). I Tidsskrift for psykisk helsearbeid (2008) fremheves at alle har iboende ressurser i seg selv og i sine omgivelser som kan hentes fram og gi nye muligheter for mestring. Familie, venner, hjem, skole, arbeid og trykk økonomi er betydningsfulle faktorer. Fokus ligger på hva som gjør at man beveger seg mot en høyere grad av helse og livskvalitet. Man kan leve med sine utfordringer og det er ikke nødvendigvis et mål å fri for alle plager. ”Sykdomsmodellen må forlates som det dominerende paradigme i feltet. Hold fokus på mestring av hverdagsliv, på ressurser og kompetanse – ikke avvik, symptomer og diagnoser” (Leder, Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008, s. 99). Karlsson (2016) sier det er viktig at psykiske helsetjenestene viser vilje til å endre seg, at brukerne må få større innflytelse og at man må ta lærdom av hva historien viser at hjelper. Borge, Martinsen og Moen (2011) fremhever at etablerte sannheter om hva som virker i behandling utfordres i psykisk helsearbeid. Det søkes mot ulike tilnærminger som kan bidra til mestring og læring ved å utforske ulike faktorer i et menneskets liv. Videre kan opplevelse av sammenheng, som står sentralt i salutogenese, utvide perspektivet i psykisk helsearbeid. Almvik og Borge (2010) fremhever at ved å ta i bruk prinsippene fra salutogenese kan hjelperne stå bedre rustet til å møte de strukturelle og ideologiske utfordringene i fagfeltet (Almvik, 2010, s. 10).

## 2.3 Salutogenese

Salutogenese er en mestringsteori utarbeidet av Aaron Antonovsky som omhandler hva som skaper helse. Antonovskys viktigste funn er at måten man opplever virkeligheten på bidrar til grad av mestring og helse. Helse fremstilles i salutogenese på et kontinuum, en sammenhengende linje, mellom helse og uhelse, det omhandler gradsforskjeller og ikke vesensforskjeller. Salutogenese omhandler å finne ut hvor på kontinuumet hver enkelt befinner seg og hva som kan bidra til opprettholdelse eller bedring av helse. Selv om helseplager oppstår har vi noe i oss som i en eller annen grad er friskt og vi kan lære å leve med våre plager (Antonovsky, 2012). Livets elv benyttes som metafor. Vi er alle i livets elv og vi må stille spørsmål om hvor farlig elven er og hvor godt vi kan svømme for å komme fram. Hva former vår evne til å svømme bra? Det er en forutsetning å stille spørsmål for å få svar. Mennesket ses på som et komplekst vesen og det er viktig med en helhetlig tilnærming (Antonovsky, 1996).

Opplevelsen av sammenheng, heretter kalt OAS, er kjernen i svaret på det salutogene spørsmålet om hva som skaper helse. OAS er avgjørende for mestring av livsbelastninger og vedlikehold av helse. OAS er en måte å tenke og være på som gir hverdagen mening og forståelse. OAS gjenspeiler en holdning som uttrykker i hvilken grad man har tillitt til at man innehar de ressurser i seg selv og sine omgivelser som skal til for å mestre ulike situasjoner i livet (Antonovsky, 2012). En sterk OAS forutsetter de tre komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Disse vektlegges i et gjensidig samspill (Antonovsky, 1996).

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillitt til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i. (Antonovsky, 2012, s. 41).

Begripelighet (jeg vet og forstår) gjenspeiler i hvilken grad man opplever gjennom erfaring at stimuli man utsettes for i sitt indre eller ytre miljø er kognitivt forståelige, forutsigbare og gir en indre sammenheng. Det blir viktig å se seg selv i en større sammenheng og se sin egen

plass i relasjon til helheten. Meningen vi tillegger våre erfaringer er viktig (Antonovsky, 2012). På en arbeidsplass vil dette være å se sammenhengen mellom ulike deler av organisasjonens system og ha et klart bilde av arbeidsstrukturen og hvilken rolle og funksjon man selv har i den. Avklaring av roller og hvordan våre roller henger sammen på arbeidsplassen bidrar til at en kompleks struktur blir begripelig og at man føler seg som en del av en større helhet. For eksempel kan det å ikke forstå egen eller andres rolle og funksjon medføre usikkerhet og lav begripelighet (Hansson, 2010). Jobbsikkerheten er viktig for opplevelsen av begripelighet (Antonovsky, 2012). En studie av Feldt et al. (2000) viste at et godt organisasjonsklima og lav jobbusikkerhet er viktig for en sterk OAS og en høy grad av velvære. De som opplevde uoversiktlige organisasjonsendringer og endringer i lederskap viste endringer i OAS som kunne relateres til endringen i ens velvære.

Håndterbarhet (jeg kan) knyttes til mestring og troen på egne ressurser til rådighet for å løse en oppgave eller møte ulike situasjoner og krav i livet. Ressursene kan ligge i individet selv og være personlige eller være kollektive og stå utenfor individet selv. Individet må kunne benytte ressursene som ligger i seg selv og i sine omgivelser (Antonovsky, 2012).

Håndterbarhet er handlingskomponenten i OAS. En kan altså spørre en arbeidstaker om hvordan han vil ha det og hvilke forutsetninger som personen opplever er best. På arbeidsplassen kan håndterbarhet skapes i form av bra verktøy og utstyr samt hjelpsomme kolleger og en fungerende organisasjon. Innflytelse over egne vilkår i arbeidet, mulighet til å styre arbeidstempo og ta egne initiativ bidrar til økt kontroll og håndterbarhet. Når oppgavene blir for mange eller kravene for høye reduseres håndterbarheten (Hanson, 2010). Det er likevel viktig å unngå underbelastning, altså ikke utnytte sine evner og sitt potensial (Antonovsky, 2012). Sosial støtte fra ledelse og kollegaer har en positiv helseeffekt. Det er mest betydningsfullt for personer med lav OAS. Utfordringer og jobbkraav bør være tilpasset hver enkelt (Feldt, 1997).

Meningsfaktoren (jeg vil, tross alt) er følelses- og motivasjonsfaktoren og er den viktigste da den er drivkraften (Antonovsky, 2012). Det er viktig å kunne påvirke det som har betydning i eget liv og være engasjert i meningsfulle aktiviteter. Det er både individuelle og kollektive forhold som virker inn på om arbeidet er meningsfullt. Arbeidsbetingelser og den subjektive oppfattelse av dem spiller en rolle, men lysten til å bruke sin tid og sine krefter i arbeidet er viktigst (Antonovsky, 2012). Det er viktig at arbeidet gir en sosial verdsettelse for den enkelte

og i en større kulturell og samfunnsmessig sammenheng. Deltakelse i viktige prosesser og beslutninger samt å oppleve at ens rolle er betydningsfull er viktig (Antonovsky, 2012). Lederen må vise tillitt og ha tro på verdien av å motivere medarbeiderne og skape arbeidsglede (Hanson, 2010, s. 103). En studie av Feldt (1997) viste at en høy grad av OAS medfører lavere grad av psykosomatiske symptomer og emosjonelt utmattelse. Studiene viste at gode relasjoner på jobb gav økt velvære for medarbeidere med en svak OAS. For medarbeidere med en sterk OAS var dette mindre avgjørende.

Gruppens OAS og det sosiale miljøet kan være en faktor til forming av individets OAS. En gruppe med en sterk OAS kan bidra til at en person som har en lav OAS får en høyere OAS (Antonovsky, 2012). En kultur som bidrar til sosial deltagelse og sosial beslutningstaking styrker OAS gjennom den kollektive identiteten og gruppeånden (Langeland, 2012, s. 200). Det kan påvirke graden av funksjonstap å ha kunnskap om at mennesker innehar ressurser på samme tid som psykiske helseplager oppleves (Langeland, 2012, s. 197). Når leder viser i sin væremåte og måte å snakke på at han bryr seg om og anerkjenner mennesker oppstår en opplevelse av mening. En god relasjon med tid til spørsmål og samtaler kan påvirke OAS. En lyttende kultur skapes som ikke utelukkende fokuserer på prestasjoner. Ingen leder alene kan skape en arena og forutsetninger for at andre skal ha det bra, men det er en god start at leder selv har det bra og har en sterk OAS (Hanson, 2010).

Noen faktorer kan fungere som generelle motstandsressurser (GMR). Dette er buffere ved håndtering av stressende livssituasjoner fungerer som beskyttende faktorer og prosesser som bidrar med å bygge opp OAS. GMR kan være personlige eller kollektive forhold, som for eksempel selvfølelse, identitet, kunnskap, materielle faktorer, sosiale nettverk, støtte og meningsfull sysselsetting. Det er avgjørende å identifisere GMR for å finne ut hva som bidrar til opprettholdelse og bedring av helse (Antonovsky, 2012). Jensen referert i Langeland (2014) viser til at en persons OAS i samspill med omgivelsene former forståelse, håndterbarhet og mening. I intervensjoner bør disse komponentene fremmes for å påvirke opplevelse av arbeidsevne. En aktiv mestringsstil, høy mestringsforventning og OAS øker sjansen for å komme tilbake i arbeid. Kvaliteten på sosial støtte som intime og emosjonelle bånd er viktig. Personer som har nære bånd til andre, løser lettere opp spenning enn dem som mangler en slik kvalitet i sine relasjoner. Egoidentitet er en ressurs på det emosjonelle nivået og tilskrives opplevelsen personen har av seg selv. Kontinuitet, oversikt og kontroll er

makrososiokulturelle motstandsressurser som bestemmes av kulturen og samfunnet personen er en del av. Fysiske og biokjemiske GMR kan vær fysikk, gode gener og sterkt immunforsvar. Kunnskap og intelligens kan forstås som kognitive ressurser. Kunnskap gir innsikt og bevisste valg kommer mer i fokus (Jensen, ref. Langeland, 2014). I følge Antonovsky (2012) beveger vi oss hele tiden mellom polene på kontinuumet og det er aldri ”det ene eller det andre”, uten ”både og” gjennom livet. Det inngår i livet å oppleve belastninger og om vi har tilgang til GMR og lykkes i å håndtere våre utfordringer så øker OAS og vi beveger oss mot den positive polen på kontinuumet.

## 2.4 Ergoterapi og psykisk helsearbeid

Ergoterapi er delt opp i ulike yrkesfunksjoner og kan arbeide både helsefremmende, forbebyggende, behandlende og rehabiliterende (Ness, 1999). I denne oppgaven er det psykisk helse og arbeidshelse som er fokus på et helsefremmende og forebyggende plan. Ergoterapi har en historisk tradisjon i feltet jeg forsker på med fokus på betydningen av deltakelse i meningsfull aktivitet har for helse og livskvalitet samt kontekstens påvirkning. Faget har en forankring i både positivistisk og fenomenologisk tradisjon og oppstod i USA rundt 1900 som en motreaksjon til biologisk-medisinsk tenkning og bygger på prinsipper og synspunkter fra moralsk behandling (Creek, 2003 og Ness, 1999). Dette paradigme anerkjente at deltakelse i vanlige daglige gjøremål har en sterk innflytelse på psykisk og fysisk helse. Deltakelse i meningsfylte aktiviteter kan ha en gjenoppbyggende virking, særlig i forhold til livskvalitet og kontakten med omgivelsene. Kritikk fra legeprofesjonen medførte at faget gikk over til en reduksjonistisk tilnærming og det mekaniske paradigme ble førende. Aktiviteter ble brukt til å redusere patologiske tilstander i de indre mekanismene. Nå har faget igjen funnet tilbake til sin opprinnelige identitet og en mer holistisk tilnærming samtidig som ulike tilnærminger benyttes og anerkjennes (Kielhofner, 2005, s. 51). Beskrivelser av aktivitetsfunksjoner og menneskets egne historier og tanker omkring hva som er viktig for den enkeltes helse og velvære står sentralt (Ness, 1999). I ergoterapi vektlegges fokus på å identifisere, utvikle og bruke de ressursene hver enkelt har i seg selv og sine omgivelser, til tross for de plagene man har, for gjennom egeninnsats å øke kompetansen til å mestre eget liv (Creek, 2005).

Kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi er at mennesket har behov for å være i aktivitet og at



mennesket kan ha utfordringer med å være i aktivitet. Aktivitetsbegrepet er fundamentalt og innbefatter handling som oppleves meningsfull for den enkelte og som har en hensikt. Dette innebærer å være aktiv i arbeid, lek eller daglige aktiviteter, i en tidsmessig, fysisk og sosiokulturell sammenheng. Gjennom aktivitet utvikler mennesket seg og blir integrert i sosiale og kulturelle fellesskap. Ferdigheter læres og trenes, mening skapes og personlig og sosial identitet utvikles. Den ergoterapeutiske intervensjonen tar utgangspunkt i menneskelig funksjon og konsekvenser av funksjonsbegrensninger. Det kan oppstå et gap mellom personens forutsetninger og omgivelsenes krav som krever utforskning av ulike faktorer og tiltak for å oppnå mestring. I arbeidsprosessen gis ulike faktorer betydning da det er mange forhold som kan påvirke helsen og en persons helse og velvære. Både aspekter ved personens fritid og arbeid utforskes, herunder fysiologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske og åndelige sider. Disse fungerer sammen og kan ikke eller forstås som atskilte enheter. Ytre faktorer som omgivelser og kontekst spiller også en rolle. Det å fokusere på hva mennesket faktisk gjør, hva det interesserer seg for og er delaktig i, er viktigere enn fokus på problemer og funksjonstap. Dette gjenspeiler en holistisk og ressursorientert tilnærming som er forenelig med helsefremmende arbeid (Creek, 2003, Ness, 1999). Borg, Runge, Tjørnov, Brandt og Madsen (2007) fremhever at hverdagen består av ulike aktiviteter som skal gjøres til bestemte tider som mennesker må forsøke å organisere sine planer ut fra. Dersom noe uventet skjer og man kommer ut av kurs, har man et medfødt og umiddelbart behov for å gjenvinne orienteringen innen hverdagens tidsstruktur for å kunne returnere til hverdagens virkelighet. I den voksne livsfasen er arbeid en hovedaktivitet. Når aktivitetsproblemer oppstår blir det viktig å utforske personens muligheter for gjenopptakelse av arbeid og mestring. Creek (2003) fremhever aktivitetsanalyser som en sentral ergoterapeutisk metode. Aktivitetsanalyser benyttes for å identifisere hvilke krav en aktivitet stiller, hvilke ferdigheter som kreves for å utføre aktiviteten og hvordan aktiviteten kan tilpasses for å endre krav og ferdigheter. Videre fremhever Creek (2003) aktivitetsvitenskap i forhold til å forstå mennesket som et handlende vesen. Ergoterapi har tatt i bruk dialektiske og systemiske teorier som viser kompleksiteten i forholdet mellom personen, aktiviteten og omgivelsene (Ness, 1999). Den ergoterapeutiske arbeidsprosessen består av kartlegging, intervensjon og evaluering. Ulike arbeidsmodeller som kan nyttes. Kielhofner (2002) viser gjennom sin teori og praksismodell Modell for menneskelig aktivitet (MOHO) hvordan ulike faktorer står i et dynamisk og gjensidig forhold til hverandre gjennom livet.

MOHO er eksempel på en teori og praksismodell som jeg har valgt å fremheve da jeg erfarer denne er hensiktsmessig i forhold til innsamling av informasjon om individets situasjon, historie og kontekst. Lee et al. (2012) skriver at MOHO benyttes i moderat grad av ergoterapeuter for å bedre kartlegging, målsetting og intervensjon i psykisk helsearbeid. Studien viser lovende resultater for at MOHO kan være et nyttig redskap i psykisk helsearbeid. Gary Kielhofner er grunnleggeren av MOHO og fremhever aktivitet som et dynamisk samspill mellom mennesket, aktiviteten og omgivelsene, både de fysiske og sosiale og består av krav og muligheter. Det menneskelige system er dynamisk og oppbygges og reorganiseres gjennom aktivitet. Menneskets aktivitetsutøvelse består av tre interrelaterende komponenter som forklarer hvordan mennesket velger aktivitet samt vektlegger omgivelsenes innflytelse på aktiviteten. Disse består av viljesystemet, vanesystemet og utførelsesystemet. Vilje referer til motivasjonen for aktivitet og vår følelse av handleevne. Verdier og interesser og mestringsforventning spiller inn (Kielhofner, 2002). Mostad, Skjelbred, Bråten og Bonsaksen (2013) tar utgangspunkt i MOHO når de skriver at forventningen man har til å mestre en aktivitet påvirker motivasjonen. Lav forventning om mestring vil føre til redusert motivasjon. Det kan være hensiktsmessig å rette fokus mot å øke personens mestringsforventning. Videre sier Kielhofner (2002) at vane referer til våre mønstre, rutiner og livsstil og innbefatter roller. Utøvelseskapasiteten innehar subjektive og objektive komponenter, fysiske og mentale, og omhandler hvordan vi organiserer og kommer i gang med aktivitet i samspill med konteksten. Aktivitet påvirkes alltid av og gir mening i den fysiske og sosiokulturelle konteksten. Omgivelsene gir muligheter og ressurser samt stiller krav og begrensninger. Borg, Runge, Tjørnov, Brandt og Madsen (2007) sier at det i den ergoterapeutiske arbeidsprosess handler om å støtte personens motivasjon og prosess for ønsket endring. En utforskning av de ulike indre og ytre faktorene kan bidra til å finne løsninger. Dette kan innebære læring om og endringer av eget system, forandringer i omgivelsene og konteksten, samt opptrening av fysiske og psykiske funksjoner og ferdigheter. MOHO synes som en teori og praksismodell som kan fungere sammen med en salutogen tilnærming og nyttes i psykisk helsearbeid i BHT-sammenheng.

## KAPITTEL 3.0 METODOLOGI

### 3.1 Vitenskapelig forståelsesramme

Studien er deskriptiv og eksplorerende da den søker å beskrive informantenes livsverden og utforske fenomenet ytterligere ved å stille åpne spørsmål og utforske beskrivelsene. Studien baseres på et fenomenologisk vitenskapssyn der virkelighetsoppfatningen innebærer at det ikke eksisterer et bestemt opplevelsesinnhold av hva verden er, men at virkeligheten og fenomener er slik de blir erfart og oppleves av mennesket (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 45). Erfaringer og livsverden er begreper som søker å beskrive subjektive opplevelser og erfaringer av virkeligheten og belyse virkeligheten slik mennesket oppfatter at den er i stedet for å fortolke den (Kvale & Brinkmann, 2012). For å få kunnskap som kan belyse min problemstilling ser jeg det som hensiktsmessig finne ut hvordan fagpersoner i BHT beskriver sitt arbeid med å bistå arbeidstakere som opplever psykisk helseproblemer. De felles erfaringene informantene har gir grunnlag for å utvikle en generell forståelse av fenomenet som studeres (Thagaard, 2013). Samtidig blir det viktig å få tak i personenes unike erfaringer. Informantenes livsverden får jeg tilgang til gjennom samtaler med ergoterapeuter i BHT og analyse av dem. Samarbeidet mellom BHT og arbeidstaker representerer fenomenet som skal studeres og analysene av informantenes beskrivelser gir grunnlag for å utvikle forståelse av fenomenet. Den fenomenologiske reduksjon innebærer at det ikke eksisterer et bestemt opplevelsesinnhold og omhandler å sette ”den commonbaserte og vitenskapelige forhåndskunnskap om fenomenene i parentes for å nå fram til en fordomsfri beskrivelse av fenomenene” (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 46). For å kunne komme til en dypere erkjennelse må jeg reflektere over viktigheten av å møte den andre åpent, innlevende og empatisk samt mest mulig fordomsfritt og forutsetningsløst (Kvale og Brinkmann, 2012).

Hermeneutikken vektlegger betydningen av fortolkningen av meningsinnholdet i teksten for å oppnå økt forståelse av meningen i teksten og benyttes i min analyseprosess og diskusjon for å oppnå en forståelse av meningen intervjueteksten formidlet. Vi har alle våre forståelseshorisonter og tolkningen er aldri nøytral. Tolkningen skjer fra eget ståsted og avhenger av den som tolker, den som blir tolket og konteksten samt på grunnlag av en del forutsetninger. Personlige, kulturelle og sosiale forutsetninger er ulike (Bondevik og Bostad, 2003, Kvale og Brinkmann, 2012). I følge Kvarv (2010) er ikke en fullstendig identifikasjon

mulig og misforståelse er alltid en sannsynlighet. Det er viktig å avdekke misforståelser og bevisstgjøre seg sin egen forståelseshorisont for å oppnå en forståelse av hva som faktisk blir forsøkt formidlet. Gadamer (2003) påpeker at forforståelsen eksisterer på forhånd av det som skal forstås. Dette er en bevisst forventning som det knytter seg følelser og holdninger til og som vil prege tolkningen og forståelsen. Alle våre ubevisste og beviste oppfatninger, erfaringer og holdninger danner forståelseshorisonten. Bondevik og Bostad (2003) fremhever at horisontsammensmelting viser til en sammensmeltning mellom teksten og forskerens forståelseshorisont. Den hermeneutiske sirkel viser hvordan delene forstås og fortolkes ut fra helheten og helheten forstås og fortolkes ut fra delene. Det er en dynamisk, refleksiv og sirkulær prosess der det oppstår et gjensidig utvekslingsforhold mellom å betrakte deler og helheter i møte med fenomenet som studeres (Bondevik og Bostad, 2003, Kvale og Brinkmann, 2012). Jeg har lest tekstene mine gjentatte ganger, delt dem opp og satt sammen igjen, hele tiden for å forsøke å fange opp tekstens mening og utlede ny forståelse. Kvale og Brinkmann (201) fremhever at mening og forståelse til eksisterende kunnskap dannes og forandres i en kontinuerlig spiral og at ny kunnskap og forståelse vil fordre nye spørsmål. Det blir viktig å utforske og tydeliggjøre min forståelse og mine fordommer for å oppnå bedre forutsetninger for å forstå mine tolkninger og oppfatte meningen til mine informanter (Kvale og Brinkmann, 2012).

### 3.2 Forforståelsens betydning og å forske i eget felt

Jeg ønsker å være åpen og nysgjerrig på hvordan informantene mine beskriver sine erfaringer. Under intervjuene må jeg forsøke å stille ”med blanke ark”, la informantene prate uforstyrret og følge opp med åpne spørsmål og gjenta for å bekrefte egen oppfattelse av beskrivelsene. Jeg forsøker kontinuerlig å avdekke mine bevisste og ubevisste oppfatninger og holdninger, men det kan ikke utelukkes at ubevisst oppfatninger og forforståelse preger meg ut over det jeg selv oppfatter (Bondevik og Bostad, 2003, Kvale og Brinkmann, 2012). Hvilken forforståelse har jeg? Forventer jeg å finne noe spesielt? Jeg arbeider selv i feltet og har erfaring omkring at det er behov for mer kunnskap om psykisk helseproblemer og et større tjenestetilbud til arbeidstakers om står i fare for å bli sykemeldte. Jeg må forsøke å sette mine antakelser til sides og være oppmerksom på at jeg skal se med nøytrale ”briller”. Viktig kunnskap kan gå forbi meg om jeg ikke evner å nullstille meg. Dette er viktig for å oppfatte informantens livsverden og hvordan de erfarer fenomenet (Kvale og Brinkmann, 2012). Min

for forståelse har påvirket motivasjonen for tema. Ved utarbeidelse av studiens tema søkte jeg etter relevant forskning på tema. Jeg ville forsikre meg om at det var et behov for studien utover egen interesse og at studien kan ha verdi for andre. Det positive med at jeg kjenner feltet kan være at jeg lettere kan få innpass hos informantene og at temaet kan engasjere dem. Jeg skriver loggbok med mine refleksjoner gjennom hele prosessen for å bevisstgjøre egen forståelse og fordommer samt forsøke å avdekke hvordan jeg påvirker prosessen. Det er viktig å skrive ned mine refleksjoner og erfaringer for å ta dem med meg i prosessen med å utvikle meg som forsker (Kvale og Brinkmann, 2012).

### 3.3 Kvalitativ forskningsintervju

«Metode betyr veien til målet» (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 199). Kvalitativ metode benyttes i studien for å innhente utdypende og beskrivende data omkring temaet gjennom subjektive perspektiv og kunnskap. Kvale og Brinkmann (2012) sier at kvalitativ metode blir benyttet for å beskrive og analysere egenskaper, trekk eller kvaliteter ved et fenomen som kan bidra til øke forståelsen. En beskrivende tilnærming bidrar til at jeg som intervjuer kan søke å finne mest mulig åpne og nyanserte beskrivelser fra informantene om hvordan de arbeider og erfarer sitt arbeid med psykiske helseproblemer. Da studiens fenomen er lite beskrevet vil en utforskende tilnærming bidra til å få en dypere forståelse for fenomenet (Fog, 1998, Kvale og Brinkmann, 2012). Da studien søker kunnskap om ansatte i BHT sin livsverden, herunder deres opplevelser og erfaringer på en beskrivende og utforskende måte vurderte jeg det som hensiktsmessig å innhente data gjennom kvalitativt forskningsintervju gjennomført ved et semistrukturert intervju. Intervju er egnet til å beskrive personers opplevelser, avklare og utdype deres perspektiv på fenomenet (Kvale og Brinkmann, 2012). Ved semistrukturert livsverdenintervju er «målet å hente inn beskrivelser om den intervjuedes livsverden for å kunne fortolke betydningen» (Kvale og Brinkmann, 2013, s. 23). En intervjuundersøkelse har syv stadier; tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, verifisering og rapportering (Kvale og Brinkmann, 2012). Disse har jeg har gjennomgått i løpet av prosessen som har ført til den ferdigstilte oppgaven. Fog (1998) understreker at samtalen er egnet til å avdekke subjektive perspektiv på fenomenen. "En forskning, bygget på interview, har som mål, gjennom de gjennomlyste og systematiserte fremstillinger af interviewpersonernes udsagn, at afdække og fatte strukturen eller logikken i udsagnene" (Fog, 1998, s. 14). Videre sier hun at man fører samtalene for å få dokumenterbar innsikt i det man er interessert i og at målet med

samtalen er å komme «så grundig inn i den andres univers som mulig» (Fog, 1998, s. 158).

### 3.4 Inklusjonskriterium, rekruttering og utvalg

Jeg rekrutterte 10 informanter fra ulike BHTer. Inklusjonskriteriene var: 1.) Ansatt i en BHT godkjent av arbeidstilsynet, 2) autoriserte ergoterapeuter og 3) noe erfaring med psykisk helsearbeid i BHT. Eksklusjonskriterier var ikke-autoriserte BHT. I tillegg valgte jeg å sende ut forespørsel til BHT i forhold til en geografisk avstand fra mitt arbeidssted på maks 4 timers reisevei hver vei. Dette for at det skulle være gjennomførbart for meg å gjennomføre intervju ansikt til ansikt både i forhold til reisevei og tidsbruk. Jeg søkte etter godkjente BHTer på Arbeidstilsynets nettsider og fant de geografiske områdene jeg vurderte som mulig for meg å reise til. I forkant ringte jeg daglige ledere for å gi informasjon om studien samt forhøre meg om de hadde ergoterapeuter i sin virksomhet. Dersom de hadde ergoterapeuter ansatt så spurte jeg om godkjennelse til å sende dem forespørsel om deltakelse i studien. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble sendt ut til daglige ledere som sa ja og som ønsket å videreformidle forespørselen. De aktuelle informantene i virksomhetene ble rekruttert via daglig leder og tok selv kontakt med meg dersom de ville la seg intervju.

Tre av de rekrutterte takket nei og var heller ikke aktuelle da de ikke jobbet med psykisk helse i det hele tatt. Det endelige utvalget bestod av syv informanter fordelt på fem ulike fylker. Jeg vurderte at dette var et tilstrekkelig antall for å få svar på problemstillingen og kunne si noe om temaet som utforskes. «Intervju så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite» (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 129). Oppgavens omfang tilsa at dette er et tilstrekkelig antall for å klare å gjennomføre analysearbeidet. Kvale og Brinkmann (2012) påpeker at dersom transkripsjonen er for stor er det utfordrende å håndtere og analysere materialet på en god måte. Det er viktig å fokusere på innholdet og den kvalitative betydningen av det som blir sagt (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 199). Jeg intervjuet en mann og seks kvinner. Tre av informantene var over 50 år og hadde jobbet 19-21 år i BHT. To av disse hadde erfaring fra psykisk helsearbeid før de ble ansatt i BHT. Den tredje har opparbeidet seg erfaring på området gjennom årene i BHT og er den som arbeider mest med psykisk helseproblemer i dag. Alle tre har videreutdanning tilknyttet arbeid i BHT og/eller veiledningskompetanse. Fire av informantene var mellom 28 og 45 år og hadde jobbet 5-6 år i BHT. To av disse jobber lite med psykisk helsearbeid og har ingen erfaring fra psykisk

helsearbeid tidligere eller videreutdanning. Den tredje har erfaring fra psykiatrien før ansettelse i BHT og arbeider mye med psykisk helse. Den fjerde har ingen erfaring fra psykisk helsearbeid før BHT, men har nå relevant videreutdanning i forhold til BHT-arbeid og veiledning.

### 3.5 Gjennomføring av intervju

Jeg utarbeidet en intervjuguide med henblikk på å besvare problemstilling og forskningsspørsmål. Denne ble drøftet med veileder. Med intervjuguiden laget jeg en plan for tema som skulle gjennomgås. Utdypende spørsmål ble tillagt underveis. Forarbeidene til intervjuene og intervjuguiden tok tid da det var viktig for meg å planlegge intervjuene nøye for å få materiale jeg kunne nytte. Jeg måtte gå gjennom egne motvier for studien, være bevisst studiens hensikt samt vurdere analysemetode. Fog (1998) presiserer at det gjennom hele prosessen, inkludert selve intervjuet, analyseres og fortolkes. Videre fremhever Fog (1998) hvordan man kan bli en god intervjuer gjennom å være bevisst de mellommenneskelige og psykologiske prosessene som skjer i intervjuprosessen for å kunne inngå en åpen og direkte kontakt med intervjupersonen. Det er ulike egenskaper som kreves av en forsker og av en intervjuer, hele materialet bygger på det man får gjennom intervjuet. Jeg måtte tenke nøye gjennom hvorfor jeg stilte de spørsmålene jeg gjorde og hvorfor jeg unngikk andre.

Jeg gjennomgikk egne følelser til temaet, til meg selv som intervjuer og mine følelser knyttet til intervjupersonene både i forkant og etterkant av intervjusituasjonene. Jeg har ingen erfaring med dette fra tidligere og forsøkte å være bevisst egne ressurser og begrensninger i intervjusituasjoner. Jeg merket at jeg utviklet meg som intervjuer underveis. Jeg skrev loggbok i etterkant slik at jeg skulle forbli bevisst egne opplevelser. Jeg forsøkte å få tak i hva som skapte gode intervjusituasjoner og fant ut at fokus på tillitt og avslappethet, samt tålmodighet og lytting gav en trygg intervjusituasjon. Videre forsøkte jeg i størst mulig grad å stille åpne spørsmål og sende informasjon som informantene gav meg tilbake til dem for å sikre at min oppfattelse av beskrivelsene var i samsvar med deres. I etterkant tenker jeg at jeg med fordel kunne vært mer tålmodig og avventende når informantene gav sine svar da mer informasjon kunne fremkommet gjennom å gi rom for ettertanke og refleksjon.

Seks av intervjuene ble gjennomført som individuelle samtaler på informantenes arbeidsplasser. Ett intervju ble gjennomført via Skype, telefonsamtale med videooverføring. Da det ble utfordrende å få til å møtes vurderte jeg at dette var et tilstrekkelig alternativ. I forkant av hvert intervju gjennomgikk jeg med informanten studiens hensikt og samtykkeerklæring hvor det fremkom hvordan konfidensialitet ble sikret. Jeg opplyste om prosessen og om at informantene vil få tilsendt oppgaven når den er ferdigstilt om de ønsker. Intervjuene ble utført som en samtale med utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide. Hvert intervju tok ca. en time og ble tatt opp på lydbånd. Alle hadde kontor/lokaler hvor vi satt uforstyrret. Det å møte informantene ansikt til ansikt gav et annet intervju enn Skype. Innholdet ble muligens det samme da jeg fikk beskrivelser og erfaringer, men det å møte ansikt til ansikt gav mulighet for en annen kontakt som opplevdes god for kommunikasjonen, intervjuet og det senere analysearbeidet. Fog (1998) sier at den personlige kontakten mellom forsker og deltaker er viktig for utviklingen av tillitt og troverdighet som er viktig for hvilke historier og erfaringer som deles. Dataene jeg fikk i mitt første intervju gjorde meg engasjert og motivert for flere intervju. Samtidig måtte jeg lære meg å være mer avslappet i forhold til å la informantene snakke uforstyrret og ikke stille for mange spørsmål. Jeg merket at hvordan samtale utviklet seg i stor grad omhandlet min evne til å komme i kontakt med intervjupersonen. Fog (1998) fremhever at intervjueren er sitt eget instrument og at intervjuerens kvalifikasjoner vil påvirke materialet.

### 3.6 Transkribering

Intervjuene transkribertes ordrett i etterkant av intervjuet. Etter en tid gikk jeg tilbake for å høre på båndene på nytt og sikre at den transkriberte teksten var korrekt. Den ferdigtranskriberte teksten legger grunnlaget for den videre analysen og det er dermed viktig transkriberingen er korrekt (Kvale og Brinkmann, 2012). Transkripsjonen er utført på bokmål og sitatene blir ikke gjengitt på dialekt av hensyn til anonymisering.

### 3.7 Tematisk analyse

Jeg har vurdert tematisk analyse som hensiktsmessig å benytte. Tematisk analyse er en metode som organiserer og beskriver datamaterialet ved å søke på tvers av datamaterialet for å identifisere, analysere og rapportere mønstre og temaer innen datamaterialet (Braun og



Clarke, 2006, s. 6). Fremgangsmåten har ikke vært anerkjent som en selvstendig metode, men Braun og Clarke (2006) argumenterer for at tematisk analyse bør anses som en fullverdig analysemetode på linje med andre tilnærminger. Den er spesielt egnet innenfor psykologi. Braun og Clarke (2006) sier at fordeler med tematisk analyse er at den ikke er knyttet til en spesifikk teori som gjør den til et fleksibelt verktøy. Dette kan gi en rik, detaljert og kompleks redegjørelse for data. Den kan si noe om ulikheter og likheter på tvers av datasettet og gi innsikt. Tematisk analyse krever ikke samme grad av teoretisk og teknologisk kunnskap som enkelte andre metoder og egner seg godt for mindre erfarne forskere. Ulempen ved tematisk analyse er fraværet av klare og konsise retningslinjer samt vage beskrivelser av hvordan metoden har blitt brukt på dataene. Da tematisk analyse er fleksibel kan det være utfordrende for forskeren å vite hva det skal fokuseres på. Det blir dermed viktig å redegjøre for hvordan analysene blir gjennomført. Tematisk analyse kan gjennomføres med bakgrunn i ulike teoretiske og epistemologiske utgangspunkt. Det er viktig at forskeren er tydelig på eget teoretisk ståsted fra begynnelsen (Braun og Clarke, 2006). Videre skiller Braun og Clarke (2006) mellom en induktiv og en deduktiv tematisk analyse. Induktiv tematisk analyse er en datadreven måte å finne tema i teksten på, hvor forskeren forsøker å finne tema i datamaterialet. Ved deduktiv analyse ser forskeren systematisk etter data som kan støtte eller motsi teorier og antakelser om fenomenet på forhånd. Da oppgavens problemstilling omhandler å utforske ergoterapeuter i BHT sine erfaringer valgte jeg en induktiv tilnærming. Forskeren kan likevel ikke fristille seg fra sine implisitte antakelser om emnet og teoretiske og epistemologiske utgangspunkt. Min tematiske analyse tar utgangspunkt i en fenomenologisk og hermeneutisk posisjon med en sosial og human tilnærming til psykisk helsearbeid. Formålet vil være å få en forståelse av informantenes opplevelse av fenomenet slik det erfares av dem (Kvale og Brinkmann, 2012).

Det første trinnet i analyseprosessen omhandlet å skape en oversikt over og bli kjent med datamaterialet. Denne fasen startet ved intervjuing og fortsatte ved transkribering. Jeg leste gjennom datamaterialet etter transkribering og forsøkte å se etter mønstre og fenomen som gav mening og som var av interesse for problemstillingen og forskningsspørsmålene. Jeg gikk tilbake til loggboken for å se hva jeg hadde notert ned både etter intervjuene og under transkriberingen. Under hele analyseprosessen måtte jeg gå frem og tilbake i materialet flere ganger. Analyseprosessen er ingen linær prosess, men en recursive prosess (Braun og Clarke, 2006).

Da jeg hadde blitt kjent med dataene mine og fått noen ideer til hva som var essensielt startet jeg i det andre steget i analyseprosessen med koding. Kodene som fremkom var rådata og videre enn tema. Jeg kodet systematisk for å få organisert dataene inn i meningsfulle grupper. Jeg satte sammen kodene som hørte sammen i egne grupper for å se etter sammenhenger. Jeg benyttet utheving av koder med farger i teksten og opprettet et arbeidsdokument på PC hvor jeg laget tabeller med utdrag fra teksten. Jeg kodet så mye som mulig da jeg i denne fasen ikke kunne plukke ut hva som vil bli de mest interessante funn og jeg var redd for å miste relevante data.

I det tredje analysesteget søkte jeg etter temaer og sorterte de ulike kodene til potensielle tema. Koder relevante for hverandre ble samlet under hvert tema. Jeg benyttet tabeller for hvert intervju og brukte fargekoder for å finne sammenhenger og mønstre. Enkelte koder ble hovedtema, andre ble undertema og andre ble forkastet. Jeg laget et midlertidig tema hvor jeg puttet det som jeg ikke visst hvor hørte hjemme.

Når jeg hadde et sett med potensielle temaer så søkte jeg i det fjerde steget etter temaene og sitatene og avgrenset de potensielle mulighetene. Representerer sitatene hva informanten fortalte eller ble de tatt ut av sin kontekst? Deretter sammenlignet jeg utsagn i de ulike temaene og på tvers av temaene. Jeg forkastet, sammenfattet og delte inn temaer. Braun og Clarke (2006) fremhever viktigheten av at data innenfor hvert tema hører sammen og at det fremgår en forskjell mellom de ulike temaene. Jeg måtte gjennomgå temaene flere ganger for å vurdere dem og undertema samt om de passet sammen. På et tidspunkt måtte jeg si stopp til rekodingen da den ikke medførte noe nytt. Jeg stod til slutt igjen med 4 hovedtemaer og hadde en ide om hvordan de passer sammen og hva de fortalte om dataene.

I det femte steget navnga jeg tema og undertema slik de ble i den endelige analysen. Jeg plukket ut enkeltsitat som best beskriver historien om temaet og hvordan temaet henger sammen problemstilling og forskningsspørsmål. Sitatene blir representative for andre sitat gruppert inn under hvert enkelt tema. Jeg forsøkte å få frem hva som var interessant ved dataene og hvorfor.

I det sjette steget ble rapportering av resultatene ferdigstilt. Resultatene vil bli diskutert opp

mot teoretisk og empirisk kunnskap. Dette blir sett på som studiens resultat- og diskusjonsdel. For å gjøre teksten lettlest har jeg valgt å gå bort fra APA-6th og skrevet sitat direkte i min fortolkende tekst, med tekst i kursiv og hermetegn.

### 3.8 Forskningsetiske overveielser

Kvale og Brinkmann (2012) understreker at det er viktig å overveie studies verdi og samfunnsnytte i forhold til vitenskapelige og menneskelige interesser. Jeg vurderte på bakgrunn av mine manglende forskningsfunn på området at det var behov for studien, og at studien kan være formålstjenelig både for utviklingen av BHT sitt tjenestetilbud samt utviklingen av ergoterapi på feltet. Potensielle etiske utfordringer bør undersøkes kontinuerlig gjennom prosessen (Kvale & Brinkmann, 2012). Det ble i prosjektfasen vurdert at studien ikke trengte forhåndsgodkjennes av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Jeg sendte søknad til Personvernombudet (NSD) for godkjenning av prosjekt og avventet å starte på prosjektet til godkjenning forelå (vedlegg 1). Ved forespørsel om deltakelse ble det utsendt et informasjonsskriv (vedlegg 2) som forklarte studiens mål og hensikt samt etiske prinsipper og hvordan dataene blir lagret og rapportert. Vedlagt forelå samtykkeerklæring som informantene skrev under på før intervjuet. Deltakerne fikk gjentatt informasjonen før intervjuet og hadde mulighet til å trekke seg ut av studien når som helst uten å måtte begrunne dette. Studien er basert på frivillig deltakelse, konfidensialitet og anonymitet. Jeg vurderte eget ståsted og påvirkning på prosjektet og informantene. Jeg har forsøkt å være refleksiv gjennom hele prosessen. Det er en forskjell på å få nøytral informasjon og på å prøve å få den informasjonen man ønsker (Kvale og Brinkmann, 2012). Datamateriale har blitt oppbevart og håndtert på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningslovens § 13 (2000) og Helseforskningslovens § 38 (2008). Data har blitt oppbevart aidentifisert i låsbare skap og forskningsdata og identifiserende elementer er lagret hver for seg. I resultatdelen har jeg forsøkt å beskrive hva som er informantenes utsagn og hva som er egen tolkning av teksten. Etisk ansvarlighet innebærer at forskeren ikke fremstiller sin tolkning som et uttrykk for deltakerens forståelse, men gjør det tydelig for leseren hva som er forskerens perspektiv og tolkninger (Kvale og Brinkmann, 2012). Informantene deltok i studien som fagpersoner. Dermed ble ikke private eller personlige forhold behandlet. Jeg vurderte at så lenge anonymiteten blir ivaretatt så kan ikke informantene utsettes for fare. Jeg har derfor ikke redegjort for potensielle konsekvenser, som mulige skader som kunne påføres

deltakeren. Likevel ble historier delt som inneholdt sensitiv informasjon om andre og det er viktig at jeg omhandler data med respekt og ivaretar anonymiteten ved ikke å skrive ned identifiserbar informasjon. Det er viktig at informantene vet at forskeren ivaretar konfidensialitet og ivaretar at informantene ikke kan gjenkjennes (Kvale & Brinkmann, 2012). Fordeler for informantene med å delta i studien er at deres erfaringer kan komme frem og bidra til utvikling av feltet. Summen av potensielle fordeler bør veie tyngre enn risikoen for å skade deltakeren (Kvale & Brinkmann, 2012). Jeg har vurdert at det er flere fordeler for mine informanter enn ulemper ved å delta i studien. Deres erfaringer og kunnskaper på feltet kan komme til syne gjennom studien og komme både ergoterapifaget og BHT til nytte.

### 3.9 Metodiske refleksjoner

Kvale og Brinkmann (2012) sier at det er et viktig krav til vitenskapelig kunnskap at den skal være et resultat av systematisk og kritisk refleksjon. Videre fremheves at refleksiv objektivitet omhandler å finne objektivitet om subjektivitet, noe som innebærer å forsøke å avdekke egne fordommer (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 247). Jeg har forsøkt å være refleksiv og vurdere egne oppfatninger, holdninger, meninger og overveie betydningen av eget ståsted. I tillegg har jeg hatt fokus på å frembringe kunnskap har verdi og nytte for flere enn meg. Finlay (2008) skriver at å være refleksiv innebærer å utforske egne antakelser noe som innebærer å være årvåken og kritisk evaluere egne reaksjoner. Således kan ny forståelse utledes og fremtidig praksis bedres. Livslang læring vil innebære at man aldri blir utlært og finner den absolutte sannheter.

”Det er forskerens etiske ansvar å rapportere kunnskap som er så sikker og verifisert som mulig” (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 81). Validitet omhandler den håndtverksmessige kvaliteten på det arbeidet som er gjort. Validering vil prege alle fasene fra tematisering av intervju til den endelige rapporteringen. Jeg har hele veien stilt spørsmål knyttet til studiens gyldighet og de valgene jeg har tatt underveis. Jeg har stilt spørsmål underveis i alle de syv stadiene av intervjuundersøkelsen. Dette kalles prosessvalidering (Kvale og Brinkmann, 2012). Jeg har forsøkt å ha et kritisk blikk til meg selv som forsker og til egne ideer, bruk av metode, møte med informantene og i tolkningen. Jeg benyttet en god båndopptaker som gav god lyd kvalitet. Fog (1998) sier forskeren må stille seg spørsmål om metodene som er valgt er egnet til å undersøke det som skal undersøkes og om de bidrar til gyldig og vitenskapelig

kunnskap. Problemstillingen og forskningsspørsmålet vurderes som relevant i forhold til å finne ut hvilke erfaringer ergoterapeuter har med å bistå arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer, hvordan de samarbeider med arbeidstakere og hva som er viktige faktorer for å fremme arbeidsdeltakelse ved psykiske helseproblemer. Kvalitativt forskningsintervju som metode med et deskriptivt og eksplorerende fenomenologisk design har jeg vurdert som hensiktsmessig i forhold til studiens formål om å innhente beskrivelser av fenomenet jeg undersøker fra informantenes livsverden samt å møte fenomenet utforskende og med åpenhet. Tekstene har gitt meg et rikt tolkningsmateriale og den hermeneutiske tilnærmingen har bidratt til å forstå og finne mening i de ulike delene av datamaterialet med utgangspunkt i helheten som igjen frembringer ny forståelse av fenomenet. Intervjuguiden jeg har utarbeidet inneholder strukturen og fokuset som er viktig å opprettholde under et intervju. Gjennomføringen av intervjuene stod for den mer fleksible og åpne delen selv om intervjuguiden ble brukt som en påminnelse om hvor fokuset skulle ligge. Ved å bruke oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene har jeg forsøkt å ivareta informantenes beskrivelser og utforske nye perspektiv informantene brakte på banen. Dette bidrog til at flere sider ved fenomenet kunne komme frem.

Pålitelighet omhandler i følge Kvale og Brinkmann (2012) hvorvidt rapporteringen av hovedfunnene gir en pålitelig beskrivelse av det som fremkommer av studien. Fog (1998) påpeker at reliabilitet omhandler om «jeg selv og mine lesere kan stole på min forståelse av det utsnitt av virkeligheten jeg har undersøkt» (Fog, 1998, s. 157). Jeg har forsøkt å avklare det som skjer mellom meg som intervjuer og informantene i selve intervjuene samt hvordan jeg som intervjuer påvirker og hva som påvirker meg. Videre har jeg beskrevet transkripsjon av intervju og benyttet refleksjonsnotat underveis. Jeg har stilt spørsmålet om pålitelighet i alle faser av forskningen. Jeg har forsøkt å gjøre materialet og fremgangsmåten min transparent, vurdert og beskrevet egen forforståelse og analyse av tekst samt gitt leseren innblikk i ulike beslutninger som er tatt underveis for å sikre pålitelighet. I min analyse har jeg forsøkt å ta med leseren inn i informantenes livsverden, være tett på og beskrive hvordan de snakker om fenomenene som søkes utforsket.

Generalisering av funn omhandler i hvilken grad funnene er overførbare til andre personer og kontekster (Kvale og Brinkmann, 2012). Videre fremhever Fog (1998) at ”samtalesamtalen er et enestående møte og kan ikke føres som «den samme» av forskjellige samtalepartnere”(Fog

1998, s. 160). Men må funnene generaliseres? Det må være leseren som avgjør om funnene er overførbare. Mitt mål er at studien av en slik kvalitet at funnene kan bringe frem erfaringene til informantene, både det som er unikt og felles, og bidra til å løfte frem refleksjoner og diskusjoner på feltet. Således kan studien komme til nytte både for utvikling av ergoterapifaget i BHT-sammenheng og BHTs tjenestetilbud til arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer.

## KAPITTEL 4.0 RESULTAT

I dette kapittelet presenteres studiens resultat fremkommet i den tematiske analysen. Gjennom informantenes beskrivelser, egen tolkning og forståelse av beskrivelsene samt sammenhengen mellom disse fremkom det fire hovedtemaer med undertema. Disse gir utfyllende beskrivelser og forståelser som er relevante i forhold til studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Beskrivelsene til informantene presenteres i form av sitater som er uthevet i teksten. Siden det fremkom mye generelle kunnskaper og erfaringer har jeg valgt å presentere resultatene i temaer som fremkom i analysen. Jeg har samlet det særegne knyttet til hva informantene formidlet om ergoterapeuters spesifikke bidrag i eget tema.

Hovedtema med undertema er som følger:

	<b>Hovedtema</b>	<b>Undertema</b>
1	Å invitere til samtale	Hjelp til å sortere
		Historiene bak henvisningene
		Å finne en felles virkelighetsforståelse
2	Belastninger på flere fronter	Det fysiske, psykiske og psykososiale henger sammen
		Balanse i hverdagen
3	Betydningen av å føle seg verdifull	Opplevelse av støtte og forståelse gir trygghet
		Å sette psykisk helse og arbeid på agendaen
4	Ergoterapeuters spesielle bidrag	Å utforske arbeidsevne
		Aktivitetsperspektivet

### 4.1 Å invitere til samtale

#### 4.1.1 Hjelp til å sortere

Alle informantene forteller at BHT kan, i oppdrag ute i virksomheten eller på dialogmøte med NAV, oppdage at arbeidstakere ikke har det så bra og avdekke behov for oppfølging.

Arbeidstakere som sliter har mulighet til å ta kontakt med BHT selv når virksomheten de arbeider i er medlemmer. Det er likevel arbeidsgiver som må godkjenne timebruken hos BHT og som er den parten som i hovedsak henviser arbeidstakere til samarbeid med BHT. Eva beskriver dette slik: *”Den biten som går på psykisk helse får jeg tak i gjennom at folk ringer og sier at vi har en arbeidstaker som sliter og vi ønsker å gi han noen timer til støttesamtaler eller veiledning”*. Ergoterapeutene kan også fange opp i observasjon, for eksempel i gruppearbeid, at noen kan ha behov for hjelp. Berit sier: *”Da har jeg gått inn i etterkant og åpnet for en samtale og på den måten avdekket at noen ikke har det så bra og kanskje trenger litt hjelp”*. Timeressurs må likevel avklares med leder. Samtlige av informantene beskriver at de i sin BHT har et tjenestetilbud som omhandler støttesamtaler. Et flertall av informantene gjennomfører disse samtalene. Dette er planlagte samtaler som går over kortere eller lengre tid og som omhandler å bistå arbeidstakeren i å sortere hva som er utfordringer og veilede med å finne løsninger. Jeg forstår det slik at støttesamtaler er av de viktigste bistoandene som blir gitt i forhold til psykiske helseproblemer. Dette viser at det gjennom samtaler med andre kan oppstå forutsetninger for endring og bedring av livssituasjon. Nora sier: *”Det å være en samtalepartner som kan drive dem litt framover, det å gi støtte og anerkjenne, er det som kjennetegner jobben med de som har psykiske helseproblemer”*.

En av informantene jobber i psykososialt team der arbeidet i hovedsak omhandler å bistå arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer. Informantene som har enten videreutdanning og/eller tidligere erfaring fra psykisk helsearbeid er de som arbeider mest med støttesamtaler. To av informantene som ikke jobber med støttesamtaler sier at de ikke gjennomfører støttesamtaler fordi de er usikre på om de har tilstrekkelig kompetanse. De fremhever at de tenker de må ha videreutdanning for å gå inn på feltet. Likevel erfarer de å gjennomfører uformelle samtaler for å hjelpe arbeidstakeren videre. Dette innebærer spontane samtaler i forbindelse med andre oppdrag. De forteller at de i hovedsak er inne i oppdrag som omhandler utførelse av arbeid og tilrettelegging av arbeidsoppgaver og omgivelser. De er da oppmerksomme på å stille åpne spørsmål for å finne ut hva som er utfordringer og løsninger for arbeidstaker. I denne forbindelse kan nye tema dukke opp, herunder behov for støtte og bistand i forhold til ulike utfordringer i livet som kan gå ut over arbeidsdeltakelse og opplevelse av mestring. Disse informantene forteller at de benytter elementer fra veiledningsmetoder, herunder motiverende intervju og kognitiv terapi. Berit utdyper: *”Det er sjelden jeg har noen inne til samtale, men jeg er opptatt av å stille åpne spørsmål. Hva er det*



*som er viktig for deg? Hva er det som skal til for at du kan være i arbeid? At man har det arbeidsperspektivet, det er mitt fokus". De forteller at om de ønsker å gå ytterligere inn med å jobbe med psykisk helseproblemer og ha planlagte samtaler så kan de det. De erfarer at behovet i stor grad er der, men begge er tilbakeholdne da de mener at de må ha mer erfaring eller videreutdanning. Helene sier: "Det er klart å ha samtaler med ansatte synes jeg er greit, det liker jeg godt, men jeg er ikke så god på å finne løsninger i forhold til tema, men det er jo å oppdatere seg og få noe mer kunnskap". Den av informantene med mest erfaring på feltet sier at videreutdanningen hun har i form av veiledningskompetanse er hensiktsmessig. Eva beskriver: "God kartlegging fordrer det her å vite hvordan man stiller spørsmål for å få dybde i svarene og ikke bare de svarene vi..., altså svar ut fra hvordan vi spør. Det gjør at en eller annen form for veiledningspedagogisk kompetanse egentlig bør være grunnutdanning for personell i BHT". Likevel fremkommer det at erfaringen er det som er mest avgjørende. Siri sier: "Hvor mye du pøser på vil du ikke oppleve å ha nok før du har erfaring". Hun er også den av informantene som har lengst fartstid, 20 år i BHT. Hun sier at hun periodevis har arbeidet med støttesamtaler, men at hun i dag gjør det i liten grad fordi de har eget psykososialt team som arbeider med det. Hun kunne vært en del av dette teamet, men har selv valgt andre områder som sitt hovedfokus. Siri sier: "Jeg tenker hvis vi ikke hadde hatt så mange som jobber med psykososialt så ser jeg at jeg hadde hatt mye å gå på, jeg kunnet jobbet mye mer med det, men vi har valgt denne inndelingen".*

Alle informantene forteller at BHT, jamfør arbeidsmiljøloven, skal jobbe forebyggende og ikke behandlende og at det er hårfin balanse mellom hvilke tilbud BHT kan tilby og ikke tilby. Støttesamtaler beskrives som noe annet enn en terapisaftale og har et jobbfokus selv om utfordringene også kan omhandle andre aspekt og arenaer. Siri utdyper: "I utgangspunktet skal ikke BHT ha noe å gjøre med det som har med privathelse å gjøre, men om det kan gjøre at folk kommer raskere tilbake så har vi det likevel for å hjelpe folk til å komme seg tilbake på jobben." Videre sier Siri: "Som BHT har vi ikke lov til å ha psykologtimer, men vi kan ha coaching. Så vi driver mye med lederutvikling og coaching av enkeltpersoner".

Støttesamtalene i BHT beskrives av en av informantene som å være et lavterskeltilbud ved at arbeidstaker kan komme i kontakt med helsepersonell i en tidlig fase og ikke stå på venteliste til kommunens tilbud eller gå ut i en sykemelding uten oppfølging når det gjelder den psykiske helsen. Randi sier: "Vi har støttesamtaler på et lavest mulig nivå for å gi en hjelp til folk kommer inn i systemet og får en mer spesialkompetanse". Informantene formidler at det

erfares at det kan være lettere for arbeidstakere å ta kontakt med BHT da man ikke trenger å være inne i psykiske helsetjenester for å ta kontakt. Det beskrives at det oppstår en mulighet til å avdekke og bli kjent med egne mønstre, egne behov og utfordringer samt se dette i relasjon til arbeid med målsetning om å muliggjøre arbeidsdeltakelse. Noen timer samtale med et annet menneske der man kan lufte sine tanker og opplevelser kan være nok til å oppdage og igangsette nødvendige endringer. Om man ikke har en lett tilgjengelig samtalepart kan sykemelding fort bli løsningen. Randi sier: *”Det er mange som har behov for litt støtte og det å ha noen å prate med på et ganske lavt nivå uten at man er innrullert i psykiatrien. Støttesamtaler kan hjelpe folk å holde seg i jobb. Det oppleves som ufarlig å komme hit og snakke med BHT, man trenger ikke være psykisk syk for å komme hit. Det tror jeg er ganske viktig, fordi vi ikke er en del av psykiatrien”*. Alle som gjennomfører støttesamtaler fremhever krav til egen refleksivitet når det gjelder å gjenkjenne og erkjenne når det er riktig å henvise arbeidstakeren videre. Eva sier: *”Den psykiske komponenten kan noen ganger være større enn vi har tenkt. Det kan handle om spiseforstyrrelser eller selvmordsfare og da må jeg gjøre en vurdering av hvor langt strekker min kompetanse seg og hvor bør jeg sørge for at denne personen får hjelp. Jeg kan henvise videre. Jeg er veileder, ikke psykolog og forholder meg profesjonelt til det”*.

Medlemsmodellen til BHT og økonomistyringen beskrives som begrensende faktorer i forhold til bruk av BHT på feltet. Det er arbeidsgiver som må godkjenne bruk av BHT og timeressurser som hver enkelt kan nytte beror på arbeidsgivers forståelse av behovet og vilje og ønske om å hjelpe arbeidstakeren når utfordringene ikke utelukkende omhandler arbeidet. Jeg forstår det slik at ikke alle arbeidsgivere ser hvordan ulike faktorer i en arbeidstakers liv henger sammen og kan påvirke arbeidsdeltakelse. Det blir viktig med en helhetlig forståelse av at forhold både i personen selv og i privatlivet kan påvirke arbeidssituasjonen og motsatt. Noen arbeidsgivere kan tenke at enkelte problemstillinger er private og ikke er noe arbeidsgiver skal ha ansvar for. Likevel kan flere av informantene fortelle at de erfarer at de kan argumentere for behovet, særlig knyttet opp mot hva virksomheten har å tjene på redusert sykefravær. Eva sier: *”En arbeidstaker går på jobben med sitt hele jeg og om vondten sitter i privatlivet eller i personligheten eller om det sitter i noe som handler primært om jobben så er det uansett 24-timers mennesket som går på jobben med det eller som blir borte fra jobben med det”*.

#### 4.1.2 Historiene bak henvisningene

Alle informantene formidler at de erfarer at henvisningene kan skjule en annen historie enn den som først blir beskrevet og fremst av alt et ønske og behov om å snakke med noen. Gjennom intervjuene kommer det frem at særlig arbeidsplassvurderinger og fysiske forhold blir brukt som en innfallsvinkel fra både arbeidsgiver og arbeidstaker til å komme i kontakt med BHT. Plagene som oppgis som grunnlag for en arbeidsplassvurdering er ofte fysiske og omhandler arbeidsutstyr og arbeidsplassens utforming særlig knyttet til muskel- og skjelettplager. Når ergoterapeuten kommer til arbeidsplassen lukkes døra og arbeidstaker åpner seg om andre forhold. Utfordringene beskrives å knyttes til psykiske helseproblemer i en eller annen grad. Siri beskriver det slik: *”Jeg kommer ofte ut i forhold til det fysiske arbeidsmiljøet og så ber folk meg lukke døra og så handler det ikke om fysiske arbeidsmiljøet i det hele tatt.”* Andre ganger kan det være fysiske plager til stede, men samtidig et behov for bistand på ulike områder. Dette viser at det er mange faktorer som påvirker arbeidstakers psykiske helse og at bilde ofte er komplekst. Berit sier: *”Når jeg får en henvisning har de ofte også en fysisk plage. Det er ofte det den ansatte har sagt, at det er en nakke eller skulder, men at man kommer inn på andre ting under arbeidsplassvurderingen”.* Arbeidsplassvurderinger fremstår som et hovedarbeidsområde der ergoterapeuter gir bistand til arbeidstakere på ulike nivå. Samtalen blir hovedverktøyet i arbeidsplassvurderingen man gjennomfører med arbeidstaker for å avdekke de ulike forholdene som har betydning for arbeidsdeltakelse. Dette er da ikke det samme som de planlagte støttesamtalene, men jeg oppfatter at det er betydningsfullt i forhold til å åpne dører ved at arbeidstaker får noen å snakke med som de vet, i lys av å være helsepersonell, har taushetsplikt og kompetanse på helse.

Når historiene til arbeidstakerne gjenspeiler psykiske helseproblemer beskrives arbeidstakers vilje til åpenhet som avgjørende for hvordan man samarbeider videre og om utfordringene som fremkommer i disse uformelle samtalene kan videreformidles til leder og gjøres noe med. Nora sier: *”Det er leder som har mulighet til å gjøre noe med det, endre forholdene og forankre endringene og legge til rette for”.* Taushetsplikten til helsepersonell fremheves som viktig i forhold til at mennesker våger å åpne seg, men også i forhold til at man ikke kan gå videre med informasjonen og iverksette tiltak uten at arbeidstaker ønsker det. I rapporten tilbake til leder er det ofte de organisatoriske og praktiske forholdene som innbefatter tilrettelegging og arbeidsutstyr som fremheves. Martin beskriver det slik: *”Da blir det gjerne tilføler jeg, som ergoterapeut i BHT, at jeg fungerer mer som en ventil, at de får mulighet til å*

*fortelle hva de har problemer med og kan få veiledning selvfølgelig, men også at vi ikke alltid kan gjøre noe konkret, fordi de ikke ønsker at dette her skal bli kjent*". Det er viktig å være tydelig til arbeidstakeren om betydningen av åpenhet for endring. Om arbeidstakeren ikke ønsker å gå videre så stopper arbeidet opp og BHT kan ikke bidra med løsninger i forhold til den enkelte eller arbeidsgiver. Dette gjelder særlig forhold på arbeidsplassen. Siri vektlegger at når det gjelder forhold på arbeidsplassen som er av betydning for arbeidsdeltakelse så er det viktig å formidle til arbeidstaker at vi må kunne dele det som skal hensyntas i det kollektive arbeidsmiljøarbeidet. Det man ikke er villig til å dele må man dermed vurdere om man i det hele tatt skal ta opp. Dette gjelder særlig når arbeidstakere tar opp problemstillinger knyttet til forhold i arbeidsmiljøet. Siri sier *"Den er av og til litt kinkig. Jeg orker ikke være et sted hvor folk bare får lov å kaste ut misnøyen sin uten gjøre noe med det"*. Dersom det er forhold utenom arbeidsplassen så trenger det ikke deles med andre, men bearbeides på individnivå. En viss åpenhet overfor leder fremkommer likevel som avgjørende for om arbeidsgiver velger å avse timeressurser til den enkelte arbeidstaker for bistand fra BHT.

#### 4.1.3 Å finne en felles virkelighetsforståelse

Flere av informantene erfarer at langvarige konflikter på arbeidsplassen kan være en kilde til psykiske helseproblemer, herunder opplevelse av stress, utbrenthet, angst og depresjon. Martin forteller at mange ender opp i en sykemelding når man står i en konflikt. Det er viktig med tidlig dialog og bistand. Dette kan innbefatte utforskning av partenes individuelle opplevelse av konflikten for videre å finne en felles virkelighetsforståelse begge kan akseptere. Martin beskriver viktigheten av å formidle at sykemelding ikke nødvendigvis er løsningen. *"Er det konflikt med arbeidsgiver er ofte det å sykemelde seg det dumme man gjør fordi man skaper en avstand til problemet som blir vanskelig å hente inn igjen, særlig etter lang tid"*. Konflikthåndtering beskrives som et økende arbeidsområde og erfares som viktig i forhold til den enkeltes arbeidsdeltakelse. Dersom konflikten løses på et lavest mulig nivå og mellom de det gjelder kan det forebygges at konflikten blir ødeleggende for den enkeltes helse. Det fremkommer at konflikter som tilsynelatende omhandler mellommenneskelige forhold ofte kan være knyttet til strukturen i virksomheter som for eksempel uklare funksjoner og ansvarsområder. Det er derfor viktig med en grundig kartlegging av ulike faktorer. BHT bistår med å avdekke organisasjonsmessige forhold som kan ha betydning for kulturen, konflikten og den enkeltes opplevelse av den. Det synes at

struktur gir kultur. Uansett hva en konflikt omhandler kan den eskalere om den ikke løses på et lavest mulig nivå. Det er derfor viktig å forsøke å komme inn på et tidlig tidspunkt. Randi sier: *"Jeg ser nå i de senere par årene har vi jobbet mer med konflikthåndtering og sånne type saker som vi ser kan være veldig lammende for en arbeidsplass. Der har ikke vi i BHT jobbet så mye tidligere, men der er det nye muligheter og nye områder"*. Det fremheves av betydningsfullt at BTH både innehar kompetanse på helse samt kjenner de ulike virksomhetenes arbeid. I tillegg fremheves at BHT skal være en nøytral part som kan bistå alle parter. Nora sier: *"Den nøytrale rollen vår som kan bistå begge parter kan være et nyttig utgangspunkt. Arbeidstaker kan tørre å si ting når vi er der som en støtte, si ting som kan være vanskelig og det samme for leder"*. BHT beskrives å være en objektiv part som lettere kan gå inn på for eksempel negativ adferd hos den enkelte part som påvirker samspillet. Dette kan omhandle forhold som det kan være vanskelig for partene å si til hverandre uten en tredje part som bistår. Informantene kan fortelle at BHTs nøytrale rolle ikke alltid er enkelt, særlig i konflikter der arbeidsgiver er en av partene. Arbeidsgiver er den som ofte er kontaktpersonen inn i BHT og man kan risikere å komme i et etisk dilemma i forhold til det fremtidige samarbeidet. Nora sier: *"Er det du som skal stå å være mekler i den konflikten da? Nei, da er det kanskje ikke det. Da er det kanskje noen andre for å ivareta relasjonene til kontaktpersonen. Det kan være hemmende for framtidig samarbeid"*.

## 4.2 Belastninger på flere fronter

### 4.2.1 Det fysiske, psykiske og psykososiale henger sammen

Flere fremhever at i virksomheter der mange er sykemeldte eller står i fare for å bli det så kan forhold på arbeidsplassen være av betydning. Psykisk helsearbeid i BHT omhandler også arbeid med psykososiale og organisatoriske forhold. Selv om dette er arbeid på gruppenivå så beskrives det at når arbeidstakere opplever psykiske helseproblemer så kan det være hensiktsmessig med arbeidsmiljøarbeid, særlig når man ser at flere sliter på en arbeidsplass. En del arbeid på organisatorisk nivå vil kunne ses i relasjon til den enkelte arbeidstakeren da forhold på arbeidsplassen påvirker om arbeidsdeltakelse er mulig med de psykiske plagene man opplever. I tillegg er det viktig i forhold til å skape et arbeidsmiljø som ikke er skadelig for arbeidstakernes psykiske helse. Martin sier: *"På de arbeidsplassene det er mye muskel- og skjelettplager plager så er det ofte dårlig arbeidsmiljø, ofte mye mistrivelser og psykiske plager blant de som jobber der. Så det henger ofte i hop."* I enkelte saker kan individuell bistand til

arbeidstakere kombineres med gruppearbeid. Nora sier: *"I tillegg jobber jeg mye med psykososialt arbeidsmiljø. Jeg jobber med kartlegging i grupper og vi går inn og har individuelle samtaler med alle ansatte"*. Alle informantene formidler at det fysiske, psykiske og psykososiale henger sammen og ofte ikke kan skilles. Selv om BHT sitt mandat er tilknyttet jobbsituasjonen og arbeidshelse så er det nødvendig å se sammenhenger og hvordan ulike forhold påvirker hverandre. Bistand på psykososiale og organisatoriske arbeidsforhold på gruppenivå blir derfor viktig i forhold til arbeid med psykisk helse på individnivå. Nora beskriver erfaringer med å jobbe med psykososialt arbeidsmiljø ved å samle ansatte og sette et spesielt tema på agendaen, for eksempel i lunsjen. *"Kommunikasjon på arbeidsplassen, psykososialt arbeidsmiljø, vi snakker mye om stemning på arbeidsplassen. Det å få de ansatte til å være bevisst egen atferd. Hvordan påvirker min adferd mine omgivelser og mitt arbeidsmiljø"*? Flere forhold på arbeidsplassen kan påvirke arbeidstakerens helse og velvære. Endrings- og omstillingsprosesser trekkes av en av informantene frem som viktig å være på vakt for i forhold til arbeidstakeres opplevelser og reaksjoner. Siri sier: *"Kanskje vi bør jobbe med lederutvikling, teamutvikling, særlig i prosesser med omorganisering, nedbemanning og endringsprosesser så er det kjempe viktig å ta tak for da vet man hvor fort det kan gå ut over arbeidsmiljøet"*.

Videre sier informantene at de erfarer at den fysiske og psykiske helsen henger sammen selv om arbeidstakere ikke alltid selv ser dette. For å få til nødvendig endring er det viktig være åpen for å utforske ulike forhold med fokus på mestring av egen livssituasjon. Siri sier: *"Jeg er opptatt av mestring, så synes jeg det fysiske og det psykiske går så i hop, av og til er det vanskelig å skille det. Det henger så mye sammen, når man har en fysisk dårlig helse går det ut over det psykiske uansett"*. Det beskrives at det gis bistand i forhold til struktur i hverdagen og til å komme seg ut av negative sirkler uavhengig om arenaen er i hjemmet eller på arbeidsplassen. For eksempel kan enkelte arbeidstakere snu døgnet, sitte oppe om natten og dermed ikke komme seg på jobb. Martin sier: *"Jeg har da veiledning om hvordan man kan strukturere dagen, lage seg rutiner og hvordan få system på aktivitet både på jobb og fri, tenke litt mer helhetlig"*. Eva er den som har mest erfaring med å bistå arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer. Hun beskriver at det ofte omhandler samspillutfordringer og lærte mønstre som man har med seg i sin adferd i lys av den personen man er og hvordan man håndterer situasjoner og således kan ikke alltid utfordringene skilles til å omhandle kun en arena. *"Arbeid er en kanskje isolert del, den private sfæren en kanskje en isolert del, men vi*

*møter oss selv i døra, fordi utfordringene handler om det samspillet vi har med omverden som vi har enten vi har det på privatfronten eller jobb*". Det fortelles at for å få til nødvendige endringer kan det være hensiktsmessig med praktisk bistand, herunder for eksempel gi hjemmeoppgaver, øvelser og andre utfordringer som gjør at man må gjøre en konkret endring i sin adferd, samtidig er samtalen fortsatt det viktigste verktøyet.

#### 4.2.2 Balanse i hverdagen

Flere beskriver at personene de skal støtte har krevende og komplekse livssituasjoner og at det er en sentral oppgave å bistå med å få en balanse i hverdagen. Å skape struktur og gode rutiner er en del av veiledningen som omtales som spesielt viktig når arbeidstakere opplever psykiske helseproblemer. Helene forteller: *"Jeg ser både på det fysiske, er det utstyr eller hjelpemidler de har behov for, eller er det endring eller plassering av utstyr eller er det i forhold til tidsaspektet, kan du organisere dagen din annerledes? Er det behov for at du får støtte fra kolleger på enkelte arbeidsoppgaver?"* Samtlige beskriver at de erfarer at stress er et voksende tema både hos enkeltindividet i arbeidssammenheng og privat, samt i organisasjoner. Eva beskriver dette som et mulig arbeidsområde for psykisk helsearbeid i BHT: *"Det kunne BHT ha, egne klinikker som jobber med stress, fordi dette er etter hvert en altoppslukende problemstilling. Stoler og bord begynner stort sett å bli ganske bra rundt omkring, men arbeidslivet, det moderne grenseløse arbeidslivet, fordrer stadig mer av den enkelte så jeg tenker vi kunne hatt en nisje som fikk lov å jobbe med ressurser rundt det med stressproblemer."* Gjennom bevisstgjøring av hva som oppleves som stress, hva stress kan være, hvordan det påvirker kroppen samt å utforske hva som er positivt og negativt stress bistår informantene med å finne en balanse. Det fremkommer at det kan være positivt for den enkelte arbeidstaker at virksomheter setter temaet på dagsorden for eksempel gjennom kurs og veiledning gjennom BHT da opplevelse av stress også kan gjenspeile forhold i organisasjonen. Flere av informantene formidler at psykiske helseproblemer og stress kan utløses ved å oppleve at man ikke mestrer sine arbeidsoppgaver eller har uklare forventninger. Berit sier: *"Det er en ganske hårfin balanse på arbeidskrav og utførelse, særlig når det begynner å tårne seg litt når det blir for mange arbeidsoppgaver og for stort ansvar"*. En av informantene forteller at hun jobber med prosjekter i forhold til livsfaseorientert personalpolitikk som kan være forebyggende i forhold til utvikling av psykiske helseproblemer og stress. Dette beskrives som utarbeidelse av rutiner i virksomheter med fokus på tilrettelegging når arbeidstakere befinner i ulike livsfaser og livssituasjoner som kan

oppleves utfordrende. Siri utdyper dette slik: *”Det å kunne tenke livsfase og sette inn tiltak fordi nå er du i en stressende fase eller nå trenger du tilrettelegging i en periode og at alle har muligheter uansett livsfase”*. Det generelle HMS-arbeidet synes å være viktig i forhold til at virksomheten kan legge noen føringer for hvordan de vil forebygge psykiske helseproblemer og fremme helse for sine arbeidstakere.

### 4.3. Betydningen av å føle seg verdifull

#### 4.3.1 Opplevelse av støtte og forståelse gir trygghet

Alle informantene forteller at de erfarer lederstøtte, kollegastøtte og kommunikasjon som de viktigste faktorene for å opprettholde arbeidsdeltakelse når psykiske helseproblemer oppstår. Særlig leders kompetanse på området trekkes frem av betydning for arbeidsdeltakelse. Eva sier: *”Det med kommunikasjonen tenker jeg og hvilken leder du har, hvilken kompetanse leder har på være nærværende og støttende og konfrontere, ikke konfronterende ved å være negativ tydelig, men ved å tørre å spørre spørsmål”*. Det erfares at en leder som ikke viser støtte og forståelse for arbeidstakerens situasjon, for eksempel er rigid på kløkkeslett og utførelse av oppgaver, kan gjøre det mer belastende å være i arbeid når man opplever psykiske helseproblemer. Den tidlige dialogen fremstår som viktig. Dette beskrives å innebære at leder har evne til å oppfatte på et tidlig tidspunkt når en arbeidstaker sliter og være oppmerksom på den enkeltes behov. Dette kan innbefatte å forstå at endringer i adferd kan bunne i psykiske helseproblemer. For eksempel at sinne og frustrasjon kan være utløpskanaler for usikkerhet, eller at isolasjon kan være tegn på depresjon. Ved tidlig dialog kan man finne ut hva arbeidstaker har behov for og hvordan man kan tilrettelegge i en periode slik at arbeidstaker opplever mestring og kan stå i arbeid. Randi sier: *”Det å bli sett, kjenne at man er verdifull på jobb, jeg tror det er en veldig viktig faktor. Det å oppleve at man mestrer de kravene som blir stilt, mestrer jobben er også veldig viktig”*. Videre erfarer informantene at det har betydning at arbeidstakeren opplever seg som ønsket på arbeidsplassen, også når de opplever psykiske helseproblemer. Det er viktig at arbeidsgiver formidler dette. Martin sier: *”Å formidle det budskapet at du har en rolle her og du trengs her selv om du har det vanskelig”*. Samtidig fortelles det at arbeidstakere har en medvirkningsplikt og et ansvar om å følge opp både egen situasjon og arbeidsoppgaver. Arbeidsgiver har både omsorgsplikt og styringsplikt. Omsorgsplikten er ikke ubegrenset da arbeidsgiver har en virksomhet å drifte. Virksomheter har krav på seg til å levere tjenester og produkter. Randi sier: *”Selv om man har en*



*tilretteleggingsplikt på seg så er det grenser for hvor langt en kan strekke seg. En bedrift har også et produksjonskrav på seg og man kan ikke tilrettelegge ubegrenset". Det er en balanse mellom å legge til rette for og se behovet til den enkelte arbeidstaker og samtidig gjøre den enkelte bevisst på eget ansvar og medvirkningsplikt. BHTs nøytrale rolle beskrives som hensiktsmessig i forhold til å kunne si noe om både arbeidsgiver og arbeidstaker sine plikter og ansvar. Martin sier: "Det er den balanse mellom å legge til rette og ha silkehansker på samtidig som er tydelig og stiller krav. Man trenger kravene og se at verden går videre og se at det behov for deg".*

#### 4.3.2 Å sette psykisk helse og betydningen av arbeid på agendaen

Flere av informantene forteller at de erfarer at det er viktig å få større takhøyde for psykisk helse og arbeide for alminneliggjøring av psykiske helseproblemer for å fremme arbeidsdeltakelse. Alle kan se når du har utfordringer på jobb på grunn av en brekt fot, men det er ikke alltid lett å se at noen sliter psykisk og ha forståelse for hva dette innebærer. I intervjuene kommer det frem at kunnskap om psykisk helse kan gi økt innsikt i hva psykisk helse er og at vi alle har en psykisk helse. Vi kan alle ha perioder hvor vi opplever større eller mindre utfordringer som kan gå ut over mestring og livssituasjon. For å fremme arbeidsdeltakelse beskrives det som viktig å jobbe med undervisning og prosessrettet utviklingsarbeid på systemnivå både blant ledere og i kulturen/arbeidsmiljøet. Informantene forteller at de erfarer at arbeidsmiljøet har stor påvirkning på om arbeidstakere opplever det som belastende eller helsefremmende å være i arbeid. Nora sier: *"Det her med mental helse og psykiske lidelser, det er viktig å fremsnakke det, at det ikke er skummelt. Alle ser når du har gips, men du går ikke med en kjempestor turban når det er kaos inne i hodet, men den bevisstgjøringen. Det er en del av livet, det er ikke unormalt. Større takhøyde, toleranse, aksept. Det å reflektere over at ikke alle er som jeg er, sånn innad i arbeidsmiljøet er veldig viktig".* Åpenhet beskrives som fremmende for å klare å være på arbeid med sine begrensinger. Dette innbefatter ikke nødvendigvis at man må forklare alle sine utfordringer, men si noe om hva man har behov for og at det er aksept for at man i en periode må ha andre arbeidsoppgaver, tilrettelegge eller gjøre andre endringer. Den sosiale støtten man får eller ikke får fra både leder og kolleger fremheves som viktig. Helene sier: *"Om folk er litt mer åpne med hverandre så har vi mer forståelse hvis noen er litt utenfor en periode eller sykemeldte en periode så tror jeg det er litt mer forståelse om det er litt mer åpenhet rundt*

*det.”*

Informantene som jobber mest med psykisk helse forteller at de i hovedsak blir kontaktet når utfordringer allerede har oppstått. Når arbeidsgiver ser at nå må det gjøres noe for å forebygge sykefravær eller for å få en person tilbake kobles BHT inn. Brannslukning er et hyppig begrep. Samtlige informanter fremhever at det ville være gunstig og ønskelig å være i forkant og at det å jobbe på gruppe- og systemnivå med kultur, ledelse og personalpolitikk også kan være hensiktsmessig for den enkelte arbeidstaker som opplever psykiske helseproblemer. Et slikt fokus kan være til fordel når utfordringer oppstår, men også kanskje forebygge at utfordringer oppstår som følge av forhold på arbeidsplassen. Likevel erfares det vanskelig å selge inn en tjeneste før arbeidsgiver ser at behovet er der. Helene sier: *”Av og til kan jeg føle at det er litt vanskelig å selge inn hvis det er et forebyggende fokus. Det er mye enklere hvis det er en skade som har oppstått”*. Informantene sier dette ofte omhandler økonomi og at ikke alle arbeidsgivere ser verdien i å ha økonomiske kostnader knyttet til en tjeneste før utfordringer oppstår. Likevel presiseres en økende forståelse for at arbeidsplasser som ligger i forkant og kontinuerlig arbeider med mellommenneskelige forhold kan bli en ressurs for den enkelte arbeidstaker både i forhold til utvikling av psykiske helseproblemer og opprettholdelse av dem. Flere forteller at de erfarer at de har mer prosessrettet arbeid nå enn tidligere. Eva sier: *”Hvis jeg ser på min egen avtalebok fremover så vet jeg at der er det mye prosessretta arbeid som er utviklingsarbeid og ikke bare arbeid retta mot å rette på problemstillinger som har oppstått, men å ta høyde for å ta dem når dem kommer på en annen måte”*. Informantene sier at de prøver å selge inn på planmøter, når timeressurser for året skal settes opp, viktigheten av at virksomheter setter helsefremmende arbeid på agendaen. Det å implementere psykisk helse inn i det generelle HMS-arbeidet ved utvikling av rutiner og strategier kan bidra til å sette psykisk helse på agendaen og øke forståelsen og kunnskapen.

Gjennom intervjuene kommer det frem at flere av informantene har positive erfaringer med å bistå med å bevisstgjøre arbeidstakere om at sykefravær ikke alltid er det som skal til for å få det bedre. Jeg forstår det slik at det for mange er en gyldig og riktig løsning å få en sykemelding når man opplever psykiske helseproblemer, men det er ikke slik at det alltid er den eneste riktige løsningen. Flere av informantene fremhever at arbeid kan bidra til bedring og være en ressurs. Arbeidsdeltakelse kan medføre mange positive forhold som blir borte ved en sykemelding. Det beskrives at å være i arbeid gir struktur, rammer og rutiner noe som kan

være viktig å opprettholde når psykiske helseproblemer oppstår. Martin sier: *”Det er så viktig at det må vi ha mere fokus på at det er helsefremmende å være i arbeid også ved psykiske problemer, eller kanskje særlig med psykiske helseproblemer”*. Samtidig er et viktig å anerkjenne at enkelte ganger er det både viktig og riktig med en time-out for å jobbe med sine utfordringer og finne nye mestringsstrategier. Eva sier: *”Det er ikke alltid formålstjenelig å gå tilbake i en gradering”*. Det må gjøres en grundig vurdering av den enkeltes situasjon med fokus på muligheter og hva som kan føre til bedring. Helene sier: *”Det er jo veldig viktig for det psykiske at de føler de mestrer noe så den tankegangen følger meg hele tiden, se muligheter og ja, være litt kreativ.”* Det fremstår for meg at mange går til lege og får en sykemelding uten at det har blitt gjennomført en vurdering av muligheter og begrensninger. Når det gjelder muligheter fremhever en av informantene at det er viktig å jobbe med dette også når arbeidstakere er sykemeldte og kanskje ikke kommer tilbake, i stedet for å vente til sykefraværet har overgått ett år før man begynner å snakke om det. Siri sier: *”Jeg tror at det som er ubehagelig nå kan bli bedre da man innimellom må få folk til å tenke fremover og ikke bare dvele ved det som ikke funker. Heller se på hva som funker og hvordan bruke det”*. Denne tankegangen erfarer hun at er ny for både lege og arbeidstaker.

#### 4.4 Ergoterapeuters spesielle bidrag

##### 4.4.1 Å utforske arbeidsevne

Selv om det formidles at det gjennom arbeidsplassvurderinger kan fremkomme behov for en samtale så beskrives arbeidsplassvurdering også å være et spesifikt oppdrag ergoterapeuter blir spesielt nyttet i for å forebygge eller redusere sykefravær. Når det ikke er primært en samtale arbeidstakeren ønsker så kan arbeidsplassvurderingen nyttes i forhold til ulike problemstillinger. Disse inneholder ofte en funksjonsvurdering samt arbeidsplassbesøk for vurdering av mulig tilrettelegging og innehar både fysiske og psykiske komponenter. Etter arbeidsplassvurderingen vil man kunne gå gjennom med både arbeidstaker og arbeidsgiver hva som har fremkommet som muligheter og begrensninger. Samtlige informanter formidler at de har positive erfaringer med bruk av funksjonsvurdering for å finne muligheter og begrensninger. Siri sier: *”Funksjonsvurdering jobber jeg faktisk mye med i forhold til sykefraværsoppfølging”*. Ved funksjonsvurdering samarbeider man med arbeidstaker om å vurdere forholdet mellom arbeidstakerens forutsetninger og omgivelsenes krav. Modums krav- og kontroll funksjonsvurdering erfares som et nyttig verktøy, spesielt når det gjelder

sammensatte utfordringer. I tillegg beskrives den som hensiktsmessig dersom arbeidsgiver og arbeidstaker besitter ulike syn på utfordringene. Berit sier: *"Det kan være at jeg tar en funksjonsvurdering. Jeg bruker krav- og kontroll funksjonsvurdering. Den går på arbeidsevne opp mot arbeidskrav og der er de sosiale og mentale funksjonene med som får fram ganske mye av det som kan være problemet gjerne i forhold til tempo og konsentrasjon"*. Det beskrives at det ved å benytte krav- og kontroll funksjonsvurderingen lettere kan fremstå for både arbeidsgiver og arbeidstaker hva som er reelle muligheter, ressurser og begrensninger. Funksjonsvurderingen er et nyttig verktøy for å tydeliggjøre hva arbeidsgiver kan bistå med og hva den enkelte arbeidstaker kan gjøre selv for å bedre egen situasjon. Siri sier: *"Hvordan folk fungerer sosialt og mentalt som oppleves ganske tøft av og til. Det blir bevisstgjørende for ledere med den modellen. Det blir enklere å se på muligheter med bruk av denne modellen både fysiske og psykososiale. De ansatte er med selv og definerer så jeg blir et redskap mellom leder og arbeidstaker"*. Randi formidler et eksempel der leder måtte formidle en vanskelig tilbakemelding til en arbeidstaker vedrørende forventninger og utførelse av arbeidsoppgaver. Etter en lang prosess løste situasjonen seg og Randi trekker frem krav- og funksjonsvurderinger som et viktig verktøy i prosessen: *"Men det var kjempe tøft til å begynne med, men jeg tror nettopp den systematiske gjennomgangen av arbeidsoppgaver og mestring av jobbkrav, og ha en trygg ramme for den samtalen var avgjørende for at situasjonen skulle snu"*. Gjennom intervjuene kommer det frem at flere ikke bruker modellen i sin helhet, men elementer fra den. Helene forteller: *"Den funksjonsvurderingen har jeg ikke brukt strukturert, ikke direkte, men indirekte, jeg har det i bakhode."* Funksjonsvurdering er noe flere yrkesgrupper kan gjennomføre. Hovedbudskapet er vurdering av arbeidsevne gjennom kartlegging av muligheter og ressurser fremfor begrensninger og diagnoser. Likevel sier samtlige av informantene at det er de, som ergoterapeuter i BHT, som i hovedsak gjennomfører funksjonsvurderinger. Verktøyet samsvarer med kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi. Siri sier: *"Der får du hele pakka, den er det bare jeg som gjør."*

#### 4.4.2 Aktivitetsperspektivet

Samtlige informanter erfarer at fagsekken de har med som ergoterapeuter er viktig særlig i forhold til aktivitetsperspektivet og at det er grunnfilosofien med betydningen av å være i aktivitet og å ha balanse mellom aktivitet og hvile som står sentralt. Noen av informantene bruker jevnlig aktivitetsanalyser fra ergoterapifaget for å vurdere sammenhengen mellom arbeidsdeltakelse og arbeidstakerens forutsetninger. En av informantene, Nora, benytter

ergoterapeutiske verktøy for vurderinger særlig av psykososiale og omgivelsesmessige faktorerers betydning for arbeidsdeltakelse, men også her fremkommer det at metodene ikke nødvendigvis brukes i sin helhet.” *Vi har innført bruk av Wri og Weis i forhold til identifisering av hemmende og fremmende faktorer for arbeidsdeltakelse. Vi bruker den ikke i sin helhet, men vi bruker spørsmålene i intervju med ansatte*”. Flere av informantene sier at de solgte seg inn i BHT som eneste ergoterapeut på bakgrunn av andre stillingsannonser. Med tiden har de erfart å tilføre sin egen BHT aktivitetsperspektivet og to av informantene sier at det nå er ønskelig med flere ergoterapeuter i egen BHT. Nora beskriver det slik: *”Det jeg ser er at den fagsekken jeg har, i forhold til ergoterapien, den opplever jeg som kjempe nyttig i BHT. Jeg ser jeg har så mye tilføre med tanke på det med aktivitetsperspektivet. Det omhandler struktur i hverdagen, sette konkrete mål og lage handlingsplaner, ha med seg viktigheten av å være i aktivitet, finne noen erstattere og bytte ut en aktivitet med en annen*”. Informantene har erfaringer med at ergoterapi ikke knyttes til psykisk helse og at ergoterapi ofte blir synonymt med ergonomi i BHT-sammenheng og knyttes til en biomekanisk tilnærming hvor arbeidsutstyr og arbeidsplassens utforming står sentralt. Martin sier: *”Utfordringen er å fronte at dette er noe ergoterapi er en del av. Fjerne seg fra dette biomekaniske synet med fokus på hjelpemidler, ergonomi og arbeidsutstyr til å gå over til psykisk helse og aktivitet og litt tilbake til det faget handlet om til å begynne med*”. Dette gjelder særlig ergoterapeutene som har mindre enn 6 års erfaring og som jobber lite med psykisk helseproblemer. De som har lang erfaring forteller at de i sine første år i BHT-sammenheng ble knyttet mye opp mot fysisk helse og brukt litt som en potet der det var behov. Etter hvert som de har fått erfaring har de kommet mer inn på psykisk helse og samtaler. De forteller at dette skyldes at de har en interesse for og et ønske om å bidra på feltet. Eva som har lengst erfaring sier hun ikke lenger vet hva som kommer fra ergoterapi og hva som kommer fra erfaring og annen utdanning. *”I hvert fall så ser jeg at et faget er et anvendelig fag og at forståelse av aktivitet er et godt utgangspunkt og er veldig forenelig med veiledningsmetodikk*”. Martin fremhever at det på engelsk heter Occupational Therapy og at det direkte oversatt ville blitt arbeidsterapeut som er mer beskrivende for kompetansen ergoterapeuter har på feltet. *”Det er en klarerer sammenheng med å være arbeidsterapeut og jobbe med arbeidshelse. Ikke et veldig stort problem med navnet, men det gjenspeiler litt måten vi tenker på i Norge. Hadde vi kanskje holdt oss til arbeidsterapeut hadde vi sett en klarere sammenheng til at psykiske helse og psykososial forhold er i denne pakka/utdanningen*”.

## KAPITTEL 5.0 DISKUSJON

Problemstillingen i denne studien er: ”Hvordan kan ergoterapeuter i BHT bistå arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer?” Ut fra problemstillingen og studiens resultater vil jeg i diskusjonen ta opp fire områder. I det første diskuteres det om psykiske helseproblemer fortsatt er tabubelagt. I det andre løftes det frem om fagfolk er redde for å ikke strekke til. Det andre området omhandler fagpersoners bekymring for å ikke strekke til. I det tredje området tar jeg opp BHT som et lavterskeltilbud. I det fjerde diskuteres ergoterapeuters særegne bidrag innen psykisk helsearbeid i BHT.

### 5.1 Stigmatisering og skam

Resultatene i denne masterstudien viser at både arbeidsgivere og arbeidstakere bruker arbeidsplassvurderinger til å komme i kontakt med BHT. Ofte blir det ikke formidlet at det kan omhandle psykiske helseproblemer. Informantene erfarer at mange arbeidstakere har behov for ”å lukke døra” for å kunne snakke om andre forhold enn det som fremkom i henvisningen. Det kan virke som om at det er lettere å formidle at man har muskel- og skjelettplager for så å komme inn hvordan man egentlig har det underveis når man har opprettet kontakt med helsepersonell. Det kan være grunn til å spørre seg om det er mer legitimt å be om hjelp når man har en fysisk skade og om det fortsatt er tabu knyttet til å oppleve psykiske helseproblemer. Det kan tenkes at den dominerende sykdomsforståelsen i vårt samfunn har betydning for forståelse av psykisk helseproblemer, herunder hva det er, hva vi tenker er årsaken til og behandlingen av symptomer og plager kan være. Den tradisjonelle medisinske modellen har historisk sett hatt rådende betydning i vår vestlige kultur når det omhandler både forståelse for psykisk helse og rammene for arbeidet med psykisk helse. Denne ser på fravær av sykdom som målet. Et helseproblem oppfattes i det medisinske paradigme som en objektiv realitet som kan måles, kategoriseres og forklares ved naturvitenskapelige metoder (Skårderud, Haugsgjerd, og Stänicke, 2010). I ressurs- og helhetstilnærmingen som det fokuseres på i psykisk helsearbeid har man en tilnærming der man utforsker hvilke forhold som kan bidra med å styrke graden av helse. Salutogenese er en teori som kan nyttes her (Almvik og Borge, 2010, Martinsen, Borge, Martinsen og Moe, 2011). I salutogenese fremlegges helse på et kontinuum der mennesket kontinuerlig beveger

seg mellom de to polene og har ulike grader av helse. Det omhandler altså gradsforskjeller og ikke vesensforskjeller. Alle har en psykisk helse. Det er ikke noe du får når du får symptomer. Fokus rettes mot hvilke ressurser mennesket har i seg selv og i sine omgivelser som kan bidra til mestring og et selvstendig liv til tross for plagene (Antonovsky, 2012). Samtlige informanter bringer inn dette ressurs- og mestringsperspektivet og fremhever betydningen av å sette psykisk helse og arbeid på agendaen for å fremsnakke psykisk helse og oppnå større takhøyde, toleranse og aksept. I tillegg fremkommer det betydningsfullt å bevisstgjøre at arbeidsdeltakelse kan være gunstig. Gullslett, Kim og Borg (2014) viser i sin studie om stigma at mennesker som over tid eller gjentatte ganger har opplevd psykiske helseplager kan fortelle om en opplevelse av å bli sett ned på i form av ”en gang psykisk syk, alltid psykisk syk”. Dette kan omhandle å sette merkelapp på seg selv, få en merkelapp i sosiale nettverk, oppleve å få en merkelapp av fagarbeidere eller oppleve at samfunnet generelt gjenspeiler en stigmatiserende holdning. Dette kan føre til at man ser på seg selv som unormal og annerledes, noe som kan være en vanskelig barriere i bedringsprosessen. Psykiske helseproblemer kan således medføre endring i enkelt individets sosiale identitet og sosiale relasjoner (Gullslett, Kim og Borg, 2014). Knapstad, Øverland, Henderson, Holmgren og Hensing (2014) skriver at skamfølelser er mer utbredt blant de som er sykemeldte på grunn av psykiske helseproblemer enn av andre somatiske årsaker. Skam kan øke sykefraværet og risikoen for frafallet fra arbeidslivet. Det å forstå påvirkningen av de sosiale og emosjonelle aspektene ved sykefravær på grunn av psykisk helseproblemer fremheves som viktig for fremtiden. Løvvik, Shaw, Øverland og Reme (2014) og Løvvik (2015) skriver at det er viktig å arbeide med å utvikle en helhetlig modell da de har funnet en sammenheng mellom sykdomsforståelse og forventningen om å være i jobb, særlig tilknyttet konsekvenser. Det å tenke at psykiske helseproblemer vil skape mange og negative konsekvenser for en selv samt påvirke mange områder i livet virker inn på forventningene som igjen påvirker arbeidsdeltakelse. Forventningene er en sterkere prediktor enn symptomtrykk (Løvvik, 2015). Det kan tyde på at det er mer avgjørende hvordan man tar det enn hvordan man har det. Videre arbeid med å utvikle forståelsen av og kunnskap om psykisk helse både i samfunnet og på arbeidsplassen er viktig for å motarbeide stigma og skam som preger manges liv. Antonovsky (2012) er opptatt av personens historie og tidligere erfaringer. Langeland (2014) sier at et fokus på livssituasjon fremfor diagnose kan bidra til å unngå stigmatisering og normalisere psykiske helseproblemer. Langeland (2014) fremhever at ”en slik forståelse betyr at en må vektlegge å møte personen på en åpen, aksepterende måte og lytte til personens egne

beskrivelser” (Langeland, 2014, s. 15).

Resultatene viser at sykefravær ikke alltid er løsningen når man opplever psykiske helseproblemer. Det er viktig å ta tak i forhold av betydning for arbeidsdeltakelse i stedet for å fjerne seg fra ”problemet”. Likevel presiserer en av informantene at det ikke alltid er formålstjenelig å være i arbeid. Løvvik (2015) sin studie viste at psykiske helseproblemer ofte attribueres til jobb. Således kan det tenkes hensiktsmessig å igangsette en utviklingsprosess av arbeidsmiljøet for å forebygge sykefravær. Ose et al. (2008) skriver at personer med psykiske helseproblemer opplever diskriminering på arbeidsplassen som den mest vanlige formen for stigmatisering. Langeland (2014) fremhever at det er av betydning hvordan kolleger og arbeidsmiljøet ser på, og forstår psykiske helseproblemer, og samspillet med personens omgivelser. Thornicroft, Rose, Kassam og Sartorius (2007) skriver at det å forandre atferd og holdninger i forhold til psykiske helseproblemer kan redusere stigma og ikke bare øke kunnskap om tilstander. Resultatene viser at lederstøtte, kollegastøtte og kommunikasjon er de viktigste faktorene for å opprettholde arbeidsdeltakelse når psykiske helseproblemer oppstår. Videre fremheves betydningen av å bli sett og oppleve seg verdifull. Det er mye som tyder på at det er viktig å arbeide kontinuerlig med å utvikle helsefremmende arbeidsmiljø.

## 5.2 Fagfolk kan være redde for ikke å strekke til

De av informantene som ikke jobber direkte med psykiske helseproblemer formidler at de mener det har for lite kompetanse. De trekker frem egne tanker om ikke å kunne nok, ikke ha nok verktøy og redsel for ikke å se mulighetene og løsningene. De fremstår som engstelige for å gjøre noe galt overfor personen de skal hjelpe. Flere tar opp ønsker om å ta relevant videreutdanning før de går ytterligere inn på feltet. Det kan være grunn til å spørre seg om helsepersonell har en formening om at de må være eksperter som skal komme med de ”rette” råd og løsninger. Dette kan omhandle at den tradisjonelle medisinske sykdomsforståelsen fortsatt står sterkt eller en ide om at psykisk helse er så komplisert at her må man ha spesialkompetanse. De av informantene som jobber mest med psykisk helse trekker frem betydningen av å stille åpne spørsmål, veilede og bistå med å sortere. Deres erfaring er at det mest vesentlige i samarbeidet er å våge å åpne opp for det som er uten ha svarene. Videre omtaler informantene en form for pedagogisk veiledningskompetanse som relevant. Flere av informantene erfarer at god kartlegging fordrer å vite hvordan man stiller spørsmål for å få



dybde i svarene. Faglig veiledning har lange tradisjoner i helse- og sosialfagene. Vråle (2011, s. 50) beskriver at veiledning som en pedagogisk tilnærming som bidrar til å øke lærings- og mestrings- og handlingsmuligheter gjennom økt erkjennelse og forståelse av egen livssituasjon. Videre formidler Vråle (2011, s. 50) at veiledning fremmer medvirkning og engasjement hos begge parter og er særlig egnet i arbeid med konkrete hverdagssituasjoner. I dette masterprosjektet viser resultatene at erfaringen er det som har mest betydning. En av informantene som har jobbet lengst i BHT fremhever at når du ikke har erfaring så kan verktøy være nyttige, men verktøyene kommer først til sin rett når du har erfaring. Det sentrale i samarbeid med personen er å få til en trygg relasjon og ha tro på at erfaringer, tro på personens muligheter og trygge samtaler vil vise vei. Det foreligger en del forskningsbasert kunnskap om hva mennesker som har opplevd psykiske helseproblemer selv sier at hjelper. Borg, Karlsson og Stenhammer (2013) har gjort en kunnskapsoppsummering på recoveryorienterte praksiser som også omhandler hva mennesker selv sier at medfører bedring. Forskningen viser at folk kan komme seg med eller uten behandling. Betydningen av at personer selv kan fortelle hvordan de opplever psykiske helseproblemer og sin livssituasjon samt hva som hjelper for å få det bedre fremheves som viktig. Den enkeltes egeninnsats er avgjørende for bedringsprosessen, ofte med hjelp fra andre (Borg og Topor, 2014). Topor (2006) sier at vendepunktet ofte starter når personen får håp om et annet liv. Videre påpeker Borg og Topor (2014) viktigheten av at fagfolk har tillitt til at personen kjenner seg selv godt og at det er viktig å lytte til og respektere det vedkommende har å si. Mennesker forteller om endringer når fagpersonen har vært engasjert og interessert i det personen forteller. I masterstudien viser resultatene at det ligger andre historier bak en del henvisninger som kan tyde på at mange trenger noen å snakke med og hjelp til å sortere. Dette trenger ikke innbefatte at hjelperen er ekspert, men at man blir møtt på en trygg og god måte, med åpenhet og interesse for personens egne forståelser og strategier. Personen selv må være i førersetet av sin egen bedringsprosess. Langeland (2014) beskriver at å skape tillitt til at vekst og utvikling er mulig gjennom å skape gode relasjoner. Borg, Karlsson og Stenhammer (2013) fremhever at bedring kan oppnås ved å identifisere og bruke ressursene i seg selv og sine omgivelser. Å gi håp og ha troen på en meningsfull fremtid anses som viktig. Dette viser at det viktigste er at helsearbeidere våger å gjennomføre samtaler med mennesker uten å ha svar, men ha tiltro til at det i møte med den andre kan oppnås ny forståelse og innsikt. ”Det er når gode møter og dialoger oppstår mellom mennesker at endring ofte skjer” (Leder, Tidsskrift 2008, s. 100).

Fagpersoners usikkerhet kan handle om en rekke forhold. I denne masterstudien var alle informanter ergoterapeuter. Det kan være at noe av usikkerheten som ble tatt opp i intervjuene også kan omhandle at ergoterapi ikke er sterkt etablert i BHT-sammenheng og at mange knytter faget opp mot biomekaniske referanserammer. Flere av informantene beskriver at de har «solgt seg inn» i BHT som eneste ergoterapeut. Når du skal ”selge” din egen kompetanse inn så kan usikkerheten i større grad ta plass. Dersom du har erfaring fra psykisk helsearbeid så kan det tenkes lettere å føre dette inn i arbeidet enn om du ikke har erfaring. Det kan ikke utelukkes at videreutdanninger kan styrke egen kompetanse og forståelse i møte med andre mennesker samt gi noen gode verktøy å benytte. En av dem med mest erfaring har også videreutdanning i veiledning og formidlet at dette har vært hensiktsmessig. Likevel kan det være viktig at ergoterapeuter våger å begi seg utpå feltet da de allerede har en verktøykasse å bruke. Ergoterapeuter har for eksempel mye kompetanse i aktivitetsanalyse og tilrettelegging av hverdagsliv og arbeidsmiljø. Antonovsky (2012) bruker metaforen livets elv. Elven representerer livets strøm. Dersom man tenker seg en elv noen faller uti så vil man i forhold til sykdomsforståelsen redde personen og senere iverksette tiltak for at ikke flere ramler uti. I en salutogen forståelsesramme vil man i stedet lære individet å svømme med de hindringene som er i elven. I elven finnes en del forgreininger som leder til rolig vann og noen som leder til farlig vann, stride strømmer og strømvirvler. Hvor befinner den enkelte seg i elven? Avgjørende faktorer er historiske, sosiokulturelle og fysiske omgivelsesbetingelser. ”Hva gjør at man klarer å svømme? For å bistå med å utvikle evnen til å svømme har fagfolk muligheter til i større grad bruke seg selv og de personlige og faglige ressursene man allerede har. Det er ikke i alles sammenhenger og situasjoners mer utdanning er løsningen.! Det kan tenkes at det er hensiktsmessig å benytte den fagsekken man allerede har og fylle på med erfaring og ha tro på arbeidstakerens egne ressurser og løsninger. Samtidig er det viktig at fagpersoner kjenner sin begrensning og kan oppfatte når arbeidstakere bør og skal settes i kontakt med annet helsepersonell som lege, psykiatere eller andre behandlere. Det er viktig å være ydmyk i forhold til at det finnes flere måter å lære å svømme på. Hva med å avslutte med noe fra din empiri

### 5.3 BHT som lavterskeltilbud

Det fremkommer i resultatene at støttesamtaler er hovedbistanden som gis når arbeidstakere opplever psykiske helseproblemer. Informantene understreket hvor viktig det er å støtte

arbeidstakere i å sortere. Dette kan handle om å sortere om det er mønster i egen adferd som kan endres, forhold på arbeidsplassen som arbeidsoppgaver, utydelige forventninger og krav eller tilrettelegging av omgivelser eller hjelp til struktur og rutiner generelt. Videre fremgår det at det er viktig med et helhetlig fokus og at fysiske, psykiske og psykososiale forhold henger sammen. En av informantene fremhever viktigheten av å være tilgjengelig og at BHT kan ha samtaler på et lavt nivå uten at man er ”innrullert i psykiatrien”. Det erfares at dette kan være nyttig for arbeidstakere enten i påvente av annen behandling eller som en støtte i en utfordrende livssituasjon. Informantene formidler at enkelte arbeidstakere kan oppleve det som en terskel å trå inn i psykisk helse, mens det kan oppleves mer ufarlig å gå til BHT fordi BHT jobber med så mange aspekt i et arbeidsforhold. Ikke alle trenger å vite at du trenger noen å snakke med og således kan BHT være et tilbud som er synlig, men samtidig usynlig. Borge, Martinsen og Moe (2011) poengterer at mange tilnærminger innen psykisk helsearbeid er hjelp til selvhjelp. Kan det tenkes at BHT kan ha en annen rolle enn i dag i dette arbeidet? Støttesamtaler beskrives av informantene som nyttige da personer kan fortelle sin historie og finne frem til egne ressurser og mestringsstrategier. Antonovsky (2012) understreker at kvaliteten på sosial støtte og oppbygging av egen identitet er avgjørende motstandsressurser. I denne studiens resultater kommer det tydelig fram at at BHT har kompetanse på både arbeid og helse og dermed har forutsetninger for å bistå arbeidstakeren med en helhetlig utforskning. BHT som en tilgjengelig og nøytral samarbeidspart vil kunne vurdere forhold både fra en arbeidstakers side og en arbeidsgivers side samt inneha verktøy for handling og endring på ulike nivå som fremkommer som viktige for arbeidsdeltakelse. BHT står i en posisjon hvor man kan komme med innspill til leder om endringer i organisasjonen som kan gagne både den enkelte arbeidstaker og det kollektive arbeidsmiljøet. Det at BHT kan jobbe både på individ-, gruppe- og systemnivå er unikt i forhold til de ulike aspektene man kan bistå den enkelte arbeidstaker på. Ose og Slettebak (2013) foreslår etablering av interne lavterskeltjenester i virksomheter for å kunne forebygge sykefravær og frafall fra arbeidslivet knyttet til lettere psykiske lidelser. En slik intern tjenesete må i så fall være godt kjent for ledere for å igangsettes på et tidlig tidspunkt når noen opplever utfordringer som kan gå ut over arbeidsevnen. Ose og Slettebak (2008) fremhever at en slik tjeneste bør legges til BHT som en lavterskel mestringsstjeneste siden kompetansen finnes der fra før. Som det fremgår av denne masterstudien er det enkelte BHT som allerede gir tilbud om støttesamtaler. Disse informantene understreker at det er viktig at BHT markedsfører og informerer bredt om at dette er en tjeneste som tilbys. Tjenesten kan være med å bygge opp holdninger om at det er

naturlig å oppleve utfordringer i livet, men at det gjennom fokus på ressurser kan oppnås mestring.

I resultatene i masterstudien fremkommer det at stress har blitt en altoppslukende problemstilling. Stress er noe som det jobbes med både individuelt og i grupper. En av informantene kommer inn på at BHT kunne hatt egne stressmestringsklinikker som et mulig fremtidig tjenestetilbud i forhold til arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer. Antonovsky (2012) sier at stress i salutogenese ikke ses som noe ubetinget negativt. Det er en naturlig del av livet. Stress blir forstått som naturlig stimuli og kan være helsefremmende da det skaper behov for endring. Langeland (2012) fremhever betydningen av passende utfordringer der det er balanse mellom over- og underbelastning. Det skilles mellom spenning og stress. Spenning er vanlig og stress oppstår når spenningen ikke blir løst på en tilstrekkelig måte. Stress kan omhandle ulike faktorer i livet og BHT har en forutsetning for å rette søkelys mot både hva som skjer i kroppen ved stress og hva det har å si for din livssituasjon og din arbeidsevne. Gjennom en salutogen tilnærming kan det jobbes mot endring både i den enkelte og i arbeidsmiljøet. Hanson (2010) sier at Antonovkys tre komponenter i OAS kan anvendes som et kartleggingsredskap i menneskers møter med livets belastninger og er særlig anvendelig i forhold til arbeidslivet. De tre komponentene kan deles opp og utforskes for så å se på helheten. Faktorene som kan bidra til å bedre helsen søkes ikke bare innenfor det enkelte individ. Sosiale relasjoner på ulike systemnivå, omgivelser og miljø samt tidsperspektivet i historien, nåtid og fremtid har betydning for OAS. Resultatene viser ikke at informantene trekker frem spesielle teorier i praksis, men ut fra helhetsperspektivet de beskriver å ha så kan det tenkes at salutogenese kan være en nyttig teoretisk referanseramme. Antonovsky (2012) beskriver at meningsfullheten er den viktigste for mestring, vilje og evne til å ta tilbake kontroll. Den som opplever mening og motivasjon vil kunne anskaffe seg kunnskap og ressurser for å løse sin situasjon. Opplevelse av meningsfullhet i arbeidet kan styrkes ved at man opplever at man medvirker i en sosial viktig sammenheng og kjenner seg betydningsfull. Begripeligheten blir viktig i forhold til å forstå egen funksjon og se seg selv som en del av organisasjonen. Hvilken rolle og funksjon har jeg? Er dette tydelig for meg? Det fremkommer i resultatene at konflikter som tilsynelatende kan omhandle mellommenneskelige forhold ofte omhandler utydelige funksjoner og strukturer. Hanson (2010) fremhever at forutsigbarhet skaper trygghet hos medarbeidere og motvirker stress. Når det gjelder håndterbarhet blir det viktig å utforske hvilken mulighet man har til å påvirke egen situasjon og omgivelser. Ut fra

informantenes erfaringer kan det se ut til at BHT kan bidra med å utforske hva enkeltindividet og arbeidsplassen kan gjøre for å øke begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet ved å få et bilde av arbeidssituasjonen og individets plass i den (Hanson, 2010).

Resultatene i masterstudien viser at informantene trekker frem økonomi og kostnadene knyttet til BHT som en hemmende faktor for videre arbeid med psykiske helseproblemer i BHT. BHT er per i dag er en tjeneste som arbeidsgiver betaler for. Informantene formidler at hvorvidt man kan jobbe på feltet beror på hvor mange timer arbeidsgiver vil godkjenne til bruk. Kostnad og nytte må vurderes. Om sykefravær forebygges ved å gi tjenesten så kan arbeidsgivere være villige til å betale for det. I tillegg finnes en del refusjonsordninger via NAV der man kan få støtte til ulike tiltak i forhold til sykefraværforebygging (NAV, 2016). Forskingen som er presentert i denne studien viser at arbeid er helsefremmende for de fleste også når psykiske helseproblemer oppstår. I tillegg fremhever St. melding nr. 9: Arbeid, velferd og inkludering at det er viktig å få flest mulig i arbeid om et velferdssystem som er tuftet på arbeidslinja som i dag skal bestå (Det kongelige arbeids- og inkluderingsdepartement, 2006). Da kan det være hensiktsmessig å utforske på hvilken måte BHT kunne vært finansiert for å bidra mer på feltet.

Ose, Kaspersen, Jensberg, Kalseth og Lilleng (2008) understreker at personer med alvorlige psykiske helseproblemer er en liten gruppe av de som faller ut fra arbeidslivet som får det meste av ressursene. Arbeidsrettede tiltak og parallelle løp med behandling og arbeid trekkes frem som nasjonale satsninger. Videre fremhever Ose et. al (2008) viktigheten av å utvikle tiltak for å hindre at personer med lettere psykiske helseproblemer faller ut fra arbeidslivet. Ut fra resultatene kan det virke som det er viktig å inkludere arbeidsplassen i bedringsprosessen for å øke sannsynligheten for opprettholde arbeidsdeltakelse. Det kan således være hensiktsmessig å styrke samarbeidet med BHT og at en utvikling av BHTs rolle og tjenestetilbud i arbeidet med arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer kan komme både enkeltindivid, virksomheter og samfunnet til gode.

#### 5.4 Ergoterapeuters særegne bidrag

Denne studien er rettet mot ergoterapeuters bidrag i psykisk helsearbeid i BHT. Det fremkommer gjennom resultatene at ergoterapeutene erfarer at de har en fagsekk som kan nyttes i BHT-sammenheng i samarbeidet arbeidstakere som opplever psykiske helseplager.

Funksjonsvurdering og aktivitetsperspektivet trekkes frem som noe de har erfart å tilføre. En viktig del av arbeidet er tilrettelegging av arbeidssituasjon og arbeidsoppgaver knyttet til hverdagen og de daglige aktiviteter som påvirker livssituasjonen. Utforskning av faktorer som kan bidra til arbeidsdeltakelse er viktig. Ose et al. (2008) diskuterer forskning tilknyttet arbeidslivet og psykisk helse, og poengterer problemstillinger knyttet til det sterke fokus på diagnoser og ikke på ressurser og funksjonsnivå. Aktivitetsperspektivet omhandler å utforske ulike forhold i arbeidstakeren og hans omgivelser med formål om å finne ressurser og muligheter for arbeidsdeltakelse. Ut fra ergoterapiens historie så oppstod faget som en motpol til biomekanisk tilnærming og ble nyttet i psykisk helsearbeid med fokus på betydningen av meningsfull aktivitet for helse og velvære. Kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi bygger på at det er viktig for menneske å være i aktivitet og at hovedaktiviteten i det voksne livet er arbeid. Samspillet mellom mennesket, aktivitet og omgivelser er dynamisk og gjensidig og ulike faktorer må utforskes for å finne løsninger (Creek, 2003, Ness, 2009). I resultatene fremkommer det at en del av bistanden er generell og ikke knyttet spesifikt opp mot ergoterapi. Samtalen fremstår som et viktig verktøy uavhengig av tiltak. Denne kan åpne opp for muligheter og endringer ved veiledende spørsmålsstilling. En av informantene fremhever at hun ikke lenger vet hva som kommer fra ergoterapi og hva som kommer fra erfaring og annen utdanning. Likevel presiserer hun at faget er anvendelig og forståelsen av aktivitet og hverdagslivets helhet og sammenhenger er et nyttig utgangspunkt. I tillegg fremheves det av informantene at faget erfares som forenelig med veiledningsmetodikk. Videre kan det diskuteres om helhets- og ressursorienterte perspektivet med fokus på aktivitet er unikt for ergoterapeuter. Flere helsefag har dette perspektivet. Nasjonale føringer jeg tidligere har gjennomgått, viser at det er viktig å sette fokus på at arbeid kan være en ressurs som har betydning både for den enkelte og for samfunnet. Forskningen jeg har fremlagt har vist det samme. Arbeid fører med seg mange faktorer som er betydningsfulle for vår psykiske helse, herunder økonomisk trygghet, sosiale relasjoner, identitet og opplevelse av mestring og meningsfullhet. Likevel formidler informantene at det er behov for å løfte frem at ergoterapi kan nyttes i psykisk helsearbeid. Samtlige trekker frem erfaringer med at ergoterapi knyttes opp mot ergonomi og en biomekanisk referanseramme. Selve begrepet ergoterapi fremheves av flere av informantene å være misvisende i forhold til det engelske begrepet Occupational Therapy som sier noe om kompetanse på arbeid og virksomhet i vid forstand. Videre understreker en av informantene at begrepet arbeidsterapeut kunne vært mer dekkende for ergoterapeuters kompetanse på feltet. Virkeligheten er slik at det fortsatt utdannes

helsepersonell i ulike yrkesgrupper. Stillingsannonser etterspør ofte en spesifikk yrkestittel. Vi kan derfor ikke komme vekk fra at det er viktig å presisere og synliggjøre hva de ulike yrkesgruppene kan bidra med. Joss og Pratt (2006) skriver at de fant for liten bevissthet omkring hva en ergoterapeut kan bistå når det gjelder sykefraværarbeid i BHT-sammenheng. Dette medførte at de ikke fikk henvisninger tidlig nok til å bidra i sykefraværarbeidet. Almvik og Borge (2006) understreker at mennesker med psykiske helseproblemer kan ha sammensatte behov og ulik grad av kompleksitet og at det derfor er behov for tverrfaglig samarbeid og fagfolk som representerer ulike tilnærminger. Ness (2009) skriver at ergoterapeutenes aktivitetsbaserte kompetanse og breddetilnærming til funksjon, aktivitet og helse spiller en viktig rolle i møte med fremtidens helse- og velferdsutfordringer. Han fremhever kompetanse på tilrettelegging for hverdagsmestring og deltakelse i meningsfulle aktiviteter som viktig. Krav- og funksjonsskjema fremkom i resultatene som et viktig og nyttig verktøy for å sammenligne arbeidstakerens funksjonsevne med de kravene som stilles i arbeid. Kunnskapen om nødvendig funksjon og ferdigheter for å utføre aktiviteter og oppgaver samt vurdere hva som er gapet mellom en persons forutsetninger og omgivelsenes krav erfares som hensiktsmessig i forhold til ulike psykiske helseproblemer. Foruten denne viste ikke resultatene at informantene nyttet spesifikke arbeidsmodeller eller teorier. Ut fra det informantene forteller om å gi bistand i forhold til å utforske ulike faktorer både i den enkeltindividet og dennes omgivelser kan det likevel tenkes at MOHO kan være en nyttig arbeidsmodell som viser dette dynamiske og gjensidige forholdet av hvordan de ulike komponentene interagerer med hverandre. Menneskers situasjon utforskes gjennom vilje-, vane og utførelsessystemet. I tillegg vektlegges omgivelsene og konteksten mennesket befinner seg i (Kielhofner, 2002). Dette er i tråd med det Borg og Karlsson (2013) fremhever som essensielt ved sosiale og humane tilnærminger til psykisk helsearbeid. Det er mennesket selv som vet best og derfor må menneskets egen historie og erfaringer tas i betraktning. Arbeidsdeltakelse kan fremmes gjennom støttende omgivelser, motivere personen i å delta gjennom å reorganisere vilje- vane og utførelsessystemet (Kielhofner, 2002). Fagsekken ergoterapeuter har med seg oppfatter jeg som relevant, men det er viktig å presisere at det ikke er slik at ergoterapeuter er bedre egnet enn andre faggrupper. Kanskje er helsepersonells personlige egenskaper og interesser av større betydning. Faktorer som medmenneskelighet, åpenhet, ekthet og kunnskap hos hjelperen er viktigere en profesjon, herunder viljen og evnen til å lytte (Leder, Tidsskrift, 2008, s. 100). Viktigere enn hvilken faggruppe kan være å finne gode teorier, referanserammer og praksismodeller for praksis. Hanson (2010) presiserer at det

tverrfaglige arbeidet må komme lengre i forhold til å finne samme språk, enes om et syn på hvilke ideer og arbeidsmåter som er effektive samt en tydeligere ambisjon om samarbeid mellom ulike helseprofesjoner. Salutogenese kan være et nyttig samlet utgangspunkt i BHT-sammenheng. En grundig utforskning av både individuelle faktorer og faktorer i omgivelsen som er av betydning for den enkeltes jobbsituasjon og arbeidsdeltakelse som kan bidra til å legge til rette for mestring er viktig. Og det mest sentrale vil alltid være samarbeidet med den arbeidstaker det gjelder, troen på hans eller hennes muligheter og en forståelse av den kontekst og de sammenhenger personen lever i.



## KAPITTEL 6.0 SAMMENFATTENDE REFLEKSJONER

I denne studien var hensikten å beskrive og utforske ergoterapeuter sine erfaringer med å bistå arbeidstakere med psykiske helseproblemer og forstå fenomenet slik det erfares av dem, herunder hvordan de samarbeider med arbeidstakerne og hvilke faktorer som er erfares som viktige for arbeidsdeltakelse. Innsamling av data gjennom kvalitativt forskningsintervju med en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming har gitt erfaringsnære og fyldige data på temaet. Forskningen jeg har fremlagt viser at det i de fleste tilfeller er positivt å være i jobb, også når man opplever psykisk helseproblemer. Å være i arbeid kan gi økonomisk trygghet, tilhørighet, fellesskap, sosiale relasjoner, identitet, faglig og personlig utvikling, opplevelse av mestring, meningsfullhet samt strukturere hverdagen. Når man er sykemeldt eller utenfor arbeidslivet mister man disse faktorene i en bedringsprosess. Gjennom tematisk analyse av datamaterialet fremkom det fire viktige temaer for studiens hensikt. Hovedtema var: å invitere til samtale, mestring av belastninger på flere fronter, det fysiske og psykiske og psykososiale henger sammen og å utforske muligheter. Samtalen med fokus på veiledning fremstår som det viktigste BHT bistår med i forhold til arbeidstakere som opplever psykisk helseproblemer. Kunnskap og fokus på aktivitetsanalyser og funksjonsvurderinger fremkommer som et hensiktsmessig kunnskapsgrunnlag som ergoterapeuter benytter i arbeidsplassvurderinger. Det kan være en oppfatning blant fagfolk om at man trenger spesifikk kompetanse for å gå inn på feltet. De som har mest erfaring sier det er erfaringen som er viktigst samt det å vite hvordan man stiller spørsmål for at personer selv kan finne svarene. Det vektlegges en helhetlig tilnærming med utgangspunkt i arbeidstakerens historie, opplevelser, behov og ønsker. Støtte, forståelse og omsorg fra leder og kollegaer er viktige elementer for arbeidsdeltakelse. Hva en tenker om hvordan man blir møtt av sin leder og i sitt arbeidsmiljø kan avgjøre om arbeidstakeren er åpen eller ikke og ha betydning for arbeidsdeltakelse. Det virker som om at det fortsatt er stigma og skam knyttet til psykiske helseproblemer. Det er viktig å skape et rom for psykiske helseplager og anerkjenne personer uavhengig av sine plager. Dette fordrer kunnskap og forståelse både hos leder, i kollegiet samt i samfunnets og helsepersonels forståelse av, og tilnærming til, psykisk helse. Sykdomsforståelsen vil spille en rolle og det å utvikle tilnærminger knyttet til helse- og ressursperspektivet som frontes i psykisk helsearbeid er viktig for både samfunnets og individets forståelse av psykisk helse. De som klarer å holde seg flytende i elven til tross for hindringer og finne en ny vei har nok motstandsressurser

tilgjengelig i seg selv eller omgivelsene og klarer å benytte dem. Støttesamtaler i BHT kan være et lavterskeltilbud som bidrar til å gi håp og ha troen på en meningsfull fremtid. Kunnskap om både arbeidsplassen og helse kan være viktig for å finne muligheter for arbeidsdeltakelse. Ergoterapeuter er en faggruppe som på lik linje med andre kan bistå i et tverrfaglig team der man jobber med psykisk helse med en human og sosial tilnærming. En salutogen referanseramme kan styrke både den enkeltes og arbeidsmiljøets OAS. Gjennom en kartlegging av de ulike komponentene kan man sammen med arbeidstakeren utforske for å finne muligheter og ressurser i individet og i omgivelsene, som for eksempel arbeidsmiljøet. Motstandsressursene i arbeid kan foruten i individet selv ligge i den konkrete lederstilen og den sosiale støtten fra kolleger eller fra eksterne parter som BHT.

## KAPITTEL 7.0 STUDIENS STYRKER OG SVAKHETER

Kvalitativ forskning har andre krav til validitet og reliabilitet enn kvantitativ forskning. Utgangspunktet for det kvalitative forskningsintervjuet er samtalen (Kvale og Brinkmann, 2012). Studiens funn må betraktes med forsiktighet da kvalitativ forskningsintervju er et unikt møte med personer som ikke kan gjentas (Fog, 1998). Størrelsen på den respektive BHT samt hvor i landet den ligger kan påvirke hvordan den er organisert og hvordan ergoterapeutene arbeider. Min egen nærhet til feltet kan ha påvirket intervjuene og analysearbeidet. Det kan være vanskelig å være kritisk til eget felt og skille mellom informantenes forståelse og min egen. Samtidig kan det ha bidratt til innsikter, engasjement og motivasjon og styrket muligheten til få kontakt med informantene. Min noviserolle som forsker uten erfaring kan ses på som en begrensning. Samtidig er masterstudien nettopp det svennebrev å skulle opparbeide seg selvstendig forskererfaring. Likevel kan det ha vært en svakhet i forhold til hva jeg har fått ut av intervjusituasjonen, analyseprosessen og materialet som helhet. I etterkant ser jeg at jeg kunne fulgt opp flere av uttalelsene til informantene, men at manglende erfaring stod i veien for å oppfatte dette under intervjuet. Likevel kan også min manglende erfaring ha gjort meg mer åpen og nysgjerrig da jeg var ydmyk på at dette var en ny situasjon for meg. Dataene mine har gitt mulighet til å få unike og felles funn om enkeltpersoners erfaringer på feltet. Det er en styrke at flere av mine informanter hadde over 19 års fartstid i BHT og kunne si noe om hvilken erfaring de har på feltet etter mange år i praksis. Selv om ergoterapi er i fokus i problemstillingen så er de fleste funn generelle og kan komme annet helsepersonell i BHT til nytte så vel som ergoterapeuter.

## KAPITTEL 8.0 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG FORSKNING

Studiens funn kan gi grunnlag for en diskusjon omkring behovet for og muligheten til å styrke BHTs bidrag i psykisk helsearbeid. Studien har fått frem erfaringsbaserte beskrivelser av at personer som arbeider på feltet sier at det er behov for å bistå arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer særlig med støttesamtaler, men også at BHT har mulighet til å bistå på ulike nivå. Kompetanse på både arbeid og helse kan tenkes hensiktsmessig i forhold til å styrke muligheter for arbeidsdeltakelse ved psykiske helseproblemer. Studien bringer inn hvordan salutogenese kan benyttes i BHT-sammenheng og å ha fokus på mestring og ressurser fremfor diagnose og begrensninger. De tre komponentene som utgjør OAS kan benyttes i kartleggings- og intervensjonsfaser. Funnene gir kunnskap om at ergoterapi er et fag som er forenelig med psykisk helsearbeid og som har fagkunnskap som kan komme til nytte i et tverrfaglig samarbeid med andre faggrupper i BHT.

Det er mange områder det kan være behov for å utforske ytterligere både kvalitativt og kvantitativt. Et slikt område er knyttet til BHT sin rolle og bidrag i psykisk helsearbeid. Det bør utforskes videre hvordan BHT kan bistå arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer og samarbeide med andre offentlige og statlige instanser. Slik jeg ser det vil det også være viktig å undersøke ytterligere hvordan ergoterapeuter kan bruke sin fagkunnskap til bistå med psykisk helsearbeid i BHT.

## REFERANSELISTE

- Almvik, A. og Borge, L. (Red.) (2010). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. 3. opplag. Bergen: Fagbokforlaget.
- Arbeids- og administrasjonsdepartementet (2001). *Rapport fra arbeidsgruppe for vurdering av den videre utvikling av bedriftshelsetjenesten*. Publisert under: Regjeringen Stoltenberg I.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal Strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *LOV 2005-06-17 nr. 62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* Hentet fra <http://www.lovdato.no/all/hl-20050617-062.html>
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Jobbstrategi for mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Vedlegg til Proposisjon 1S. (2011-2012). Statsbudsjettet 2012. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2000). *Sykefravær og uførepensjonering – et inkluderende arbeidsliv*. NOU 200: 27. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Andersen, A.J.W. og Karlsson, B. (2011). *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens Mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berge og Repål (2010). *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bluestein, DL. (2008). The role of work in psychological health and well-being. A conceptual, historical and public policy perspective. *American Psychologist*. 63 (4), 228-40.
- Bondevik, H. og Bostad, I. (2003a). *Tenkepauser. Filosofi og vitenskapsteori*. Oslo: Akribeforlag.
- Borg, M. og Karlsson, B. (2013). *Psykisk helsearbeid – humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal.

- Borg, M., Karlsson, B. og Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. (Rapport 4/2013). Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Borg, T., Runge, U., Tjørnov, J., Brandt, Å. og Madsen, A.J. (2007). *Basisbog i ergoterapi - aktivitet og deltakelse i hverdagslivet*. 2. udgave. København: Munksgaard.
- Borg, M. og Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. 3. utg. Oslo: Kommuneforlaget.
- Borge, L., Martinsen, E.W. og Moe, T. (Red.). (2011). *Psykisk helsearbeid: mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Braun, V. og Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3 (2), 77-101. Hentet fra [http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic\\_analysis\\_revised...](http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised...)
- Creek, J. (2003). *Occupational Therapy and mental health*. 3rd edition. London: Churchill Livingstone.
- Det kongelige arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2006). *Arbeid, velferd og inkludering*. St. melding nr. 9 (2006-2007). Oslo: Det kongelige arbeids- og inkluderingsdepartement.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.
- Feldt, T. (1997). The role of sense of coherence in well-being at work: analysis of main and moderating effects. *Work and Stress*. 11(2): 134 – 147. I Feldt, T. (2000). *Sense of Coherence. Structure, Stability and Health Promoting Role in Working Life*. Juväskylä: University of Juväskylä.
- Feldt, T, Kinnunen, U. & Mauno, S. (2000). A Mediational Model of Sense of Coherence in the Work Context: a One-year Follow-up Study. *Journal of Organizational Behavior*. 1-16. I Feldt, T. (2000). *Sense of Coherence. Structure, Stability and Health Promoting Role in Working Life*. Juväskylä: University of Juväskylä.
- Finlay, L. (2008). *Reflecting on reflective practice*. PBL CTL. Paper 52. Hentet fra [http://www.open.ac.uk/opencetl/files/opencetl/file/ecms/web-content/Finlay-\(2008\)-Reflecting-on-reflective-practice-PBPL-paper-52.pdf](http://www.open.ac.uk/opencetl/files/opencetl/file/ecms/web-content/Finlay-(2008)-Reflecting-on-reflective-practice-PBPL-paper-52.pdf)
- FNs verdenserklæring om menneskerettigheter. (1948). Hentet fra <http://www.fn.no/FN-informasjon/Konvensjoner-og->

- erklæringer/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter
- Fog, J. (1998). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. 1. utg. 4. opplag. København: Akademisk Forlag A/S.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Arbeid og helse*. (Folkehelse rapporten). Hentet fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_7242&Main\\_6157=7239:0:25,8904&MainContent\\_7239=7242:0:25,8906&Content\\_7242=7244:110542::0:7243:5::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:110542::0:7243:5::0:0)
- Gadamer, H-G. (2010). *Sannhet og Metode. Grunntrekkende I en filosofisk hermeneutikk*. Norsk utgave. Oversatt av Lars Holm-Hansen. Oslo: Pax Forlag 2010.
- Goffman, E. (1963). *Stigma, Notes on the Management of Spoiled Identity*. Upper Saddle River: Prentice Hall
- Griffin, J.M., Greiner, B.A., Stansfeld, S.A. og Marmot, M. (2007). The effect of Self-Reported and Observed Job Conditions on Depression and Anxiety Symptoms: A Comparison of Theoretical Models. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 339-349.
- Gullslett, M. K., Kim, H. S., & Borg, M. (2014). Service users' experiences of the impact of mental health crisis on social identity and social relations. *Scandinavian Psychologist*, 1, e2. <http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e2>
- Hannisdal, M., Fiske, J., og Schei, H. (2011). Arbeid er helsefremmende. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(4), 387-388. Hentet fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=60143&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=60143&a=2)
- Hanson, A. (2010). *Salutogent lederskap – for helse og framgang*. Stockholm: Fortbildning AB.
- Helseforskningsloven (2009). *LOV-2008-06-20-44. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Mestring og muligheter*. St. melding nr. 19 (2014-2015). Folkehelsemeldingen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2002). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*. St. meld nr. 30 (2011-2012). Oslo: Helsedepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). Verdens helseorganisasjon. Sist oppdatert 16.12.2014.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Åpenhet og helhet*. St. melding nr. 25 (2005-2006). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenester*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hummelvoll, J.K. (2012). Helsefremmende og forebyggende aspekter i psykisk helsearbeid. *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (s. 583-614). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ihlebak, C., Brage, S., Natvig, B. og Bruusgaard, D. (2010). Forekomst av muskel- og skjelettplager i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130 (2), 365-368. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/2049068>
- Joss, M., and Pratt, J. (2006) Occupational Therapy in Occupational Health: Factors Influencing Referral. *The British Journal of Occupational Therapy*. 69(4), 177-181.
- Karlsson, B. (Red.). (2016). *Det går for sakte...i arbeidet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Knapstad, M, Øverland, S., Henderson, M., Holmgren, K. and Hensing, G. (2014). Shame among long-term sickness absentees: correlates and impact on subsequent sickness absence. *Scandinavian Journal Public Health*. 42(1):96-103. doi: 10.1177/1403494813500590. Epub 2013 Aug 14.
- Kielhofner, G. (2002). *Model of human occupation. Theory and application*. 3rd edition. USA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karasek, R.A. og Theorell, T. 1990). *Healthy work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. Basic Book.
- Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I: Gammersvik, Å. & Larsen, T. *Helsefremmende sykepleie – teori og praksis*. Oslo: Fagbokforlaget, s. 195-216.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering*. (Rapport 1/2014). Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Lee, S.W., Kielhofner, G., Morley, M., Heasman, D., Garnham, M., Willis, S., Parkinson, S.,



- Forsyth, K., Melton J. and Talyor, RR. (2012). Impact of using the model of human occupation: a survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions. *Scandinavian Journal Occupational Therapy*, 19 (5), 450-6.
- Lindberg, P. (2006). *The work ability Continuum. Epidemiological studies of factors promoting sustainable work ability*. Stockholm: Karolinska University Press. The Department of Clinical Neuroscience. Section of Personal Injury Prevention.
- Løvvik, C. (2015). *Common mental disorders and work participation – the role of return-to-work expectations*. (Doktoravhandling). Bergen: Universitetet i Bergen.
- Løvvik, C., Shaw, W., Øverland, S. og Reme, S.E. (2014). Association Between Illness Perceptions and Return-to-Work Expectations in Workers with Common Mental Health Symptoms. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 24 (1), 160-170.
- Major, F., Dalgard, O.S., Mathisen, K.S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. og Aarø, L.E. (2011). *Bedre føre var. Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalninger*. Rapport 2011:1. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- McKee-Ryan, F.M., Song, Z., Wanberg, C.R. og Kinicki, A.J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90 (1), 53-56.
- Monrad-Krohn, G.H. (Red.). (1937). "Mentalhygiene i voksen alder" i *Mentalhygiene*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Mostad, M., Skjelbred, M.R., Bråten V. og Bonsaksen, T. (2013). Forventning om mestring – et perspektiv på aktivitetsmotivasjon blant klienter med depresjon. *Ergoterapeuten nr. 56* (4), 30-34.
- Nav. (2009). *Undersøkelse om arbeid og psykisk helse*. (Rapport). Oslo: Rambøll.
- Nav. (2016): Lastet ned fra:  
<https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb>
- Ness, N.E. (1999). *Helse gjennom aktivitet. Fagprofil og yrkesfunksjoner for ergoterapeuter*. Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund.
- Ose, S.O, Jensen, H. , Kaspersen, S.L., Kalseth, B. og Lilleng, S. (2008). *Kunnskapssatus: Arbeid, psykisk helse og rus*. (SINTEF-rapport A7/177). Oslo/Trondheim: SINTEF Helse.
- Ose, S.O. og Slettebak, R. (2013). *Trondheim kommunes arbeid med oppfølging av sykemeldte – et følgeforskningsprosjekt*. (SINTEF. Forskningsrapport.): Trondheim: Teknologi og samfunn. Avd. helse, gruppe for arbeid og helse.

- Personopplysningsloven (2000). LOV-2000-04-14-31. *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- Redaksjon/leder. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2, 98-103. Hentet fra <https://www.idunn.no/tph/2008/02>.
- Sanderson, K. og Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Scandinavian Journal Psychiatry*, 51, 63-75.
- Schafft, A. (2008). *Psykiske lidelser og arbeidsintegrering i Skandinavia: En kunnskapsstatus*. (AFI-rapport nr. 4/2008. ). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene: beskrivelse av fagfeltet, råd og veiledning, overordnede rammer (veileder IS-1332)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/109/IS-1332-Psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene.pdf>
- Sørbø, L., Bekkengen, L.M., Grandrudbakken, L.U., Illseth, M. og Osnes, K. (2013). *Fremtidens bedriftshelsetjeneste*. (Rapport fra Landskonferanse for bedriftshelsetjenestepersonell i Bergen 18.-20.9.2013). Bergen: utarbeidet av konferansedeltakerne.
- Stuart, H. (2006). *Mental illness and employment discrimination*. *Curr. Opin. Psychiatry*, 19, 522-526.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. and Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*, 190 (3), 192-193; doi 10.1192/bjp.bp.106.025791
- Torp et al, Grimsmo, Hagen, Duran og Gudbergsson. (2012). Work Engagement: a practical measure of workplace health promotion? *Health Promotion International* (June 11).
- Topor, A. (2006). *Hva hjelper?: veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Vråle, G.B. (2011). Veiledning som metode for å utvikle medinvolvering. I: Borge, L,

Martinsen, E.W. og Moe, T. (Red.) *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Waddel, G. og Burton, A.K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London TSO: Department for work and Pensions, HM Government of The Stationary Office.

Lastet ned fra:

[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/214326/hwb-is-work-good-for-you.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwb-is-work-good-for-you.pdf)

Verdens helseorganisasjon (WHO). (2016). Lastet ned fra: <http://www.fn.no/FN-informasjon/FN-organisasjoner/Verdens-helseorganisasjon-WHO>

## VEDLEGG 1: TILRÅDING FRA PERSONVERNOMBUDET

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Marit Borg  
Institutt for sykepleievitenskap (Drammen) Høgskolen i Buskerud og Vestfold  
Postboks 7053  
3007 DRAMMEN

Vår dato: 02.07.2015

Vår ref: 43864 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.06.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43864	<i>Ergoterapi og psykisk helsearbeid i bedriftshelsetjenesten</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Buskerud og Vestfold, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Marit Borg</i>
Student	<i>Marianne Saue Helling</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 16.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorene / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@iuh.no](mailto:nsd@iuh.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kjenn.sarsvaldet@ntnu.no](mailto:kjenn.sarsvaldet@ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsd@iuh.no](mailto:nsd@iuh.no)

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 43864

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Buskerud og Vestfold sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 16.05.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

## VEDLEGG 2: FORESPØRSEL- OG SAMTYKKESKJEMA FOR DELTAKELSE

### Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder deltagelse i en mastergradsstudie i klinisk helsearbeid med fordypning i psykisk helsearbeid. Studien gjennomføres av mastergradsstudent Marianne Saue Helling ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultetet for helsevitenskap, studiested Drammen. Hensikten med studien er å utforske og beskrive ergoterapeuter i BHT sine erfaringer med oppfølging av arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer for å finne ut hvordan BHT i dag arbeider med psykisk helse og bistår mennesker som opplever psykiske helseproblemer. Gjennom dette er målet å utvikle kunnskap arbeid med psykisk helse i Bedriftshelsetjenesten. Veileder for studien er professor Marit Borg, Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultetet for helsevitenskap, studiested Drammen.

### Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker jeg å gjennomføre intervjuer ergoterapeuter i Bedriftshelsetjenester godkjent av Arbeidstilsynet som har noe erfaring med arbeid med psykisk helse i Bedriftshelsetjenesten. Jeg ønsker en informant fra den enkelte Bedriftshelsetjenesten. Totalt ønsker jeg å intervju 6-10 personer. Spørsmålene vil omhandle hvordan informantene bidrar med psykisk helsearbeid, herunder erfaringer, opplevelser, muligheter og utfordringer i arbeidet. Jeg ønsker å benytte lydopptaker. Intervjuet vil skrives ned i etterkant og analyseres slik at materialet kan presenteres i mastergradsoppgaven og ev. i artikler for publikasjon. Intervjuet tar ca. en time. Det er ikke nødvendig å forberede seg på forhånd.

### Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle data vil bli behandlet konfidensielt, uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger og oppbevart på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest november 2016. Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt

Samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om forskningsprosjektet kan du kontakte mastergradsstudent Marianne Saue Helling på tlf. 419 31 570 eller mail: [marianne@hotmail.com](mailto:marianne@hotmail.com) eller veileder professor Marit Borg på mail: [Marit.Borg@hbn.no](mailto:Marit.Borg@hbn.no) eller tlf. 31 00 87 51.

#### Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Dersom du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og til å få korrigert eventuelle feil i opplysningene. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlet opplysninger, med mindre opplysningene er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

#### Økonomi og roller

Mastergradsstudien gjennomføres som et individuelt prosjekt og finansieres av mastergradsstudent.

#### Informasjon om utfallet av studien

Deltakerne har rett til informasjon rundt resultatene av studien. Resultatene vil bli gjort tilgjengelig etter at studien er gjennomført.

#### Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun undertegnede og veileder som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å kontakte mastergradsstudent på mail [marianesaue@hotmail.com](mailto:marianesaue@hotmail.com) eller tlf. 419 31 570 så vi kan avtale tid for intervju.

Samtykkeerklæring til deltakelse i mastergradsstudie

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studie om hvilke erfaringer ergoterapeuter i Bedriftshelsetjenesten har med å bistå arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer.

Jeg er villig til å delta i studien

Sted/dato:

Navn:

Signatur:

-----

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Marianne Saue Helling, mastergradsstudent, Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helsevitenskap, studiested Drammen

-----

(Signert, rolle i studien, sted/data)



### VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE

- 1.) Hvordan arbeider du som ergoterapeut i bedriftshelsetjenesten med psykiske helseproblemer?
- 2.) Hvordan fanger du opp at arbeidstakere opplever psykiske helseproblemer?
- 3.) Hvordan samarbeider du med arbeidstakere som opplever psykiske helseproblemer vedrørende den enkeltes arbeidssituasjon?
- 4.) Hvordan samarbeider du med arbeidsgivere når arbeidstakere opplever psykiske helseproblemer?
- 5.) Hvilke forhold erfarer du kan hemme og fremme arbeidsdeltakelse?
- 6.) Hva vil du beskrive som muligheter og utfordringer i arbeidet med psykisk helseproblemer i bedriftshelsetjenesten generelt og for ergoterapeuter spesielt?
- 7.) Er det noe du ønsker å tilføye eller si før vi avslutter intervjuet?