

# **ERGOTERAPEUT I FACT-TEAM**

Ergoterapeutens rolle i det tverrfaglige teamet og hvordan ergoterapikompetansen bidrar til styrking av FACT-teamenes faglige fokus.

Katrine Neverdal

Kandidat 101



**OsloMet – storbyuniversitetet**

**Fakultet for helsevitenskap**

**Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag**

**Masterstudium i ergoterapi**

## **FORORD**

I arbeidet med en masteroppgave er det mange som må takkes. Først og fremst en stor takk til informantene som stilte opp og delte sin kunnskap og erfaring. Gruppen jeg skulle rekruttere fra er liten, desto mere takknemlig er jeg for at de jeg fikk tak i har vist så stor interesse for prosjektet. En stor takk også til min veileder Irma Pinxsterhuis som har guidet meg gjennom hele prosessen. Konstruktiv kritikk der det har vært nødvendig, push der jeg har trengt det, og positiv feedback der det var fortjent, har vært til uvurderlig hjelp.

Videre vil jeg takke alle som har hjulpet meg med rekruttering av informanter. N-ROP som har bistått med oppdaterte oversikter over FACT-teamene i Norge, og nøkkelpersoner i Danmark som satte meg i kontakt med de danske informantene.

For å komme seg gjennom en masterstudiet er gode medstudenter gull verdt. Takk til mine medstudenter Hildegunn, Victoria, Anne og Hilde. Faglige diskusjoner, gleder, frustrasjoner og gode råd både på samlinger, i chatter og kollokvier på nett. En takk til mine foreldre som har tatt seg av den viktige språkvasken på slutten. Og sist, men ikke minst: mine supre kollegaer i FACT Gamle Oslo. Min egen jobb i et FACT-team er grunnen til at jeg gikk i gang med dette prosjektet. Jeg begynte i teamet da det ble etablert i oktober 2013, og grunnen til at jeg fortsatt er der er det fantastiske miljøet vi har i teamet og den gode jobben vi gjør for våre pasienter.

Oslo, 15.11.19

Katrine Neverdal

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>5</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>6</b>
<b>1. BAKGRUNN</b>	<b>7</b>
1.1. Valg av tema	7
1.2. Problemstilling	8
1.3. Begrepsavklaringer	8
1.4. Oppbygging av oppgaven	9
1.5. Om ACT og FACT	10
1.5.1. Målgruppen for FACT	11
1.5.2. Kompetansebeskrivelsen i FACT	11
1.5.3. Organisering av FACT-team	13
<b>2. FORSKNING</b>	<b>13</b>
2.1. Forskning på FACT	13
2.2. Evidensbaserte metoder i FACT	14
2.3. Ergoterapi og alvorlig psykisk lidelse	15
<b>3. TEORETISK RAMMEVERK</b>	<b>15</b>
3.1. Ergoterapi	16
3.1.1. Aktivitet og deltakelse	16
3.2. Aktivitetsvitenskap	17
3.2.1. Doing, being, becoming og belonging	17
3.2.2. Psykisk helse og occupational justice	18
3.3. Recovery	20
<b>4. METODE</b>	<b>21</b>
4.1. Studiedesign	21
4.2. Datainnsamling	21
4.2.1. Inklusjon og eksklusjonskriterier	22
4.2.2. Rekruttering av informanter	22
4.2.3. Gjennomføring av datainnsamlingen	23
4.3. Transkribering	24
4.4. Analyse	24
4.4.1. Systematisk tekstkondensering	25
4.5. Forforståelse	27
4.6. Ethiske overveielser	27
<b>5. RESULTATER</b>	<b>28</b>
5.1. Presentasjon av informantene	28
5.2. Ergoterapeutens rolle	29

5.2.1.	To roller - ergoterapeut og case manager	29
5.2.2.	Tydeliggjøring av ergoterapeutens kompetanse	31
5.2.3.	Samarbeid med andre ergoterapeuter	33
5.3.	Ergoterapeutens fokusområder	34
5.3.1.	Hverdagsmestring	34
5.3.2.	Betydningen av omgivelsene	35
5.3.3.	Tilnæringsmåter	36
5.3.4.	Bruk av ergoterapifaglige vurderingsredskaper	36
<b>6.</b>	<b><i>DISKUSJON</i></b>	<b>38</b>
6.1.	Ergoterapeutens rolle	38
6.1.1.	To roller – ergoterapeut og case manager	38
6.1.2.	Tydeliggjøring av ergoterapeutens kompetanse	40
6.1.3.	Samarbeid med andre ergoterapeuter	41
6.2.	Ergoterapeutens fokusområder	42
6.2.1.	Hverdagsmestring	42
6.2.2.	Betydningen av omgivelsene	44
6.2.3.	Tilnæringsmåter	45
6.2.4.	Bruk av ergoterapifaglige vurderingsredskaper	45
<b>7.</b>	<b><i>KVALITETSSIKRING AV STUDIEN</i></b>	<b>47</b>
7.1.	Metodediskusjon	47
7.2.	Validitet og objektivitet	48
7.3.	Objektivitet og generaliserbarhet	49
<b>8.</b>	<b><i>KONKLUSJON</i></b>	<b>49</b>
	<b><i>REFERANSER</i></b>	<b>51</b>
	<b><i>ARTIKKEL</i></b>	<b>58</b>
	<b><i>VEDLEGG 1: RETNINGSLINJER FOR VITENSKAPELIG ARTIKKEL</i></b>	<b>76</b>
	<b><i>VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE</i></b>	<b>79</b>
	<b><i>VEDLEGG 3: FORHÅNSGODKJENNING NSD</i></b>	<b>80</b>
	<b><i>VEDLEGG 4: SAMTYKKESKJEMA</i></b>	<b>82</b>

## **SAMMENDRAG**

### **Bakgrunn**

«Flexible Assertive Community Treatment» (FACT) er utviklet som modell for å behandle og følge opp personer med alvorlig psykisk lidelse. Målet med FACT er blant annet inkludering og deltakelse i samfunnet, og å ha øye for bedringsprosesser. FACT-håndboken beskriver hvilke faggrupper og roller som skal være tilgjengelig i et FACT-team. Ergoterapeuter er ikke inkludert i FACT-modellen, og hensikten med denne studien har vært å undersøke hvordan ergoterapeuter som er ansatt i FACT-team bruker sin ergoterapikompetanse.

### **Metode:**

Studien hadde et kvalitativ design. Individuelle, semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med fire norske og to danske ergoterapeuter. Innsamlet data ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

### **Resultater:**

Resultatene er delt i to hovedkategorier; ergoterapeutens rolle og ergoterapeutens fokusområde. Rolle handler om hvordan informantene kombinerer rollen som ergoterapeut og case manager, og om tydeliggjøring av ergoterapikompetansen i det tverrfaglige teamet. Fokusområder handler om hvordan informantene bruker sin ergoterapikompetanse i rollen som case manager, og hvordan de får brukt sin spisskompetanse på hverdagsmestring, aktivitetsutførelse og betydningen av omgivelsene. Resultatene viser også den nære sammenhengen mellom ergoterapi og recovery.

### **Konklusjon:**

Studien bekrefter sammenheng mellom ergoterapeuters kompetanse og prinsippene i FACT-modellen. Dette viser at ergoterapeuter kan bidra til styrking av det faglige fokuset i FACT-teamene. Utfordringen er å tydeliggjøre ergoterapikompetansen i det tverrfaglige teamet og å styrke sin identitet som ergoterapeut.

**Nøkkelord:** Ergoterapi, FACT, alvorlig psykisk lidelse, tverrfaglig team, kompetanse

## **SUMMARY**

### **Background:**

«Flexible Assertive Community Treatment» (FACT) has been established as a treatment model for patients with severe mental illness. Among the aims of FACT are inclusion and participation in society, and supporting recovery processes. The FACT-manual describes professions and roles that is expected to be part of the FACT-teams. The model does not include Occupational therapists. The aim of this study was to explore how occupational therapists working in FACT-teams uses their competence.

### **Methods:**

The study had a qualitative design. Individual, semi-structured interviews were conducted with four Norwegians and two Danish Occupational Therapist. Systematic text condensation was used to analyse the data.

### **Results:**

The results are divided into two main areas; the role of the occupational therapist, and the occupational therapist focus area. Role consist of how the participants combine the role as an occupational therapist with case manager, and how their competence is clarified in the multidisciplinary team. Focus area consist of how the participants use their competence on everyday coping, occupational performance, and the importance of the environment. The results also confirm the close relationship between occupational therapy and recovery.

### **Conclusion:**

This study confirms the relationship between the OT-competence and the principles of FACT, and how occupational therapists' contributions strengthens the professional focus in FACT-teams. The challenge is how to clarify the occupational therapist- competence in the multidisciplinary team, and how to strengthen the identity as an occupational therapist.

**Keywords:** Occupational therapy, FACT, severe mental illness, multidisciplinary team, competence

## **1. BAKGRUNN**

Innledningsvis i oppgaven vil jeg redegjøre for mitt valg av tema, presentere problemstillingen for studien, samt avklare sentrale begreper. Jeg vil beskrive oppgavens videre oppbygging.

### **1.1. Valg av tema**

Psykiske lidelser og rusbruklidelser er utbredt i den norske befolkningen og bidrar til betydelige helsetap (Folkehelseinstituttet, 2018). I evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse så man at det var en del personer som ikke klarte å nyttiggjøre seg eksisterende behandlings- og oppfølgingstilbud (Helse-og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Dette gjaldt spesielt personer med alvorlig psykisk lidelse, ofte i kombinasjon med rusmiddelmisbruk. Manglende helhet og kontinuitet i tjenestene, og manglede samhandling ble påpekt som viktige årsaker (Nasjonal kompetansetjeneste for rus og psykisk lidelse (N-ROP), 2014). Samhandlingsreformen ble innført i Norge i 2012 og hadde som overordnet mål blant annet å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som svarer på pasienters behov for koordinerte tjenester (Helse-og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 forplikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse-omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2014). Det kan innbefatte avtaler om blant annet spleiselag på ambulante tverrfaglige team når dette gir en bedre løsning for pasientene. Innen psykisk helse blir Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT) forsøkt ut som behandlingsmodeller (Landheim, Hoxmark, Aakerholt, & Aasbrenn, 2017). Det første ACT-temaet i Norge startet opp høsten 2007 (N-ROP, 2014), og det første FACT-teamet ble etablert 01.10.13 (Strand, 2013). I en rapport fra 2017 fremkom det et potensiale på 83 FACT -team i Norge, utover de 15 som var etablert på det tidspunktet (Landheim et al., 2017). Per 1. mai 2018 var det 17 etablerte FACT-team og 8 ACT-team i Norge (Bakke & Strand, 2018).

Et FACT-team skal bestå av ulike yrkesgrupper og modellen understreker nødvendigheten av å ha medarbeidere som kan spisse eget fag og bidra til et tverrfaglig perspektiv (Landheim et al., 2017). Jeg er selv ansatt som ergoterapeut i et FACT-team hvor det er forventet at jeg skal bidra med kompetansen jeg har som ergoterapeut, uten at det er definert nærmere hva mitt ansvar er. I tillegg skal jeg ivareta rollen som case manager på lik linje med de øvrige teammedlemmene. Ergoterapeut er ikke nevnt som del av et FACT-team (van Veldhuizen, 2013), men jeg opplever gjennom egen jobb å få brukt min ergoterapikompetanse. Jeg har derfor lenge undrer meg over hvordan andre ergoterapeuter i tilsvarende stillinger opplever dette. Hvordan bruker de sin ergoterapikompetanse og hvordan blir dette tydeliggjort i FACT-teamene? Hvordan skiller vi oss ut fra de øvrige teammedlemmene, og hva har ergoterapeuter å tilføre som gjør at vi bør inkluderes i FACT-team?

## 1.2. Problemstilling

Med bakgrunn i disse spørsmålene ønsket jeg i dette prosjektet å se nærmere på rollen til ergoterapeuter som er ansatt i FACT -team. Forskningsspørsmålet for studien var derfor som følger:

*Hvordan jobber ergoterapeuter i et FACT-team, og på hvilken måte erfarer de å få brukt sin kompetanse?*

## 1.3. Begrepsavklaringer

Før jeg belyser bakgrunnen for studien nærmere vil noen sentrale begreper bli gjort rede for

**ACT** brukes som forkortelse for Assertive Community Treatment. På norsk blir det oversatt til aktivt oppsøkende behandling. Som oftest brukes den engelske forkortelsen ACT.

**FACT** brukes som forkortelse for Flexible Assertive Community Treatment. Begrepet fleksibelt brukes fordi man utvider målgruppen i forhold til ACT og kombinerer to nivåer i behandlingen. Dette vil bli nærmere redegjort for i beskrivelsen av FACT.



**Alvorlige psykiske lidelse** brukes som fellesbetegnelse for ulike typer psykoselidelser; schizofreni, schizoaffektiv lidelse, bipolar affektiv lidelse type 1 og paranoid psykose. Psykose utløst av ulike årsaker, eksempelvis rus, men uten en av de ovennevnte grunnlidelsene i bunn, er ikke inkludert her.

Jeg velger å omtale mottakere av tjeneste fra FACT som **pasient** da dette er begrepet som blir bruk i FACT- håndboken (van Veldhuizen, 2013)

**Case manager** blir også brukt som fellesbetegnelse for begrepene behandler, primærkontakt og kontaktperson. Begrepet samsvarer med hva som blir brukt i FACT-håndboken.

**Caseload** brukes om en gruppe pasienter som hver enkelt ansatt i FACT -teamene er case manager for.

**Informant** blir brukt om ergoterapeutene som har deltatt i denne studien.

Øvrige begreper som benyttes vil bli forklart underveis.

#### **1.4. Oppbygging av oppgaven**

Oppgaven presenteres som en vitenskapelig artikkel med kappe. Artikkelen er skrevet etter retningslinjene til «Tidsskrift for psykisk helsearbeid». Kappen er en utdypning av innholdet i artikkelen.

Innledningsvis presenterer jeg FACT-modellen før jeg presenterer aktuell forskning. Jeg vil så redegjøre for det teoretiske rammeverket for oppgaven. Teoretisk rammeverk er kun beskrevet i kappen, ikke i artikkel. Bruk av metode presenteres som eget kapittel, kappen vil også inneholde begrunnelse av valgene. Da artikkelen retter seg mot en tverrfaglig målgruppe er resultatene knyttet til hvordan ergoterapeutene jobber presentert der, med noen utdypinger i kappen. Resultater knyttet til ergoterapeutens rolle i FACT-teamet blir kun presentert i kappen. Diskusjon er delt mellom artikkel og kappe tilsvarende resultatene. I tillegg vil resultatene i artikkelen bli drøftet opp mot teori i kappen. Avslutningsvis vil jeg gjøre noen metodiske betraktninger, redegjøre for kvalitetssikring av studien, samt konkludere med funnene i studien.

Oppbygging og utforming av artikkelen følger retningslinjer for vitenskapelig artikkel (vedlegg 1).

### **1.5. Om ACT og FACT**

FACT-modellen bygger på ACT-modellen som har sin opprinnelse fra USA på 1970-tallet i forbindelse med avvikling av de store psykiatriske sykehusene. For å hindre at pasientene enten ble svingdørspasienter eller forble bostedsløse ble ACT utviklet som en modell for å behandle og følge opp personer med alvorlig psykisk lidelse i deres nærmiljø (Landheim et al., 2017). ACT-teamene skal følge opp de 20 prosent av personene med alvorlig psykisk lidelse som er i størst behov av hjelp. I Nederland har man videreutviklet modellen til å inkludere hele gruppen personer med alvorlig psykisk lidelse. I denne modellen, Flexible Assertive Community Treatment, FACT, kombineres ACT- oppfølging og den mere tradisjonelle case management hvor en fast behandler har hovedansvaret for oppfølging og koordinering av de ulike tjenestene (Nugter, Engelsbel, Bähler, Keet, & van Veldhuizen, 2016). Det tverrfaglige FACT-teamet veksler mellom de to nivåene i behandlingen ut fra behovene til den enkelte pasient. De fleste pasientene klarer seg med case management-oppfølging, men ved fare for tilbakefall, ved økt rus eller behov for tettere oppfølging av andre årsaker som for eksempel endring i livssituasjon, blir hjelpen intensivert ved at hele teamet kobles på og kontaktfrekvensen øker. Pasienter overføres til da til ACT -oppfølging og drøftes på daglige morgenmøter (van Veldhuizen, 2013).

Målet med FACT er blant annet inkludering og deltakelse i samfunnet og et viktig prinsipp i modellen er troen på at pasientene har potensiale og iboende styrke (van Veldhuizen, 2013). Viktige prinsipper for rehabilitering er ifølge modellen å legge vekt på å myndiggjøre pasientene, gi dem kunnskap om dagliglivets ferdigheter i miljøet de er en del av, mobilisere støtte i lokalsamfunnet, bosette raskt i egen leilighet, integrere rehabilitering i annen type behandling og oppfølging, samt bekjempe stigma. Å være til stede i pasientenes hverdagsmiljø er også et viktig prinsipp for FACT. FACT- modellen inkluderer også individuell støtte og hjelp til arbeid, oppfølging av fysisk helse, utøvelse av tvunget psykisk helsevern, og den gir føringer om å bruke ulike behandlingstiltak i tråd med nasjonale retningslinjer for målgruppen (van Veldhuizen, 2013).

Både FACT og ACT bygger på en gjennomført systematikk beskrevet gjennom modelltrofasthetsskalaer, «fidelity scale» (Aakerholt, 2013). Modelltrofasthetsskalaene beskriver hva ACT- og FACT -teamene skal gjøre, hvilke oppgaver som legges til de ulike yrkesgruppene og hva det innebærer å arbeide teambasert. Skalaene måler i hvilken grad modellene er implementert og om teamene er tro mot modellene. Den bidrar også til en mer konsistent opplæring og gjør at teamenes arbeid både kan etterprøves og evalueres. På denne måten kvalitetssikres det arbeidet som gjøres i teamene (Aakerholt, 2013).

### **1.5.1. Målgruppen for FACT**

Målgruppen for FACT-teamene er personer med alvorlig psykisk lidelse som har behov for sammensatte tjenester (van Veldhuizen, 2013). Personer med alvorlig psykisk lidelse har ofte tilbakevendende psykose eller depresjon. I tillegg til dette sliter mange med store tilleggsproblemer. Det kan være for høyt bruk av medikamenter og / eller rusproblemer. Mange har ofte problemer med å organisere hverdagen, er initiativløse og har noen ganger vanskelig for å forstå sammenhenger. Noen kan mangle sosiale ferdigheter og flere kan ha problemer med personlig hygiene og å holde orden hjemme. Kontakt med familie eller støtteapparat er ofte ustabil, mange har få nære kontakter og mange har også problemer med arbeid, økonomi og bolig (van Veldhuizen, 2013).

Målgruppen for norske FACT-team varierer noe og har sammenheng med eksisterende tjenestetilbud i kommunene (Bakke & Strand, 2018). Prinsippene fra FACT-modellen blir i Norge nå forsøkt ut på ulike målgrupper. Eksempler på dette er FACT rus (Oslo Kommune, 2017) og FACT eldre (Oslo Kommune, 2018). Denne oppgaven begrenser seg til FACT slik den opprinnelig er beskrevet i FACT-håndboken (van Veldhuizen, 2013)

### **1.5.2. Kompetansebeskrivelsen i FACT**

FACT-håndboken beskriver kompetansen som skal være tilgjengelig i teamene. Et FACT-team skal bestå av teamleder, psykiater, psykolog, sykepleier, sosionom, ruskonsulent, jobbspesialist og ansatt med egenerfaring (erfaringskonsulent) (van Veldhuizen, 2013).

Kompetanse på rehabilitering lagt til sykepleier. Årsaken til dette er at modellen ble innført i Nederland i forbindelse med nedleggelse av døgnavdelinger og mange sykepleiere ble overført til nye team (van Veldhuizen, 2013). I forordet til den norske oversettelsen av FACT-håndboken står det at sykepleierutdanningen i Nederland har flere fagområder enn i Norge, og at de derfor utfører oppgaver som vi i Norge tenker at både vernepleier og sosionomer kan utføre (van Veldhuizen, 2013).

Ergoterapi er nevnt en gang i FACT-håndboken, da som referanse til aktivitet på sykehus:

*«I Nederland – kanskje mer enn andre steder? – har det eksistert en tradisjon for ergoterapi og aktivitetstrening. Dette var aktiviteter som ble tilbudt innen døgnavdelinger i sykehus. Delvis for å bryte kjedsomheten, og delvis som reell trening for å forberede seg på arbeidslivet igjen eller bosette seg i egen bolig»*

*(van Veldhuizen, 2013:45).*

I USA hvor ACT kommer fra har ergoterapi, til tross for sin opprinnelse i psykisk helsevern, bare nylig fått nasjonal reklassifisering som tilbydere av psykiske helsetjenester (D'Amico, Jaffe, & Gardner, 2018).

Evaluering av ACT-teamene i Norge viser en noe bredere sammensetning av teamene enn beskrevet i ACT-modellen (N-ROP, 2014). Forordet til den svenske oversettelsen av FACT-håndboken peker på ulikheter i sammensetning av tverrfaglige team i Nederland og Sverige (van Veldhuizen & Bähler, 2014). Her nevnes blant annet mangel på beskrivelse av ergoterapeut som er en vanlig del av polikliniske team i Sverige. I flere artikler fra implementeringsstudien på FACT i Sverige blir ergoterapeut nevnt som del av teamene, uten at deres funksjon er spesifisert nærmere (Lexen & Svensson, 2016; Svensson, Hansson, & Lexen, 2018; Svensson, Hansson, Markström, & Lexén, 2017). I Danmark har man valgt å lage en arbeidsbok som er en utvidet oversettelse av modelltrofasthetsskalaen (Bähler, Delespaul, Kroon, van Vugt, & Westen, 2018). Her er ergoterapeut inkludert i gruppen profesjoner som kan jobbe som case manager, og som eksempel på profesjon som kan ansettes i rollene som rehabiliteringsspesialist og erfaringskonsulent.

Ergoterapeut er ikke nevnt som del av et FACT-team, hverken i den opprinnelige håndboken eller i den norske oversettelsen. I evaluering av ACT-teamene i Norge var det ergoterapeut i

to av tolv team 12 måneder etter oppstart (N-ROP, 2014). Etter 30 måneder drift var tallet økt til fire. Det foreligger ingen oversikt over sammensetningen i de ulike FACT-teamene i Norge og det er derfor ikke mulig å si hvor mange team som har ansatt ergoterapeut.

### **1.5.3. Organisering av FACT-team**

Norske ACT – og FACT-team er organisatorisk plassert i spesialisthelsetjenesten, i kommunen eller har en delt organisatorisk plassering. Pasientene skal tilbys helhetlige tjenester og det er anbefalt at teamene har ansatte med tilhørighet i både kommune- og spesialisthelsetjenesten (Bakke & Strand, 2018).

## **2. FORSKNING**

I denne delen vil aktuell forskning bli presentert, inkludert forskning på ergoterapi knyttet til målgruppen for FACT, alvorlig psykisk lidelse. Ergoterapi vil bli nærmere beskrevet under teoretisk rammeverk i del 3.

### **2.1. Forskning på FACT**

Det foreligger ingen studier som måler effekten av FACT. Mangel på egnet kontrollgruppe er årsak til at randomiserte, kontrollerte studier ikke er gjennomført (van Veldhuizen, Delespaul, Kroon, & Mulder, 2015). En oppsummering av fire tidligere studier på FACT i Nederland og ett i Storbritannia konkluderer med at det er vanskelig å finne signifikant bedring hos pasienter i FACT når det gjelder symptomreduksjon eller funksjonsnivå (Nordén & Norlander, 2014). Forfatterne viser samtidig til at det er metodiske svakheter som liten styrke i utvalgene, uklare kriterier for mål på symptomer, ulikheter i utvalg som sammenliknes, samt uklarheter rundt hva som er faktiske resultater og hva som er antakelser fremover.

Implementeringsstudier som er gjort i Nederland og Sverige viser at etter to år med FACT-oppfølgning har pasienter rapportert bedring i psykososial fungering, livskvalitet og

etterlevelse av behandling. Resultatene viste også nedgang i udekkede behov, sykehusinnleggelses og lengde på innleggelses (Nugter et al., 2016; Svensson et al., 2018).

I Sverige har man også sett på ansattes opplevelse av å jobbe i FACT-team (Lexen & Svensson, 2016). Sentrale funn i denne studien er at ansatte opplever det som en styrke å jobbe teambasert, både i forhold til tjenesten de gir samt redusert stress i egen arbeidshverdag. En undersøkelse blant ansatte i utvalgte norske og danske ACT team konkluderer med at de ansatte opplever større glede og tilfredshet ved å arbeide med recovery i ACT sammenliknet med tidligere organisering. Støtte internt i teamet fremmes også som viktig. De ansatte opplever imidlertid utfordringer med rammebetingelser som krever flere tiltak, standardiserte anbefalinger og krav til dokumentasjon (Meese & Ekeland, 2017)

Evalueringen av ACT-teamene i Norge viste nedgang i antall innleggelses, reduksjon i bruk av tvungent psykisk helsevern samt fornøyde pasienter, pårørende og samarbeidspartnere (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rus og psykisk lidelse, 2014). Konklusjonen var at innføringen av ACT-modellen hadde vært vellykket, og det blir anbefalt at modellen burde videreføres i flere regioner i Norge. De syv første FACT-teamene ble evaluert på samme måte som ACT-teamene, og resultatene vil etter planen foreligge i 2019 (Landheim et al., 2017).

## **2.2. Evidensbaserte metoder i FACT**

FACT -modellen er ikke evidensbasert (Lexen & Svensson, 2016), men den beskriver flere evidensbaserte metoder. Det gjelder blant annet psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi og familiararbeid (Helsedirektoratet, 2013), samt integrert rusbehandling (Helsedirektoratet, 2012). For å bistå pasienter i FACT som ønsker å komme i jobb anbefaler FACT-modellen Individual Placement and Support (IPS). IPS er en systematisk tilnærming for å bistå personer med alvorlig psykisk lidelse med å komme i ordinært arbeid, og metoden er evidensbasert (Bond, Drake, & Becker, 2012). Jobbspesialisten har som oppgave å skape en god match mellom personens preferanser og en jobb, og gi individuell tilpasset plassering og støtte (Lexen, Hofgren, & Bejerholm, 2013). En studie fra Nederland viser lav arbeidsdeltakelse blant pasienter som mottar FACT-oppfølging og konkluderer med at mangel på tilbud om IPS er en medvirkende årsak til dette (Kortrijk, Mulder, Kamperman, & Weeghel, 2019)

### **2.3. Ergoterapi og alvorlig psykisk lidelse**

I en systematisk kunnskapsoppsummering om aktivitetsutførelse og deltakelse for personer med alvorlig psykisk lidelse, konkluderer forfatterne med at ergoterapeuter er godt rustet til å tilby evidensbaserte metoder til denne gruppen, som blant annet psykoedukasjon og CBT (D'Amico et al., 2018). Oppsummeringen viser at aktivitetsbaserte intervensjoner som er basert på klientsentrerte mål gir bedre resultat på aktivitet og deltakelse enn intervensjoner med mere generelle forventninger, og intervensjoner laget eller implementert av ergoterapeuter har bedre utfall på aktivitet og deltakelse enn andre (D'Amico et al., 2018).

En systematisk kunnskapsoppsummering om ergoterapi og intervensjon i forhold til arbeid og utdanning for personer med alvorlig psykisk lidelse konkluderer med at det er moderat til sterk evidens for intervensjoner som faller innenfor rammen for ergoterapipraksis (Noyes, Sokolow, & Arbesman, 2018). En intervensjon som nevnes er Individual Placement and Support (IPS). Begge kunnskapsoppsummeringene konkluderer likevel med at selv om ergoterapeuter er godt egnet til å utføre evidensbaserte metoder for denne pasientgruppen, så mangler man forskning på konkret ergoterapiintervensjon (D'Amico et al., 2018; Noyes et al., 2018). Mere forskning på dette området vil kunne brukes til å tydeliggjøre rollen som ergoterapi har ved tilrettelegging av aktivitetsdeltakelse for personer med alvorlig psykisk lidelse (Swarbrick & Noyes, 2018).

## **3. TEORETISK RAMMEVERK**

Som teoretisk rammeverk for tolkning av resultatene har jeg brukt aktivitetsvitenskap. I det følgende vil jeg først si litt om ergoterapi før jeg kommer nærmere inn på aktivitetsvitenskap. Jeg vil til etter det se aktivitetsvitenskap i sammenheng med målgruppen for FACT; personer med alvorlig psykisk lidelse.

### **3.1. Ergoterapi**

Målet for ergoterapi er deltakelse og inkludering (Ergoterapeutene, 2017). Ergoterapeuter er opptatt av samspeilet mellom person, aktivitet og omgivelsene, og de har kompetanse på å kartlegge personens funksjon, ressurser og hva personen opplever som ønskede og meningsfulle aktiviteter (Ergoterapeutene, 2017). Grunntanken i ergoterapi er at aktivitet er en essensiell del av livet for alle mennesker og at aktivitet innvirker på og er avgjørende for helse og trivsel (Peoples, Brandt, & Pedersen, 2019). Å finne meningen med hverdagens aktiviteter er viktig for alle, og alle mennesker har rett til å være aktive deltakere i eget liv (Peoples et al., 2019). Ergoterapeuter har kunnskap om hvordan psykisk helse påvirkes av hvordan personen opplever mestring av hverdagsaktiviteter og deltakelse i samfunnet (Ergoterapeutene, 2016). Ergoterapeuters oppgave innen psykisk helsearbeid er å hjelpe mennesker med aktivitetsmessige utfordringer til å kunne gjenopprette mening og balanse i hverdagen (Creek, 2014). I følge World Federation of Occupational Therapists (WFOT) jobber ergoterapeuter for å fremme god psykisk helse både for å forebygge sykdom, og for å legge til rette for bedring for de som opplever psykiske helseproblemer (World Federation of Occupational Therapist (WFOT), 2019).

Ergoterapeuters kompetanse kan innen psykisk helse sammenliknes med viktige faktorer for psykososial støtte (Rigby & Wilson, 2017). Det gjelder blant annet kompetansen til å tilrettelegge og utvikle individets styrke og mulighet til å opprettholde ferdigheter, samt mestre opplevelser forbundet med alvorlig psykisk lidelse (Rigby & Wilson, 2017).

#### **3.1.1. Aktivitet og deltakelse**

Sentralt for ergoterapi er «occupation» (aktivitet) og «participation» (deltakelse) (Jonsson & Asaba, 2017). I ergoterapi skiller en mellom begrepene «activity» og «occupation». «Activity» kan forstås som aktivitetsform og viser til den objektive benevnelsen samfunnet gir en aktivitet (Jonsson & Asaba, 2017). «Occupation» kan beskrives som en gruppe aktiviteter som har en personlig og sosiokulturell mening for den enkelte, og begrepet er knyttet til meningsfull aktivitet (Aagard & Langdal, 2019). «Participation» er inkludert i Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) (Aagard & Langdal, 2019). «Participation» forstås i ICF som en persons involvering i dagliglivet, og



begrepet representerer der en persons funksjonsevne på samfunnsnivå (Aagard & Langdal, 2019). ICFs forståelse av «participation» er noe begrenset i forhold til ergoterapi hvor en også inkluderer personers subjektive opplevelse av deltakelse, og hvordan deltakelse påvirker personers mulighet til å ta egne valg (Hemmingsson & Jonsson, 2005). Ergoterapeuter er opptatt av samspillet mellom person, aktivitet og omgivelsene (Ergoterapeutene, 2017). Dette er en bredere forståelse enn ICF, som kun betrakter omgivelsene som fremmende eller hemmende faktorer (Hemmingsson & Jonsson, 2005).

### **3.2. Aktivitetsvitenskap**

Aktivitetsvitenskap handler om menneskelig aktivitet, samt forholdet mellom menneskelig aktivitet, helse og trivsel. Det er en tverrfaglig vitenskap, men ble etablert med formål om å skape et fundament for ergoterapi (Kristensen, 2017). En av grunnleggerne av aktivitetsvitenskapen, Elizabeth Yerxa (1990), har beskrevet forskjellen på ergoterapi og aktivitetsvitenskap. Aktivitetsvitenskapen er studien av mennesket som et aktivt vesen, med behov og kapasitet til å engasjere seg i og utøve daglige aktiviteter. Ergoterapi er terapeutiske intervensjoner som fremmer helse ved å styrke den enkeltes ferdigheter, kompetanse og tilfredshet i daglige aktiviteter (Yerxa, 1990). Aktivitetsvitenskapen har utviklet seg gjennom årene til å bli en vitenskap i ulike kulturelle, sosiale, politiske og geografiske kontekster (Kristensen, 2017). Aktivitetsvitenskapen kan inspirere og understøtte både klinisk praksis, og den analytiske refleksjonen i forskning (Mærsk, Kaae Kristensen, & Schou, 2017)

#### **3.2.1. Doing, being, becoming og belonging**

Sentrale begreper i aktivitetsvitenskapen er «doing», «being», «becoming» og «belonging» som kan oversettes til begrepene «gjøre», «være», «hva vi blir» og «tilhørighet» (Lindahl-Jacobsen & Jessen-Winge, 2017). Jeg velger videre å bruke de engelske begrepene. I følge Wilcock (1999) som først introduserte begrepene handler «doing» om hva man får ut av å gjøre noe, meningen med livet og om menneskets eksistens. Begrepet «doing» brukes ofte synonymt med meningsfulle aktiviteter og er en avgjørende faktor for helse, velvære og sykdom (Lindahl-Jacobsen & Jessen-Winge, 2017). «Being» er et produkt av «doing» og handler om hva man får ut av å gjøre noe (Wilcock, 1999). «Becoming» handler om

forandring, potensiale, utvikling og å utnytte sine evner. Ergoterapi handler ofte om å hjelpe mennesker til å utnytte deres evner og muligheter slik at livet kan bli best mulig gjennom deres «doing» og «being» (Wilcock, 1999). «Belonging» ble tilført aktivitetsvitenskapen noen år senere og handler om sosialisering, dele verdier og være del av en gruppe (Wilcock, 2006). Gjennom aktivitet opprettholder vi vår tilhørighet i samfunnet, og den naturlige interaksjonen mellom «doing» og «belonging» kan sies å ha en helsefremmende effekt (Lindahl-Jacobsen & Jessen-Winge, 2017).

### **3.2.2. Psykisk helse og occupational justice**

Et annet sentralt begrep i aktivitetsvitenskap er «Occupational justice» (aktivitetsmessig rettferdighet) som handler om den enkelte persons rett, i enhver samfunnsmessige sammenheng, til å få brukt sin aktivitetsmessige kapasitet til fulle, for å kunne opprettholde god helse og livskvalitet (Morville & Larsen, 2017). Personer med psykisk lidelse blir ofte møtt med frykt og stigmatisering, og det er gjort lite for å konfrontere disse holdningsmessige barrierene i samfunnet (van Niekerk, 2014). Den systemtilnærmingen som aktivitetsvitenskapen har, kan ifølge van Niekerk (2014) bidra til å bygge ned de samfunnsmessige barrierene og til å finne strategier som fremmer aktivitetsdeltakelse.

Når en personer opplever aktivitetsmessige mangler eller fremmedgjøring oppstår «occupational injustice» (aktivitetsmessig urettferdighet) (Townsend & Wilcock, 2004). Det kan være når en person opplever langvarig fravær av aktivitet og isolasjon, begrensede valg av aktivitet grunnet uførhet, ekskludering fra det vanlige liv eller begrensning i valgmuligheter og beslutningstaking. Townsend & Wilcock (2004) beskriver fire aktivitetsmessige urettferdigheter; «occupational alienation» (fremmedgjøring), «occupational deprivation» (aktivitetsberøvelse), «occupational marginalization» (aktivitetsmarginalisering) og occupational imbalance (aktivitetsubalanse). «Occupational alienation» kan forstås som manglende opplevelse av identitet og mening fordi man er tvungen til å utføre eller delta i ukjente eller uønskede aktiviteter (Townsend & Wilcock, 2004). Med «occupational deprivation» menes det savn man opplever når man blir fratatt sine nødvendig, ønskede og meningsfulle aktiviteter (Morville & Larsen, 2017). «Occupational marginalization» oppstår når en person påtvinges aktiviteter som er uten verdi eller mening for den enkelte, og når

personer pålegges aktiviteter uten å kunne velge eller ha kontroll på disse (Townsend & Polatajko, 2013). «Occupational imbalance» oppstår når en person opplever begrenset mulighet for aktivitet, eller manglende match mellom krav og ressurser (Morville & Larsen, 2017).

Sykdom i seg selv er ikke årsaken til mangel på meningsfull aktivitet, men den sosiale stigma som personer med schizofreni ofte utsettes for kan bidra til opplevelse av mangelfull aktivitet (Whiteford, 2014). Å legge til rette omgivelsene for at personer med alvorlig psykisk lidelse skal kunne mestre både dagliglivets aktiviteter og jobbrelaterte aktiviteter er ifølge Whiteford (2014) et delt ansvar. Det er nødvendig med opplæring av personer i pasientenes omgivelser, samt å finne strategier som gjør at personene kan få utnyttet sitt potensiale i aktiviteter.

Aktivitetsvitenskap tilbyr en forståelse av naturlig aktivitet i en naturlig setting, og aktiviteten skal passe inn i personens aktivitetsrepertoar, ikke bare som ledd i å nå et terapeutisk mål (van Niekerk, 2014). I følge van Niekerk er aktivitetsvitenskap godt egnet innen psykisk helse, og begrunner dette med aktivitetsvitenskapens forståelse av aktivitetens funksjon for å skape identitet for personer, forståelse av aktivitetens rolle i å dekke menneskelige behov, samt aktivitetens potensiale for å oppfylle formål eller mening med livet. Aktivitetsvitenskapen har ifølge Fieldhouse tro på at aktivitet er viktig for å leve et tilfredsstillende og meningsfullt liv. Intervjuer med personer med schizofreni viser at oppmuntring til sosial kontakt, ulike typer aktiviteter, helse, gode minner og positive følelser bidrar til mening og recovery (Eklund, Hermansson, & Håkansson, 2012).

Personer med schizofreni er spesielt sårbare for stress, og stress kan medføre økning i positive, psykotiske symptomer som hallusinoser, vrangforestillinger og desorganisering (Helsedirektoratet, 2013). Opplevelsen av manglende aktivitetsbalanse, mangel på aktivitet og fremmedgjøring medfører stress, som igjen kan medføre forverring av psykisk lidelse (Fieldhouse, 2000). Mangel på meningsfulle aktivitet påvirker også engasjement og ferdigheter, noe som kan forsterke de negative symptomene ved schizofreni (Fieldhouse, 2000). Eksempler på negative symptomer kan være tilbaketrekning og affektavflatning (Helsedirektoratet, 2013).

### 3.3. Recovery

Recovery (bedringsprosesser) løftes frem som et viktig prinsipp i FACT- modellen. Recovery handler ikke om fravær av sykdom, men kan forstås som en prosess med innlemmelse av ens sykdom i sammenheng med følelse av fremtidshåp. Det handler om å gjenoppbygge positiv selvopplevelse og sosial identitet på tross av sykdom (Davidson et al., 2005). Dette samsvarer med Wilcocks definisjon av «becoming»; å utnytte potensialet og å kunne utnytte sine evner (Wilcock, 1999). En recoveryorientert tilnærming sammenfaller ifølge Swarbrick og Noyes (2018) med den personsentrerte og aktivitetsbaserte tilnærmingen som ergoterapi har. Ergoterapi og recovery sammenfaller også i forhold til hvordan pasienter engasjeres i sin egen helsemessige forhold, og hvordan man fremmer selvstendighet (Swarbrick & Noyes, 2018). En kunnskapsoppsummering om sammenheng mellom aktivitetsmessig engasjement og recovery konkluderer med at disse ikke bare er beslektet, men snakker samme språk (Doroud, Fossey, & Fortune, 2015). Recovery har ifølge Doroude og kollegaer en påfallende lik prosess som aktivitetsvitenskap med å gjenforene «doing», «being» og «belonging», slik at man blir personen man ønsker å være, «becoming».

Det er en rekke praktiske ferdigheter vi ofte tar som gitt, som kreves for å navigere mellom de ulike rollene og aktivitetene i våre liv (Borg, 2009). Som alle andre innehar også mennesker med psykiske helseproblemer ulik grad av ferdigheter, og de forsøker å utvikle praktiske og sosiale rutiner for å opprettholde og vedlikeholde hverdagslivet (Borg & Davidson, 2008). Utfordringen til behandlere er ifølge Borg og Davidson (2008) å gjøre dette eksplisitt samt fange opp og gjenkjenne enkelheten og kompleksiteten i dagliglivet blant personer med alvorlig psykisk lidelse.

En kunnskapsoppsummering om recovery ved psykisk lidelse identifiserer viktige prosesser som bidrar til bedring (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011). En av disse er empowerment (myndiggjøring) som defineres som evnen og muligheten til å handle på valg og utøve kontroll på sitt eget liv. FACT-modellen fremhever troen på at pasienten har potensiale og iboende styrke, og en skal legge vekt på å myndiggjøre pasienten med sikte på å skaffe pasienten kunnskap om dagliglivets ferdigheter (van Veldhuizen, 2013). «Empowerment» kan ifølge Hammel (2016) defineres som en prosess med å skape makt,

tillate, muliggjøre, godkjenne og gi evne til noen som tilsynelatende mangler dette. Den grunnleggende ideen som ligger til grunn for «empowerment» er en ide som sammenfaller med verdier og mandatet til ergoterapeuter; streben etter å styrke evner og muligheter for folk til å engasjere seg og delta i verdsatte aktiviteter i deres dagligliv (Hammell, 2016).

## **4. METODE**

Metoden er beskrevet kort i artikkelen. I det følgende vil metodiske valg og fremgangsmåte bli nærmere redegjort for.

### **4.1. Studiedesign**

Forskningsspørsmålet for studien forsøker å gi svar på hvilke erfaringer ergoterapeuter har fra egen jobb. Jeg valgte derfor et kvalitativt design med fenomenologisk tilnærming hvor målet er å undersøke en persons opplevelse av et fenomen (Johannessen, Christoffersen, & Tuft, 2016). Ifølge Malterud (2012) gir en fenomenologisk tilnærming mulighet til å undersøke essensen i fenomenet.

Fenomenologisk metode brukes for å studere verden slik folk oppfatter den. Metoden har som mål å gi en beskrivelse av aktørenes egne perspektiver, opplevelser og forståelseshorisont, i dette tilfellet ergoterapeuter opplevelse av egen jobb (Johannessen et al., 2016). Ifølge Johannessen og kollegaer er forskeren med denne metoden opptatt av å lese datamaterialet fortolkende og finne en dypere mening i enkeltpersoners erfaringer.

### **4.2. Datainnsamling**

For å få en forståelse av ergoterapeuters opplevelse av å jobbe i FACT-team valgte jeg å bruke individuelle intervjuer som metode for datainnsamling I det følgende redegjøres prosessen med innhenting av data, fra rekruttering til gjennomføring av intervjuer.

#### **4.2.1. Inklusjon og eksklusjonskriterier**

Utvelgelsen av informanter var basert på følgende kriterier:

Inklusjonskriterier:

- Utdannet ergoterapeut
- Ansatt, eller har nylig vært ansatt i et FACT-team
- Ikke nødvendigvis ansatt i ergoterapeutstilling
- Jobber klinisk med direkte pasientkontakt

Eksklusjonskriterier:

- Ansatt i administrativ stilling uten direkte pasientkontakt
- Spesialstilling som ruskonsulent, erfaringskonsulent eller jobbspesialist. Dette fordi jeg ønsket å undersøke et bredere omfang enn hva ansatte i denne type stillinger har.

#### **4.2.2. Rekruttering av informanter**

Utvalgsprosedyrer i kvalitative studier følger ikke de samme strenge reglene som ved kvantitativ forskning, og for å oppnå mest mulig mengde informasjon om ett gitt fenomen er det ikke nødvendig med et representativt utvalg (Fangen, 2010). I følge Malterud (2001) er det problemstilling og datamaterialet, kombinert med ønske om validitet, som avgjør behovet for antall informanter.

Jeg planla å benytte meg av et strategisk utvalg der sammensetningen gjøres ut fra målet om at informantene kan belyse problemstillingen best mulig (Malterud, 2017). For å få mest mulig variasjon i utvalget ønsket jeg å rekruttere informanter fra ulike deler av landet, tilknyttet ulike helseforetak. Jeg måtte først innhente informasjon om hvilke FACT-team som finnes i Norge, og hvor det er ansatt ergoterapeuter. Etter forespørsel til Nasjonal kompetansetjeneste for rus og psykisk lidelse (N-ROP) fikk jeg kontaktopplysninger til 16 etablerte FACT team i Norge per desember 2018, samt til ni nyetablerte team per februar 2019. Jeg sendte e-post til teamledere i alle teamene for å kartlegge hvem som hadde ergoterapeuter ansatt i sine team. Svarene jeg fikk fortalte meg at det er svært få

ergoterapeuter ansatt i FACT-team og jeg endte derfor med å gå fra en strategisk utvelgelse til å kontakte de som jeg faktisk fant. Henvendelsene til norske FACT-team resulterte i fire informanter.

For å få et bredere utvalgt valgte jeg å undersøke FACT-team i andre skandinaviske land. I Sverige har FACT vært organisert som tjeneste i flere år enn i Norge, og i forskning blir ergoterapeuter nevnt som del FACT-teamene (Lexen & Svensson, 2016; Svensson et al., 2018; Svensson et al., 2017). E-postkorrespondanse med kilder jeg fikk oppgitt i Sverige resulterte ikke i kontakt med ergoterapeuter. Danmark etablerte sine første FACT-team etter Norge, og der jobber ergoterapeuter som Case Manager (Bähler et al., 2018). Gjennom google-søk opprettet jeg kontakt med flere FACT-team i en region i Danmark. Min e-post ble videresendt til flere ergoterapeuter og ved hjelp av snøballmetoden (Tjora, 2017) fikk jeg rekruttert to informanter fra hvert sitt team ved et distriktspsykiatrisk senter. I min søken etter informanter utenfor Norge kontaktet jeg også de svenske og nederlandske ergoterapeutforbundene, samt «F-ACT Nederland», uten at det førte til rekruttering av informanter.

#### **4.2.3. Gjennomføring av datainnsamlingen**

Intervjuene ble gjennomført i perioden februar til april 2019. De ble utført individuelt og hadde en semistrukturert form med åpne spørsmål ut fra utvalgte temaer jeg ønsket svar på, og med oppfølgingsspørsmål der jeg ønsket mere utdypende svar (Creswell, 2014). Jeg brukte en intervjuguide med åpne spørsmål som dekket de ulike temaene jeg ønsker å komme inn på, samt underpunkter (vedlegg 2). Temaer i intervjuguiden var informantenes tanker om ergoterapikompetansen i FACT-team, bruken av evidensbaserte metoder, vekting av rollene som case manager og ergoterapeut, samt hvordan informantene tror andre oppfatter deres kompetanse.

Informantene fikk selv velge hvor intervjuene skulle finne sted. Fire intervjuer ble gjort på informantenes respektive arbeidsplasser, og to ble gjennomført på henholdsvis Skype og FaceTime. Intervjuene varte mellom 40 og 60 minutter og det ble tatt lydopptak.

Innledningsvis informere jeg om bakgrunnen for prosjektet, hensikten med intervjuet og ga informantene mulighet for å stille spørsmål før selve intervjuet startet. De første spørsmålene i intervjuguiden handlet om informantens bakgrunn (tidligere arbeidserfaring, antall år ansatt i FACT) samt litt om teamet hvor de jobber. Jeg hadde også en kort debrifing av intervjuene etter at lydopptaker var slått av (Kvale & Brinkmann, 2015).

### **4.3. Transkribering**

Transkripsjonens form avhenger av materialet og formålet med undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuene ble transkribert ordrett, men siden formålet var å analysere meninger, ikke språklig stil eller konversasjonsanalyse, valgte jeg å ikke transkribere alle pauser, følelsesuttrykk og liknende (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuene med de danske informantene ble skrevet på norsk, men med danske begreper og setningsoppbygging for å beholde meningsinnholdet i uttalelsene. For å sikre kvalitet i transkripsjonene hørte jeg igjennom intervjuene tre ganger. Jeg transkribere alle intervjuene fortløpende, noe som bidro til å få bedre oversikt over innholdet i hvert enkelt intervju. På denne måten kunne jeg bruke kunnskap fra de første intervjuene videre inn i de neste. Intervjuguiden ble brukt slik den var utformet fra starten, men med små justeringer underveis. Fortløpende transkribering ga også innsikt i egen intervjustil som jeg kunne ta lærdom av underveis i datainnsamlingen (Kvale & Brinkmann, 2015).

### **4.4. Analyse**

Analyse bør være planlagt før utførelse av intervjuene. Dette fordi analysemetoden vil styre både forberedelse, gjennomføring og transkribering av intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015). I følge Malterud (2012) bør analysen starte allerede under innsamlingen av data. Dette gir mulighet til å justere intervjuguiden underveis og det blir lettere å se når tid en har kommet til en metning der mer empirisk data ikke vil føre til noe nytt (Malterud, 2012). I analyse av fenomenologiske studier er det vanlig å ha fokus på meningsinnhold. En er opptatt av innholdet i datamaterialet, og leser dette fortolkende (Johannessen et al., 2016). Analysemetoder som fokuserer på mening er meningskoding, meningskondensering og meningstolkning (Kvale & Brinkmann, 2015).



#### 4.4.1. Systematisk tekstkondensering

Jeg brukte systematisk tekstkondensering (STK) som analyse (Malterud, 2012). STK er en prosedyre for analyse av mening og innhold på tvers av innsamlede data, og innebærer både koding, kondensering og meningstolkning. STK er inspirert av fenomenologi uten å være en fenomenologisk analysemetode (Malterud, 2017). Den har en beskrivende tilnærming der informantenes opplevelser presenteres slik de uttrykker det selv, uten å utforske mulige underliggende betydninger. STK har ikke som ambisjon å dekke hele spekteret av potensielle tilgjengelige fenomener, men presentere viktige eksempler fra folks livsverden (Malterud, 2012).

STK er en rigid prosedyre med begrenset krav til teoretisk forforståelse og egner seg for mindre erfarne forskere. Systematikken i prosedyren begrenser ifølge Malterud (2012) faren for at forskeren favoriserer meningsenheter ut fra egen forforståelse. Analysen av denne studien vil i det følgende bli beskrevet i tråd med trinnene i systematiske prosedyren for STK.

##### *Trinn 1: Helhetsinntrykk og foreløpige temaer*

Det at jeg hørte gjennom alle intervjuer tre ganger ga meg en god oversikt over innholdet i datamaterialet. Ved at intervjuene ble transkribert fortløpende kunne jeg raskt gjenkjenne fellestrekk i de neste intervjuene. Etter at alle intervjuene var transkribert, leste jeg gjennom disse flere ganger for å få oversikt og finne noen midlertidige temaer. I følge Malterud (2012) skal de midlertidige temaene danne utgangspunkt for videre analyse, og jeg forsøkte å finne disse i datamaterialet, uavhengig av temaene i intervjuguiden.

##### *Trinn 2: Koding*

I dette trinnet dekontekstualiseres teksten ved å identifisere meningsbærende enheter og sortere disse i koder etter temaer (Malterud, 2012). Jeg startet koding etter at de fire første intervjuene var ferdig transkriberte. De to siste intervjuene ble kodet etter at hele datainnsamlingen var gjennomført og jeg endte til slutt med 16 koder. Siden jeg valgte å starte

koding før de to siste intervjuene var gjennomført, måtte jeg gå tilbake til trinn 1 og se etter nye hovedtemaer når datainnsamlingen var avsluttet.

Jeg benyttet først begreper i datamaterialet, og kombinert med min egen forforståelse bar kodene da preg av å være nærmere begreper i FACT-modellen enn ergoterapi. Ved å lese gjennom materialet i kodene flere ganger for å se hva det handlet om endte jeg med 14 nye koder med begreper knyttet til ergoterapi.

Som hjelpemiddel til å holde systematikken i kodingen brukte jeg HyperReserarch, et dataprogram for analyse av kvalitative data. Programmet tar utgangspunkt i frittstående koder som kan kobles til hverandre (Tjora, 2017). I ifølge Tjora er det god grunn til i kvalitativ forskning å utnytte potensialet i gode dataprogrammer, men som Malterud (2017) påpeker hjelper dataprogrammet bare med å organisere data, ikke å analysere.

### *Trinn 3: Kondensering*

I dette trinnet kondenseres meningsinnholdet ved at innholdet i kodene sys sammen på nytt og gir mening (Malterud, 2012). Jeg laget sammendrag av informantenes meninger innen hver av de 14 gruppene. Meningsbærende enheter som ble vurdert å ikke passe inn ble fjernet, eller flyttet til andre grupper. To koder ble fjernet og jeg satt igjen med kondensert tekst i 12 grupper. Disse ble igjen slått sammen til to hovedkategorier som dannet hovedresultater fra analysen

### *Trinn 4: Sammenfatning*

Siste del av analysen er å rekontekstualisere data ved å sammenfatte informasjonen som er samlet inn og gjenfortelle denne, belyst med eksempler fra datamaterialet (Malterud, 2012). Hver av de to hovedkategoriene ble delt i henholdsvis tre og fire temaer. Gjennom dekontekstualisering av data som STK legger opp til, er det fare for at informasjon går tapt. For å kvalitetssikre analysen gikk jeg i arbeidet med sammenfatningen ofte tilbake til de transkriberte intervjuene for å sammenlikne det jeg hadde skrevet med de originale utsagnene.

Resultatene er presentert i 3.person for å vise den analytiske distansen mellom forsker og datamaterialet (Malterud, 2012). Resultatene vil bli presentert i punkt 7.

#### **4.5. Forforståelse**

Forskeren går alltid inn i et felt med en viss oppfatning om hva det dreier seg om. Forskerens bakgrunn og posisjon vil påvirke hvordan han eller hun velger å undersøke et fenomen, vinklingen han eller hun velger, hvilken metode som anses som mest egnet og hvilke funn han eller hun finner mest passende (Malterud, 2001). På lik linje med mine informanter jobber jeg som ergoterapeut i et FACT-team og jeg hadde derfor en forforståelse om hvordan de jobber. Tilknytning til en gruppe kan ifølge Kvale og Brinkmann (2015) påvirke forskeren til å ignorere visse resultater og legge vekt på andre, som igjen går på bekostning av en så fullstendig og nøytral undersøkelse av fenomenene som mulig. Skal man forstå andre mennesker, er det en forutsetning at man forstår sitt eget tolkningsmønster (Johannessen et al., 2016). Som ergoterapeut i et FACT-team hadde jeg også en forforståelse om at ergoterapeuters kompetanse samsvarer godt med FACT -modellen. Jeg brukte den kunnskapen og erfaringen jeg hadde om tema på best mulig måte i planleggingen av studien og i utarbeidelse av intervjuguiden. I forkant av datainnsamling hadde jeg prøveintervju med to kollegaer i eget FACT team. Dette ga meg verdifull erfaring for å klare å holde meg mere nøytral i intervjusituasjonen, samt at de bidro til små justeringer av intervjuguiden.

#### **4.6. Etiske overveielser**

Studien ble forhåndsgodkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) med referansekode 241089 (vedlegg 3). Interne retningslinjer for behandling og lagring av personopplysninger ved Oslo Met – storbyuniversitetet har blitt fulgt. Alle informantene ble informert om studien og samtykket skriftlig til å delta (vedlegg 4). De fikk tilbud om å kontakte meg både i forkant og etterkant av intervjuene, og de fikk informasjon om at de når som helst kunne trekke sitt samtykke uten konsekvenser for dem selv.

Informantene i studien er anonymisert. Lyddopptak av intervjuene ble lagret i låsbart skap og slettet etter bruk. Transkripsjonene av intervjuene ble anonymiserte ved at stedsnavn,

betegnelse på sykehus, kommune og lignende ble fjernet. Jeg var gjennom hele analyseprosessen oppmerksom på å ta vekk informasjon informantene har gitt som kan vise tilbake til hvem de er. Jeg har av samme grunn valgt å ikke gi en presentasjon av hver enkelt informant.

Forskning på helsepersonell gir ikke beskyttelse gjennom Helsinkideklarasjonen på samme måte som forskning på pasienter (Malterud, 2017). Det er ifølge Malterud likevel viktig å tenke over hva personene har samtykket til, og at dette neppe gjelder negativ eksponering som forskning kan bidra til. Forskning skal være kritisk der det er nødvendig, men samtidig forutsetter kvalitative studier gjensidig tillitt (Malterud, 2017). Denne studiens forskningsspørsmål og design gjør at dette ikke har vært en aktuell problemstilling.

## **5. RESULTATER**

Analysen av datamaterialet resulterte i to kategorier; «ergoterapeutens rolle» og «ergoterapeutens fokusområde». Første kategori presenteres i sin helhet her. Den andre kategorien er delt mellom kappe og artikkel. Fordeling vil bli nærmere beskrevet i innledning til kategorien «ergoterapeutens fokusområde»

### **5.1. Presentasjon av informantene**

Informantene er tre kvinner og tre menn som er ansatt i ulike FACT-team, fire i Norge og to i Danmark. Fem av informantene er ansatt i ergoterapeutstillinger. Den siste er ansatt i en tverrfaglig stilling, men oppgir at den har blitt ansatt i FACT-teamet på bakgrunn av sin kompetanse som ergoterapeut. Informantene er utdannet ergoterapeuter mellom 2003 og 2014, og alle har tidligere arbeidserfaring fra ulike områder innen psykisk helse, både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten. Alle informantene har vært med fra oppstarten av sine FACT-team og to stykker jobber i team som startet som ACT-team. Fire av informantene jobber i rene spesialisthelsetjenesteteteam med eller uten formelt samarbeid med kommunen, en jobber i et rent kommunalt team, og en jobber i et team bestående av ansatte fra begge

forvaltningsnivåene. For å sikre anonymitet er de ulike utsagnene ikke knyttet til den enkelte informant, men presenteres på tvers. Sitater er renskrevet og sitater fra de danske informantene er gjengitt på norsk.

## **5.2. Ergoterapeutens rolle**

Kategori 1, «ergoterapeutens rolle» er delt inn i tre temaer; «to roller – ergoterapeut og case manager», «tydeliggjøring av ergoterapeutens kompetanse», og «samarbeid med andre ergoterapeuter».

### **5.2.1. To roller - ergoterapeut og case manager**

Alle informantene i studien kombinerer rollen som ergoterapeut og rollen som case manager. Felles for alle er at de ønsker å være case manager. En av informantene sier at det å være case manager er variert og gir mulighet til å jobbe på mange plan, selv om det går på bekostning av mulige ergoterapifaglige oppgaver. En annen opplever at det er spennende å jobbe som case manager fordi det har gjort at vedkommende har tilegnet seg kompetanse innen voldsrisikovurdering, kognitiv atferdsterapi (CBT) og Motiverende Intervju (MI). MI er en strukturert samtaleform som brukes for å utforske og styrke en persons indre motivasjon for endring, eksempelvis i forhold til rusbruk (Barth, Børtveit, & Prescott, 2013) To informanter er opptatt av relasjonen til pasientene og hva de vil savne dersom de bare skulle fulgt opp som ergoterapeut i kortere perioder.

*«Fordi det er jo det som er veldig spennende med å være i FACT-team, at det bygger så mye på relasjonen (...) det å få følge dem hele veien»*

En av dem trekker frem tidligere arbeidserfaring med å komme inn og gjøre korte, ergoterapifaglige vurderinger. Informanten opplevde da utfordringer med å finne sin plass i behandlingshierarkiet, men som case manager i FACT opplever vedkommende seg nå som en likeverdig del av behandlingsteamet.

Selv om alle ønsker å være case manager har flere av informantene tanker om hvordan vektingen mellom rollene kan forbedres. Å forsøke en ren ergoterapeutstilling blir nevnt som

en mulighet av flere, men ingen av informantene tror de ønsker den type stilling selv. Å frigjøre tid en dag i uken til ergoterapifaglige oppgaver blir nevnt som ønske fra en. Lavere caseload for å få bedre tid til ergoterapifaglige oppgaver er noe flere nevner. Når det gjelder hva den frigjorte tiden kan brukes til, foreslår en å ha grupper, eksempelvis hverdagsmestringsgruppe. Strukturert ADL-kartlegging av alle pasientene ved inntak i FACT-teamet nevnes av flere. To informanter nevner også kognitive vurderinger som et område hvor ergoterapeuter har kompetanse, men som ingen av informantene gjør i dag. En av dem opplever at nevropsykologer etterspør ergoterapi og mener derfor det er noe man burde kunne følge opp.

I motsetning til informantene som mener case manager-oppgaver går utover ergoterapifaglige oppgaver, så opplever en informant at de fleste oppgavene den gjør er ergoterapifaglige. Som case manager har vedkommende ansvaret for å lage behandlings -og kriseplaner for noen pasienter, men utover dette opplever informanten at den bidrar som ergoterapeut overfor de fleste pasientene. I teamet hvor denne informanten jobber er det rom for naturlige bytter internt, slik at i saker hvor vedkommende får en sentral rolle som ergoterapeut kan informanten etter hvert overta som case manager. En informant sier den ikke har gjort seg noen spesielle tanker om vektingen av rollene i det daglige. Vedkommende opplever å bruke sin ergoterapikompetanse i forhold til egne pasienter, og sier kollegaene i FACT-teamet kan be om ergoterapifaglig bistand om de trenger det.

Roller som case manager innebærer at informantene har hovedansvaret for sin egen caseload. Hvordan fordelingen av pasientene skjer varierer i de ulike teamene. En informant opplever at fordelingen kun styres av kapasitet og hvem som har flest pasienter til enhver tid, mens flere sier at fordelingen gjøres ut fra en kombinasjon av kapasitet, profesjon og kompetanse i eksempelvis voldsrisikovurdering, kognitiv terapi eller erfaring med personlighetsforstyrrelser. De fleste informantene får pasienter tildelt, men en informant jobber i team hvor fordelingen skjer i fellesskap. Vedkommende har dermed mulighet til å komme med innspill om hvor den selv mener det kan være hensiktsmessig å være case manager og kollegaene i FACT-teamet kommer også med innspill om ergoterapeutens rolle:

*«Det er jo det hvis de (pasientene) ikke møter (til avtaler), hvis alle møtene er ute (ikke på kontor), så ser nok folk litt bort på meg.»*

## 5.2.2. Tydeliggjøring av ergoterapeutens kompetanse

Informantene har ulike erfaringer med hvorvidt kollegaene i FACT-teamene ser på dem som ergoterapeuter, og om deres kompetanse blir etterspurt. De fleste informantene opplever å bli anerkjent som ergoterapeut, selv om de tror det er noe varierende hva deres kollegaer i FACT-teamene vet om deres kompetanse. Fem av informantene blir i større eller mindre grad bedt om å bidra med konkrete oppgaver. Dette er nærmere presentert i resultatdelen i artikkelen. De danske informantene har også flere definerte oppgaver i forbindelse med bruk av vurderingsredskaper som blir presentert nærmere i 5.3.4. De danske informantene gir også et inntrykk av å oppleve anerkjennelse ved å ha blitt inkludert i den danske FACT-arbeidsboken (Bähler et al., 2018).

En informant sier at kollegaene i stor grad ser på vedkommende som case manager. Når vedkommende blir bedt om hjelp, er det oftest med spørsmål om generelle ting som informanten kan på bakgrunn av sin lange erfaring i FACT-teamet, og ikke om ergoterapifaglige oppgaver. Informanten tror at hvordan man oppfattes, og hva man blir spurt om, ofte handler om hvor bevisst man selv er sin egen rolle:

*«Det er jo veldig opp til deg selv, hvor engasjert du er, (om) du har møtt de andre sine pasienter. Man må jo være veldig påkoblet og ha den ergoterapihatten på da. Og jeg merker jo at det er lett at den ramler av».*

Den samme informanten sier at den ofte unngår å fremheve ergoterapikompetansen sin, mye i frykt for å ta på seg for mange oppgaver den opplever å ikke ha tid til. Flere andre informanter peker på den samme utfordringen når det gjelder å ta på seg for mange oppgaver. En sier at det er det vanskelig å holde på sin faglighet når man er case manager for mange pasienter og med de oppgavene det medfører. En annen informant har i tillegg til egen caseload også andre oppgaver som ikke er knyttet til direkte pasientbehandling, og som opptar tid som ellers kunne vært brukt til ergoterapifaglige oppgaver.

En informant fremhever fordelene ved å ha en teamleder som har forståelse for ergoterapi og som kan støtte vedkommende i rollen som ergoterapeut:

*«Det var han (tidligere teamleder) som mente at vi skulle ha en ergoterapeut her (...) Han ville se hele mennesket og var opptatt av det med ressurser og aktivitet. Han visste hva ergoterapi er og støttet meg når jeg ville starte kreativ gruppe»*

De fleste informantene opplever at teamleder har en grei forståelse av hva ergoterapi er. En informant søkte på det som i utgangspunktet var en sykepleierstilling, men som ble omgjort etter at vedkommende hadde vært på intervju og fortalt hva en ergoterapeut kunne bidra med i forhold til aktivitet og trening.

FACT-teamene har mange møter gjennom uka og informantene oppgir disse som en arena for å komme med sine ergoterapifaglige innspill.

*«Det er kanskje der man bidrar mest. Kommer med innspill når vi drøfter hva vi skal gjøre, hvordan vi kan hjelpe de forskjellige pasientene. Og vi har såpass mange møter at det er en gylden anledning til å komme med de innspillene når vi er samlet alle sammen (...) Sånn sett er FACT en god arena å få synliggjort disse tingene, i motsetning til der man bare jobber hver for seg.»*

En annen informant sier at det er på møtene man kan synliggjøre hva man tenker, komme med eksempler på hva man gjør eller kan gjøre, og å videreføre sine tanker om pasienter i stedet for bare å holde dem for seg selv. Som en av dem sier:

*«Det er på tavlemøtet jeg skal være skarp på min faglighet.»*

De danske ergoterapeutene rapporterer resultater fra ergoterapifaglige vurderinger de har gjort. Flere av informantene forteller også at det er på teammøtene at de fanger opp behov for ergoterapi og kan komme med innspill om hvordan de kan bidra som ergoterapeut til de ulike pasientene.

Grunnet størrelsen på teamene har ikke informantene mulighet til å følge opp alle pasientene, samtidig sier alle at møtestrukturen gjør at de kan bidra indirekte med faglige innspill. Som eksempel nevner en informant det å kunne se saker litt utenfra, ha et overordnet blikk og stille relevante spørsmål. Muligheten til å komme med andre perspektiver i det tverrfaglige samarbeidet fremheves også:

*«Hvis det er veldig mye snakk om medisinske perspektiver så blir det ofte naturlig for meg å si noe om det som er litt mere i tråd med recoverytankegangen. Om det er noen andre måter å støtte pasienten på enn bare å gjøre det samme som man har gjort om igjen (...) Det å tenke litt utenfor boksen og ha muligheten til spille det inn når vi diskuterer ting.»*



### 5.2.3. Samarbeid med andre ergoterapeuter

Samtlige informanter jobber som eneste ergoterapeut i sine team. De danske informantene jobber i team som er samlokalisert med andre team hvor det er ergoterapeuter, noe som gir mulighet for samarbeid i det daglige. I tillegg har de større møter med ergoterapeuter i sykehusregionen. Ergoterapeutene i de ulike FACT-teamene kommer i fellesskap frem til fokusområder de ønsker å satse på, og begge de danske informantene bruker samme ergoterapifaglige vurderingsredskaper som øvrige ergoterapeuter i sykehusregionen. Bruken av vurderingsredskaper blir nærmere beskrevet i punkt 5.3.4. Likevel opplever også de danske informantene utfordringer med å være alene om de ergoterapifaglige problemstillingene i eget team. Både danske og norske informanter sier de tror at det å være to ergoterapeuter ville styrket det ergoterapifaglige fokuset i teamene.

*«Vi har to psykologer og det blir et psykologisk fokus. Så hvis det hadde vært to ergoterapeuter så hadde man også kunnet merke mer det ergoterapeutiske fokuset. Fordi man vil ha en å spille ball med.»*

Alle de norske informantene er alene i det daglige, men flere av dem har samarbeid med ergoterapeuter i andre deler av helsetjenesten. En av informantene har faste møter med ergoterapeuter på sykehuset som FACT-teamet er tilknyttet. Her drøftes faglige temaer og arbeidsmetoder, inkludert bruk av ergoterapifaglige vurderingsredskaper (se 5.3.4). Informanten har også godt samarbeid med de samme ergoterapeutene rundt pasienter som er innlagt, blant annet med felles hjemmebesøk. Ergoterapeutene på sykehuset sørger også for at informanten blir oppdatert på det som skjer i behandlingen når pasienter er innlagt, og sørger for at vedkommende blir innkalt til samarbeidsmøter. Informanten i det kommunale FACT-teamet samarbeider med ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten om fysiske tilrettelegginger og formidling av tekniske hjelpemidler.

En norsk informant har lite samarbeid med andre ergoterapeuter til vanlig, men har erfart nytten av å samarbeide med en ergoterapeut på døgnpost om utfylling av ADL-rapport til en pasient som var innlagt. Ergoterapeuten på døgnposten hadde gjort strukturert kartlegging av pasienten under innleggelsen, mens informanten visste mye om pasientens fungering over flere år.

*«Og så kunne jeg bare fylle inn (i rapporten). (...) Jeg har kjent pasienten lenge. Skriver noe om hvordan det har vært før, er det sånn det bruker å være, eller bruker det å bli bedre når hun blir friskere.»*

En informant deltar på ergoterapimøter på det distriktpspsykiatriske senteret hvor vedkommende er ansatt. Denne informanten er også opptatt av at synliggjøring av ergoterapeutkompetansen i FACT må løftes til et overordnet nivå og nevner i denne sammenheng tillitsvalgtapparatet. To informanter deltar på større nettverksmøter med ergoterapeuter i sin region. Her får de høre hvordan andre ergoterapeuter jobber, og informantene opplever at dette inspirerer dem til å holde oppe ergoterapifokuset i egen jobb. Til tross for støtte fra leder til å delta på nettverksmøter så opplever en av dem at det kan være vanskelig å prioritere tid:

*«Tiden, og prioriteringer. Og så er det jo andre ting som skjer internt som man bør være med på. (...) Så det er ikke så lett å dra ut og gjøre egne ting, synes jeg.»*

### **5.3. Ergoterapeutens fokusområder**

Denne kategorien er delt i tema «hverdagsmestring», «betydningen av omgivelsene», «tilnæringsmåter» og «bruk av ergoterapifaglige vurderingsredskaper.» De tre første temaene er inkludert i artikkelen og det gis her bare en kort oppsummering og noen utdypninger. «Bruk av ergoterapifaglige vurderingsredskaper» presentert i sin helhet her.

#### **5.3.1. Hverdagsmestring**

Hverdagsmestring handler om hvordan informantene bistår pasientene med å mestre hverdagslivet. De kartlegger ressurser og utfordringer, og bistår pasientene med å finne meningsfulle aktiviteter. De kartlegger ønsker og mål, og vurderer og legger til rette for aktivitetsutførelse. Informantene er også med og legger til rette for at pasientene skal kunne mestre en jobbsituasjon.

Når det gjelder å se etter ressurser fra starten utdypes en informant dette med at henvisninger og tidligere epikriser ofte fokuserer på problemer. Vedkommende forsøker å ikke konkludere ut fra dette.

I forhold til jobb snakker flere av informantene om hvordan deres kunnskap om pasientene er nyttig i samarbeidet med jobbspesialist. En sier at den i liten grad samarbeider med jobbspesialist, men ser samtidig at dette er noe som kunne ha vært nyttig.

### **5.3.2. Betydningen av omgivelsene**

Informantene har fokus på pasientens omgivelser. Det gjelder både hvordan de observerer og legger til rette for aktivitet og deltakelse hjemme hos pasientene og andre steder, og hvordan de inkluderer elementer fra pasientenes omgivelser hjemme, i behandlingen.

Informanten som bruker blomster og lukter, samt har gjort hagearbeid sammen med en pasient, er opptatt av den kreative biten som ofte skiller ergoterapeuter fra andre yrkesgrupper. Vedkommende mener fokus på aktivitet og det som finnes tilgjengelig i omgivelsene kan bidra til en mer kreativ løsning enn bare å fokusere på symptomer.

Informanten som har et større fokus på de fysiske omgivelsene, erfarer at mange pasienter har dårlig somatisk helse. Tilrettelegging med hjelpemidler mener informanten kan bidra til økt aktivitet hjemme. Når pasienter har vært innlagt på sykehus grunnet somatiske tilstander samarbeider informanten med sykehus og kommune om hvilke hjelpemidler som må være på plass før utskrivelse. Vedkommende får også spørsmål fra kollegaer i FACT-teamet om å gjøre vurdering av pasienter som eventuelt kan ha behov for hjelpemidler, og tilrettelegging av de fysiske omgivelsene.

### **5.3.3. Tilnæringsmåter**

Informantene forteller om oppgaver knyttet til medikamentell behandling, kognitiv atferdsterapi (CBT), integrert rusbehandling og recovery.

En informant har tett samarbeid med en rusinstitusjon hvor CBT brukes som fast del av behandlingen. Vedkommende har videreutdanning i CBT og bruker det til å videreføre behandlingen i FACT etter utskrivelse fra institusjonen. Informanten har relativt nylig fullført videreutdanningen og opplever ergoterapitankeganger som verdifull kompetanse ved bruk av CBT.

En informant bruker mye fysisk aktivitet i for å forebygge tilbakefall til rus. Informanten tar pasienter med på treningsstudio og beskriver et konkret eksempel hvor en pasient ved hjelp av avtaler og strukturert trening klarte å holde seg rusfri i flere måneder. Videre opplever informanten at trening kan ha effekt på angst. Det kan være eksponering ved å møte opp og trene sammen med andre. Eller det kan være opplevelsen med å få høy puls gjennom trening på treningssenter eller ved å gå rask tur, for så kunne kjenne på at høy puls ikke er farlig.

En informant er også opptatt av det som skjer med pasientene utenfor behandlingen og hva som skjer i livene til pasientene som gjør at de kan bli motivert for endring. Ifølge informant er det viktig å fange opp dette for å kunne sette i gang tiltak som støtter disse recoveryprosessene.

### **5.3.4. Bruk av ergoterapifaglige vurderingsredskaper**

På dette punktet skiller de danske informantene seg vesentlig fra de norske. De danske informantene bruker Assessment og Motor and Process Skills (AMPS) regelmessig. AMPS er et standardisert vurderingsredskap som ergoterapeuter bruker for å vurdere kvaliteten på aktivitetsutførelse (Bray, Fisher, & Duran, 2001). Resultatene av AMPS-vurderingene brukes ifølge de danske informantene i vurdering av type bolig, eller hvilket behov pasienter har ved

overføring til kommunehelsetjenesten. Legene bruker også resultatene fra AMPS som bakgrunn for sine spesialisterklæringer i forbindelse med søknad om pensjonsrettigheter, og som nyttig informasjon i en diagnostisk utredning. Ifølge en av de danske informantene kan alle ansatte i FACT si noe om pasientenes ferdigheter, men det blir tydeliggjort i en AMPS-test. Begge informantene opplever at resultater fra AMPS-vurderinger blir etterspurt av kollegaene, og har blitt en del av den helhetlige FACT-utredningen. Begge de danske informantene bruker også Canadian Occupational Performance Measure (COPM) som bygger på «the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement» (CMOP-E), (Townsend & Polatajko, 2013). De bruker også Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS) og andre redskaper som bygger på Model of Human Occupation (MOHO) (Taylor & Kielhofner, 2017).

En av de danske informantene opplever spesielt OCAIRS som nyttig i førstegangssamtaler:

*«Fordi den gir en veldig god måte å spørre rundt noen ting på (...) Når man sitter der og det er lite bevegelse (i samtalen) så kan det gi en retning.»*

Den andre danske informanten sier at bruk av redskaper gjør at man får synliggjort mye om aktivitetsutførelse som andre ikke ser. Denne informanten bruker COPM strukturert og opplever måten å stille spørsmål gjennom COPM som nyttig. Eksempelvis forteller vedkommende om en situasjon hvor det kom frem at pasienten ikke dusjet:

*«Det var et kjempeproblem for henne. Og hun har vært i kontakt med psykiatrien siden hun var barn, men aldri åpnet ordentlig opp for det (...) Selv om jeg vet at min kollega som er sykepleier selvfølgelig også har spurt henne om det. Men ja, det tror jeg bare har vært med en litt annen dagsorden. Fordi jeg har hatt COPM'en i bakhodet.»*

Og om hvordan pasientene reagerer på bruken av vurderingsredskaper:

*Jeg synes de tar godt imot dem. Det er noen spørsmål som gjør at de blir nødt til å tenke over hele livssituasjonen. Og det kan jo være litt utfordrende (...) Men det er så mange nysgjerrige spørsmål i våre redskaper (...) Og når jeg bruker COPM har de noe de kan måle seg mot. Det kan være utfordrende i starten å sette tall, men når jeg gjør en revurdering så gir det så mye mening.»*

Blant de norske informantene er bruken av ergoterapifaglige vurderingsredskaper noe mere variert. Det er kun en av dem som bruker vurderingsredskaper strukturert, i første omgang Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalysesystem (EVA). EVA er utviklet som et pedagogisk verktøy for aktivitetsanalyse, og blir også brukt i klinisk praksis. Den baserer seg

på terminologi blant annet fra AMPS (Clark, Jespersen, Ellingham, & Brovold, 2014). Informanten samarbeider om bruken av EVA med ergoterapeutene på sykehuset som FACT-teamet tilhører, og forsøker å implementere dette i eget arbeid. En annen norsk informant har brukt EVA en gang i forbindelse med kurs. Vedkommende opplever at det er for lite tid i hverdagen til å bruke ergoterapifaglige redskaper.

Både denne og en annen norsk informant oppgir at tverrfaglige redskaper som kommune- og spesialisthelsetjenesten stiller krav om å bruke, prioriteres foran bruken av egne redskaper. Flere informanter sier de har spørsmålene fra ulike redskapene i bakhodet, men bruker dem ikke strukturert.

*«Jeg ønsker jo å gjøre litt mere sånn strukturerte ting. Men jeg opplever at det blir for mye for å fronte ergoterapien og ikke fronte pasienten. Skriver heller et godt notat der jeg sier noe om det som jeg ser (...) Så jeg plukker jo spørsmål fra ulike skjemaer, men jeg bruker ikke noen konkrete»*

## **6. DISKUSJON**

Funnene i hovedkategorien «ergoterapeutens rolle» og «ergoterapeutens fokusområde» vil her bli drøftet opp mot FACT-modellen, ergoterapi, teori og forskning.

### **6.1. Ergoterapeutens rolle**

I dette avsnittet drøftes resultatene fra temaene «to roller – ergoterapeut og case manager», «tydeliggjøring av ergoterapeutens kompetanse», og «samarbeid med andre ergoterapeuter».

#### **6.1.1. To roller – ergoterapeut og case manager**

Informantene ønsker å være både ergoterapeut og case manager. Ifølge ACT-håndboken, forløperen til FACT, er ikke poenget med den teambasert tilnærmingen at alle medarbeidere skal være generalister, men at ulike yrkesgrupper med ulik kompetanse skal bidra til en helhetlig forståelse av pasienter med sammensatte problemer. Samtidig vil ikke ACT passe for personer som er rigid opptatt av yrkesroller og som ikke ønsker å utføre oppgaver som

ikke er profesjonsspesifikke (Aakerholt, 2013). Å jobbe i tverrfaglige psykisk helseteam medfører ofte oppgaver utover eget fagfelt. Dette, sammen med innføring av case management-modellen, gjør at ergoterapeutrollen fort kan bli utvannet (Ashby, Ryan, Gray, & James, 2013). Studien til Ashby og kollegaer (2013) viser at nyansatte ergoterapeuter, spesielt de med liten arbeidserfaring, opplever krav om å lære psykologiske modeller og tilnæringsmåter for å leve opp til forventningene i det tverrfaglige teamet. Som informantene i min studie, oppgir også deltaker i studien til Ashby og kollegaer at det kan oppleves nyttig å lære nye perspektiver. Utfordringen er å kunne ha et aktivitetsperspektiv og holde fokus på hva ergoterapeuter kan bidra med spesielt (Ashby et al., 2013).

Rene ergoterapistillinger i FACT-teamene blir nevnt som en mulighet, samtidig er det ingen av informantene som ønsker denne rollen selv. I følge FACT-håndboken er det viktig å ha en balanse mellom spesialstillinger og case managere slik at det blir nok årsverk til å fylle case managerstillingene (van Veldhuizen, 2013). Stigen (2018) har i sin doktorgradsavhandling knyttet begrepene «doing», «being», «belonging» og «becoming» til ergoterapeuters rolle i kommunale tjenester og i tverrfaglige settinger. Slik Stigen bruker begrepene kan «hvem ergoterapeuten blir» i en tverrfaglig setting knyttes til «being». Informantene ønsker å gjøre flere ergoterapifaglige oppgaver, men tilpasser seg den etablerte praksisen på arbeidsplassen i forhold til eksempelvis bruk av tverrfaglige redskaper og andre case manager-oppgaver. Informantene ønsker å være likeverdig del av det tverrfaglige teamet, og vil derfor være case manager. De føler «belonging» til teamet sitt og forsøker å finne sin plass der (Stigen, 2018). Et eksempel er informanten som tidligere i en ren ergoterapirolle ikke følte seg som likeverdig del av teamet. Som case manager i FACT opplever informanten nå «belonging» til teamet vedkommende jobber.

Flere av informantene opplever case manager-oppgaver som noe som kan gå ut over ergoterapifaglige oppgaver. Å være case manager i FACT innebærer blant annet å ha søkelys på arbeid, bolig, økonomi og livskvalitet, og case manager ansvaret har for å lage og å oppdatere behandlingsplaner sammen med pasientene (van Veldhuizen, 2013). Ifølge Robinson og kollegaer (2016) har ergoterapeuter gjennom flere tiår hatt tradisjon for å utvikle behandlingsplaner som fremmer optimal aktivitetsutførelse uavhengig av fysiske, psykiske eller miljømessige hindringer. I FACT-håndboken legges case manager-rollen til sykepleier, men den sier samtidig at det er en rolle som kan fylles av personer med ulik fagbakgrunn.

Robinson, Fisher & Broussard (2016) hevder at ergoterapeuter med sitt perspektiv og sine ferdigheter er godt egnet som case manager slik rollen beskrives i utviklingen av case management-modellen i USA. De fremhever det å kunne vurdere kontekst og situasjon i pasientens hverdag, kunnskapen til å hjelpe pasienter til å oppnå god helse, trivsel og deltakelse gjennom aktivitet, og ergoterapeuters kompetanse til å kunne se etter nye måter å gjøre ting på (Robinson, Fisher, & Broussard, 2016). Informantene oppgir relasjon over tid som en årsaker til å være case manager og ikke bare ergoterapeut. Relasjon mellom pasient og ansatt er alltid viktig, men når det gjelder alvorlig psykisk lidelse synes relasjon å være avgjørende for om tiltak skal virke (Borg & Topor, 2014). Dette viser at evne til å bygge relasjon til pasientene er viktig uansett rolle i teamet. Kompetansen til ergoterapeuter samsvarer med case manager-oppgavene slik de er beskrevet i FACT-modellen. Ergoterapeuter bør derfor ha gode forutsetninger for å fylle case manager-rollen som beskrevet i et FACT-team, slik informantene i denne studien ønsker å gjøre.

Personer med schizofreni har ofte nedsatt kognitiv fungering, hyppigst er hukommelse, oppmerksomhet og eksekutiv fungering (problemløsning, planlegging og gjennomføring av oppgaver) (Ueland, Øie, Inge Landrø, & Rund, 2004). Informantene oppgir at de ikke gjør kognitive vurderinger. Til tross for dette forteller flere at de bruke ergoterapifaglige vurderingsredskaper som AMPS og EVA. Dette er verktøy som tar høyde for kognitiv funksjon i sine vurderingsredskaper. Informantene bruker ikke skrivebords tester for å gjøre kognitive vurderinger. Men flere av dem bruker vurderingsredskaper som tar høyde for kognitive utfall når de observerer aktivitet, og de inkluderer derfor kognitiv funksjon i sin praktiske tilnærming til aktivitet og aktivitetsutførelse.

### **6.1.2. Tydeliggjøring av ergoterapeutens kompetanse**

Informantene har ulike erfaringer med anerkjennelse av ergoterapikompetansen blant egne kollegaer i FACT-teamene. Kommunikasjon og å løfte frem sin kompetanse slik at andre skjønner hva ergoterapeuter kan bidra med er en kontinuerlig prosess, og ergoterapeuter har ofte utfordringer med å kommunisere sin faglige kompetanse (Gramstad & Nilsen, 2016). Dersom man har en følelse av mangel på profesjonell identitet kan dette føre til at man kan bli påvirket av andre yrkesprofesjoner, og det kan være vanskelig å føle seg anerkjent (Turner & Knight, 2015). Å arbeide fram posisjoneringer som virker til brukerens og fagets beste, er en



relasjonell prosess (Måseide, 2008). På den ene siden må ergoterapeuten være tydelig på kompetansen, forståelsen og perspektivet sitt. På den andre siden må de andre partene anerkjenne denne kompetansen. Dette krever innsats og arbeid av både ergoterapeutene og deres samarbeidspartnere (Måseide, 2008). Bruk av ergoterapifaglige begrepsmodeller som eksempelvis MOHO kan være til hjelp i tydeliggjøring av faget (Ashby et al., 2013). Begrepene i modellene kan gjøre det lettere å formidle målene med intervensjoner, og de kan hjelpe ergoterapeuter snakke et språk som forklarer praksis.

Informantenes opplevelse av anerkjennelse som ergoterapeut kan også knyttes til identitet. Det er ulike måter å forstå identitet på (Mærsk, 2017). Asaba & Jackson tillegger de sosiale omgivelsene stor betydning i dannelsen av ulike identiteter (Asaba & Jackson, 2011). Informantenes identitet som ergoterapeut styrkes eller svekkes i samhandling med det tverrfaglige teamet, og i forhold til hvilke forventninger som stilles til dem som ergoterapeut. Det kan se ut som om i hvilken grad informantene opplever anerkjennelse av ergoterapeutrollen har sammenheng med først og fremst hvor tydelig de er på rollen overfor seg selv. Tydelighet overfor seg selv påvirker i hvilken grad de synliggjør sin ergoterapikompetanse overfor kollegaene i FACT-teamene, og videre i hvilken grad kollegaene ber dem om å bistå med sin ergoterapikompetanse.

Frykt for å få for mange oppgaver blir oppgitt som en grunn til å ikke å påta seg ergoterapifaglige oppgaver. Tidspress i offentlig heletjenesten er et kjent fenomen, og det er derfor nærliggende å tro at dette også gjelder i FACT-teamene. Samtidig kan det også tenkes at i en hverdag preget av høyt arbeidspress så blir det enklere å ta tak i det som er forventet, og kanskje høyere verdsatt av leder og kollegaer i teamene. I stedet for å tenke ergoterapifaglige oppgaver som merarbeid så bør en forsøke å se på utnyttelsen av ergoterapeutens spisskompetanse som en kvalitetsforbedring av den totale FACT-oppfølgningen.

### **6.1.3. Samarbeid med andre ergoterapeuter**

Informantene opplever at samarbeid med andre ergoterapeuter i det daglige arbeidet, eller i andre sammenhenger, hjelper dem å holde et faglig fokus. Utvikling av personlig identitet som har med utøvelse av yrkesrolle kan betegnes som profesjonell identitet. Profesjonell

identitet blir ikke ferdig utformet under utdannelsen, men utvikles gjennom fagfellesskap med kollegaer (Heggen, 2008).

Informantene har, gjennom ulike måter å samarbeide med andre ergoterapeuter, forum hvor de kan få styrket sin identitet som ergoterapeut. Samtidig opplever de fleste utfordringer med å holde på denne identiteten i hverdagen, som eneste ergoterapeut i sine respektive FACT-team. I studien til Stigen (2018) kommer det frem at mange jobber alene og savner en ergoterapeutkollega som de kan reflektere rundt sin egen ergoterapipraksis med. Kritisk refleksjon gir mulighet til å utfordre tanker og forutsetninger som ligger til grunn for praksis, og til å stille spørsmål til handlinger som dominerer praksis (Hammell, 2015). Ashby og kollegaer (2013) bruker begrepet profesjonell sosialisering for å beskrive hvordan ergoterapeuter kan opprettholde sin identitet, og utvikle et profesjonelt forsvar mot å miste sitt faglige ståsted. Profesjonell sosialisering kan skje både formelt i møter og veiledning, og i uformelle, sosiale settinger med andre ergoterapeuter (Ashby et al., 2013). Informantene i studien bruker samarbeid med andre ergoterapeuter til å styrke sin identitet som ergoterapeut.

## **6.2. Ergoterapeutens fokusområder**

Funnene i temaene «hverdagsmestring», «betydningen av omgivelsene» og «tilnæringsmåter» er i artikkelen drøftet opp mot FACT»-modellen og forskning. Temaene vil her bli drøftet opp mot aktuell teori. Temaet «bruk av ergoterapifaglige vurderingsredskaper» vil bli drøftet i sin helhet her.

### **6.2.1. Hverdagsmestring**

Informantenes kartlegging av pasientenes ønsker og mål, og hvordan de bistår med å få en meningsfull hverdag, kan knyttes til aktivitetsvitenskap. Informantene kartlegger hva som er meningsfullt for pasientene i dag, «doing», hvordan det de gjør påvirker deres hverdag og helse, «being», og hvilke ønsker pasientene har fremover, «becoming». Støtte til aktiviteter som for eksempel deltakelse i turgruppe og fysisk trening kan være med å styrke deres «belonging»; det å finne en tilhørighet i samfunnet og i naturlig interaksjon med andre (Wilcock, 2006). Hverdagslivet spiller en avgjørende rolle for alle mennesker da det er der at

det som er betydningsfullt for den enkelte kommer til uttrykk (Arntzen, Gramstad, & Kristensen, 2017). Ifølge Arntzen og kollegaer gir et hverdagslivsperspektiv muligheten til å undersøke hva mennesker foretar seg til daglig, hvilke mønstre i aktiviteter og relasjoner som er viktige for den enkelte, og betydningen aktivitetene har. Verdien av aktivitet bør vurderes ut fra meningen den har for den enkelte pasient, ikke ut fra den tradisjonelle graderingen egenomsorg, produktivitet og omsorg (Hammell, 2004). Informantens fokus på hverdagsmestring og meningsfull hverdag medvirker til at pasientene i FACT får en bedre opplevelse av egen hverdag og helse.

Informantene er inne på den manglende aktivitetsdeltakelse pasienter kan oppleve grunnet sykdom eller rus. Dette kan føre til både aktivitetsubalanse og fremmedgjøring (Townsend & Wilcock, 2004). Gjennom å tilrettelegge for meningsfull aktivitet for den enkelte er informantene med på å forebygge en slik aktivitetsubalanse og fremmedgjøring. De er også opptatt av viktigheten av å legge til rette for aktiviteter som oppleves meningsfulle for pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern (TPH) og som derfor må ta imot behandling mot sin vilje (Psykisk helsevernloven, 2001, §3.3). Pasientene kan få en opplevelse av «occupational alienation» ved at de tvinges til å delta i uønskede aktiviteter (Townsend & Wilcock, 2004). TPH kan også medføre begrensninger i valg av aktiviteter. Pasientene kan oppleve «occupational deprivation» på grunn av begrensning i ønsket aktivitet, eller «occupational imbalance» grunnet begrenset mulighet for aktivitet (Morville & Larsen, 2017). En studie av personer dømt til tvungent psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 2001, §5.5) har sett på betydningen av aktivitetsdeltakelse (Lin, Kirsh, Polatajko, & Seto, 2009). Deltakerne i studien hadde faste plikter de må gjennomføre grunnet rammene de er underlagt. Samtidig opplevde de at deltakelse i aktiviteter som oppleves som meningsfulle førte til økt mestringsevne, bedre selvfølelse, økt motivasjon og mindre fare for tilbakefall til kriminell atferd. «Occupational injustice» er ikke noe som bare rammer pasienter underlagt TPH. Som vist til i innledningen er mangel på meningsfull aktivitet noe som rammer mange med alvorlig psykisk lidelse, blant annet grunnet sosialt stigma og ekskludering (Morville & Larsen, 2017; Whiteford, 2014).

Noen informanter forteller om veiledning i aktiviteter som innkjøp og matlaging. De er da over på «becoming», hvilket potensiale pasientene ha for forandring; det å utnytte sine evner (Wilcock, 1999).

Ingen av informantene jobber med direkte jobbstøtte. En studie om IPS og ergoterapi konkluderer med at innføring av IPS har ført til at ergoterapeuter tar mindre del i tilrettelegging for arbeidsdeltagelse enn tidligere (Tawanda & Chris, 2017).

Artikkelforfatterne hevder at IPS er et felt hvor ergoterapeuter må vise at de kan bidra, noe informantene gjør gjennom sitt samarbeid med jobbspesialister. Å være i jobb medfører for mange pasienter en opplevelse av å bidra, og å være en del av en sammenheng, og det bidrar til å utvikle en identitet som arbeidstaker (van Niekerk, 2009). Identitet som arbeidstaker bidrar ifølge van Niekerk (2009) også til velvære og bedre opplevelse av egen helse (van Niekerk, 2009). Studien fra Nederland som konkluderer med lav arbeidsdeltakelse grunnet mangel på jobbspesialist (se diskusjon i artikkel), peker også på at for mange pasienter i FACTs målgruppe er ikke nødvendigvis en ordinær jobb det viktigste målet (Kortrijk et al., 2019). Studien viser ingen sammenheng mellom arbeidsdeltakelse og opplevelse av recovery, og ifølge artikkel forfatterne er det andre aktiviteter enn arbeid som er like viktige.

### **6.2.2. Betydningen av omgivelsene**

Informantene har fokus på hva pasientene gjør hjemme og hvordan de gjør det, «doing». Gjennom observasjon av pasienter i deres egne omgivelser får informantene nyttig informasjon om hva pasientene får ut av aktiviteter hjemme, «being», og hvilke potensiale der er for å utnytte ressursene, «becoming».

Både Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) og Model of Human Occupation (MOHO) er modeller som vektlegger sammenhengen mellom personen, omgivelsene og aktivitetsutførelse (O'Brien & Kielhofner, 2017; Townsend & Polatajko, 2013). MOHO forsøker å forklare hvordan aktivitet motiverer, tilpasses og utføres i sosiale og fysiske omgivelsene, samt hvordan omgivelsene både kan fremme og være til hinder for aktivitet (O'Brien & Kielhofner, 2017). CMOP-E illustrerer aktivitetsutførelse som et dynamisk samspill mellom person, aktivitet og omgivelser. Modellen er visuelt utformet slik at den indikerer at hvert enkelt menneske lever i en unik kontekst av omgivelsene (Townsend & Polatajko, 2013).

### **6.2.3. Tilnæringsmåter**

Informantene bruker sin ergoterapikompetanse når de bruker de tverrfaglige, evidensbaserte metodene som er anbefalt i FACT-modellen (van Veldhuizen, 2013). Studier viser at ergoterapeuter har kompetansesom gjør at de kan implementere eksisterende evidensbaserte metoder i sin praksis (Rigby & Wilson, 2017). Det er imidlertid lite forskning som omsettes direkte til ergoterapeutiske intervensjoner (Mærsk et al., 2017). Kunnskapsbasert praksis er et definert mål for ergoterapeutisk yrkesutøvelse, og handler om å ta faglige avgjørelser basert på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og på pasientens ønsker og behov (Jamtvedt & Nortvedt, 2008). Aktivitetsvitenskapen kan, sammen med ergoterapeutiske begrepsmodeller som CMOP-E og MOHO, være kunnskapsgrunnlag og bidra til teoretisk og evidensbasert ergoterapi (Mærsk et al., 2017). MOHO er en evidensbasert praksismodell som forklarer hvordan mennesker tilpasser seg funksjonshemming og gjenoppdager tilfredsstillende og meningsfulle måter å leve livene sine på (Taylor & Kielhofner, 2017). Som del av CMOP-E inngår the Canadian Practice Process Framework (CPPF), en arbeidsmodell for å integrere evidensbasert kunnskap i praksis (Townsend & Polatajko, 2013)

I vedlagte artikkel drøftes bruk av CBT versus bruk av kognitiv referanseramme i kombinasjon med andre ergoterapiintervensjoner (Lee & West, 2014). Ifølge Ashby og kollegaer (2013) kan dette være en nyttig måte å få inn aktivitetsperspektivet i behandlingsteam hvor psykologiske teorier og modeller er rådene.

Meningsfull aktivitet, «occupation» er et grunnleggende behov for en persons eksistens, livskvalitet og identitetsdannelse (Wilcock, 2006). Engasjement i aktivitet er sentralt i pasienters recoveryprosess, og viser at ergoterapi kan ha en ledende rolle i recoveryorientert praksis (Kelly, Lamont, & Brunero, 2010).

### **6.2.4. Bruk av ergoterapifaglige vurderingsredskaper**

De danske informantene bruker ergoterapifaglige vurderingsredskaper, mens det er noe mere variert blant de norske. Flere av de norske informantene sier at de prioriterer tverrfaglige redskaper foran ergoterapifaglige. FACT-modellen anbefaler ulike kartleggingsredskaper som gir informasjon om aktuell situasjon, hjelpebehov innen ulike livsområder, symptomer og

graden av tilfredshet med egen situasjon (van Veldhuizen, 2013). Informantene som bruker ergoterapifaglige vurderingsredskaper har etablert samarbeid med andre ergoterapeuter i det daglige. I en studie om ergoterapeuters bruk av vurderingsredskaper ved kognitiv svikt kommer det frem at mange velger redskaper på bakgrunn av anbefaling fra kollegaer, og hvilke som er tilgjengelig på eget arbeidssted (Stigen, Björk, & Lund, 2018). I en undersøkelse blant norske ergoterapeuter blir mangel på ergoterapeutkolleger oppgitt som en av årsakene til å ikke bruke ergoterapifaglige vurderingsredskaper (Horghagen et al., 2015).

FACT-teamene skal tilby kunnskapsbasert behandling gjennom bruk av evidensbaserte metoder (van Veldhuizen, 2013). Å jobbe kunnskapsbasert innebærer også å anvende reliable og validerte vurderingsredskaper (Horghagen et al., 2015). Flere informanter sier de plukker spørsmål fra ulike redskaper. Det er mulig dette hjelper informantene ved å gi føringer for samtaler og observasjoner, men det bidra ikke til kunnskapsbasert praksis.

Manglende tid blir av noen informanter brukt som argument for å ikke bruke ergoterapeutiske vurderingsredskaper. Samtidig ønsker flere å bruke sin ergoterapikompetanse til å gjøre strukturerte kartlegginger. Hensikten med vurderingsredskaper som AMPS og EVA er å få strukturert den informasjon man sitter med etter observasjon av aktivitet (Bray et al., 2001; Clark et al., 2014). Med tanke på dette bør en også når det gjelder vurderingsredskaper, se på disse som en styrking av det man allerede gjør, og ikke som merarbeid.

Informantene ønsker å ha et fokus utover symptomer og det medisinske perspektivet. Ergoterapifaglige vurderingsredskaper er ofte knyttet til aktivitet og deltakelse (Horghagen et al., 2015). COPM er et strukturert redskap som fremmer brukermedvirkning samt hjelper en å bli bevisst på målsettinger og hva som er viktig for den enkelte (Townsend & Polatajko, 2013). Bruken av klientsentrerte, aktivitetsbaserte vurderingsredskaper kan styrke ergoterapeuters tilnærming både i forhold til fokus på aktivitet og deltakelse, og for å jobbe mot FACT-prinsippet om å støtte pasienters ønsker, mål og medbestemmelse.

En viktig årsak til å bruke redskaper kan være å utvikle ergoterapeuters kompetanse for å kommunisere faget (Horghagen et al., 2015). I Danmark har ergoterapeuter blitt inkludert i utbredelsen av FACT-teamene i større omfang enn i Norge. I Region Hovedstadens Psykiatri var det per april 2019 ansatt ergoterapeut i alle 20 teamene (A. Rosenquist, personlig

kommunikasjon, 3.april 2019). Dette kan være en bekreftelse på at bruken av validerte vurderingsredskaper er viktig for å synliggjøre faget.

## **7. KVALITETSSIKRING AV STUDIEN**

I kvalitativ forskning er det ikke fenomeners utbredelse og omfang som er fokus, men tings innhold og betydning. Dette gir også føringer for vurdering av studiens kvalitet (Fangen, 2010). Ulike begreper blir brukt for kvalitetssikring av kvalitative studier. Jeg har valgt å benytte begrepene reliabilitet, validitet, objektivitet og generaliserbarhet slik de er beskrevet hos Kvale & Brinkmann (2015).

### **7.1. Metodediskusjon**

Som beskrevet tidligere hadde jeg en forforståelse med meg inn i studien. Denne forforståelsen kan ses på både som en svakhet og en styrke for studien. Under intervjuene forsøkte jeg å ta høyde for min forforståelse ved å stille meg mest mulig åpen og nøytral i forhold til det informantene sa, og unngikk i størst mulig grad å gå inn i dialog om felles erfaringer. Samtidig så jeg i etterkant at min forforståelse gjorde at jeg til tider stilte spørsmål som ledet dit jeg ville (Fangen, 2010). I analyseprosessen oppdaget jeg også at jeg flere ganger ikke stilte relevante oppfølgingsspørsmål da jeg på grunn av min forforståelse opplevde å forstå hva informantene mente med utsagnene, uten å sjekke dette nærmere. På den andre siden kan det at jeg raskt oppfattet hva informantene mente ses som en bekreftelse på at vi som er ergoterapeuter i et FACT-team «snakker samme språk», og at informantene derfor speiler gruppen de representerer. Det å velge å gjøre studien på et såpass smalt tema som er nært knyttet til eget arbeid kan by på flere utfordringer. Fagmiljøet jeg gikk inn for å undersøke er relativt lite. Alle informantene var kjent med at jeg jobber som ergoterapeut i et FACT-team, noe som kan ha påvirket svarene deres.

Intervjuenes kontekstuelle trekk er av stor betydning i kvalitativ forskning. Alle intervjuer ble gjort ansikt til ansikt, også de to på Skype og FaceTime, noe som anses en viktig faktor i interaksjon mellom forsker og informant (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg erfarte likevel en viss forskjell i intervjuene utført på Skype og FaceTime. I disse intervjuene gikk jeg glipp av

den kontakten som i de øvrige intervjuene ble opprettet i det vi hilste på hverandre for første gang, og den uformelle samtalen vi hadde på vei fra venterom til kontorene hvor intervjuet ble utført. Det samme gjaldt i etterkant av intervjuene, hvor jeg på Skype og FaceTime mistet den samme, uformelle avslutningen. Imidlertid er det grunn til å tro at personer i profesjonelle roller som mine informanter, håndterer dette på en bra måte. Intervju med pasienter ville krevd en bedre oppfølging i etterkant med tanke på mulige reaksjoner på egen situasjon (Kvale & Brinkmann, 2015).

En svakhet i studien er antallet informanter. Imidlertid er gruppen informantene er rekruttert fra liten, og utvalget representerer derfor en høy andel, noe som kan ses som en styrke. Jeg opplevde det og som en styrke at de som deltok, med bakgrunn i sin egen arbeidshverdag, viste interesse for prosjektet og gjorde sitt for å bidra med så gode svar som mulig.

At jeg er fersk i rollen som forsker er utvilsomt en svakhet og har sannsynligvis påvirket både datainnsamling og analyse. Alle stadier har vært en læringsprosess, men det at studien er gjort under veiledning har vært med på å kvalitetssikre resultatene.

## **7.2. Validitet og objektivitet**

Validitet i kvalitative studier handler om hvorvidt metoden vi bruker undersøker det vi har tenkt å undersøke, og hvorvidt datamaterialet vi samler inn reflekterer fenomenet vi ønsker å vite noe om (Kvale & Brinkmann, 2015). Inklusjons- og eksklusjonskriteriene var med å sikre at informantene i studien representerte det jeg ønsket å undersøke. Videre er det at alle informantene jobber i team som følger en fast modell, med på å sikre en lik ramme rundt deres arbeidshverdag. I forbindelse med intervjuene med de danske informantene fikk jeg mulighet til å observere et tavlemøte i teamet til en av dem. Gjenkjennbarheten i møte kan tyde på at teamene i Danmark jobber likt med det jeg er kjent med fra egen jobb, og fra studieturer til Sverige og Nederland.

Reliabilitet handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet, og hvorvidt vi kan stole på resultatene (Kvale & Brinkmann, 2015). For å kunne redegjøre for rekruttering, innsamling av data og hvordan jeg har kommet frem til resultater og konklusjon har jeg brukt



logg som hjelpemiddel (Malterud, 2012). Det at jeg brukte en systematisk prosedyre for analyse, systematisk tekstkondensering (STK), var med på å gjøre analyseprosessen transparent (Malterud, 2012). I arbeidet med resultater kontrollerte jeg meningsinnholdet ved å gå tilbake til de originale intervjutranskripsjonene for å undersøke hva informantene faktiske hadde sagt.

### **7.3. Objektivitet og generaliserbarhet**

Objektivitet kan defineres som evnen til å overveie eller presentere kjensgjerninger uten å la seg påvirke av personlige meninger eller følelser (Johannessen et al., 2016). I følge Malterud (2012) er det nødvendig få identifisert denne forforståelsen tilstrekkelig slik at de antagelser en har kan settes til side gjennom de ulike trinnene i analysen. Jeg forsøkte å ta høyde for forforståelsen i analysen, blant annet gjennom veiledning og ved å fortløpende kontrollere resultater opp mot de originale intervjutranskripsjoner.

Generalisering i kvalitativ analyse handler om hvorvidt tolkninger av det en har samlet inn kan overføres til å gjelde i andre liknende sammenhenger (Leseth & Tellmann, 2014). Med så få informanter som jeg har hatt i denne studien er det spørsmål om resultatene kan generaliseres, da resultatene er avhengig av hva mine utvalgte informanter har svart (Flyvbjerg, 2013). Imidlertid er gruppen informantene er rekruttert fra liten, og utvalget representerer derfor en høy andel, noe som kan ses som en styrke. Ifølge Flyvbjerg kan vi lære gjennom praktiske eksempler som blir belyst. Hensikten har i denne studien ikke vært å få et endelig svar, men å få frem hvordan ergoterapeuter kan jobbe i et FACT -team.

## **8. KONKLUSJON**

Studien viser at ergoterapeuter som jobber i FACT-team bruker sin ergoterapikompetanse i utførelse av oppgaver som er tillagt dem som case manager. Samtidig er det noe ulikt hvorvidt informantene i studien opplever at deres kompetanse blir tydeliggjort og etterspurt. Samarbeid med andre ergoterapeuter er viktig for å kunne drøfte faglige utfordringer, og for å få styrket sin identitet som ergoterapeut i et tverrfaglig team.

Informantene bruker sin spisskompetanse på hverdagsmestring, aktivitetsutførelse og sammenhengen mellom aktivitet, person og omgivelsene. Resultatene viser at dette samsvarer med målene og prinsippene i FACT-modellen. Informantene følger de evidensbaserte metodene som er anbefalt i FACT-modellen, og viser at de integrerer sin ergoterapikompetanse i tilnærmingene. Informantene bekrefter også den nære sammenhengen mellom ergoterapi og recovery, som er et sentralt prinsipp i FACT-modellen. De danske informantene skiller seg ut i bruken av ergoterapifaglige vurderingsredskaper, noe som bidrar til en bedre tydeliggjøring av deres ergoterapikompetanse.

Studien viser samsvar mellom ergoterapeuters kompetanse og FACT-modellens mål, prinsipper og oppgaver. Dette viser at ergoterapikompetansen kan bidra til styrking av det faglige fokuset et FACT-team skal ha. utfordringen for ergoterapeuter er å tydeliggjøre sin spisskompetanse for å bli anerkjent som en profesjon som bør inkluderes i FACT-teamene.

Implikasjoner for praksis:

Feltet som studien er gjort i er i rask vekst og potensialet for antall nye FACT-team er stort (Landheim et al., 2017). Resultatene av denne studien viser at det ved opprettelser av nye team, og ved nyansettelser i etablerte team, er god grunn til å inkludere ergoterapeuter som del av de tverrfaglige teamene. Ergoterapeuter som gruppe bør også ta utfordringen og søke på stillinger i FACT -team for på denne måte synliggjøre kompetansen overfor denne pasientgruppen. FACT-modellen er under etablering også i forhold til andre pasientgrupper. Dette er fagområder hvor ergoterapeuter jobber i dag, og det vil derfor være aktuelt også å se mot denne typen FACT-team.

## REFERANSER

- Aagard, M., & Langdal, I. (2019). Centrale begreber inden for ergoterapi. In Å. Brandt, H. Peoples, & U. Pedersen (Eds.), *Basisbog i ergoterapi : aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (4. udg. ed., pp. 111-127). København: Munksgaard.
- Aakerholt, A. (2013). *ACT-håndbok. Inkludert beskrivesle av FACT* Retrieved from <https://rop.no/globalassets/litteratur/act-handbok.pdf>
- Arntzen, C., Gramstad, A., & Kristensen, H. K. (2017). Aktivitet i et hverdagsperspektiv. In H. Kaae Kristensen, A. S. B. Schou, & J. L. Mærsk (Eds.), *Nordisk aktivitetsvidenskab* (pp. 171-213). København: Munksgaard.
- Asaba, E., & Jackson, J. (2011). Social Ideologies Embedded in Everyday Life: A Narrative Analysis about Disability, Identities, and Occupation. *Journal of Occupational Science*, 18(2), 139-152. doi:<https://doi.org/10.1080/14427591.2011.579234>
- Ashby, S. E., Ryan, S., Gray, M., & James, C. (2013). Factors that influence the professional resilience of occupational therapists in mental health practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(2), 110-119. doi:<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12012>
- Bakke, L. H., & Strand, G. (2018). *Etableringshåndbok for ACT-team og FACT-team. Erfaringer, råd og anbefalinger knyttet til oppstart og drift av Assertive Community Treatment-team (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment-team (FACT)*. Retrieved from [https://rop.no/globalassets/temasider/actfact/etablererguide\\_act\\_fact.pdf](https://rop.no/globalassets/temasider/actfact/etablererguide_act_fact.pdf)
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju : samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11(1), 32-39. doi:<https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.005>
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet ; brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(5), 452-459. Retrieved from <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/05/bedringsprosesser-slik-de-leves-i-hverdagslivet-brukererfaringer-ved-alvorlige>
- Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 2008, 17(2), 129-140. doi:<http://doi.org/10.1080/09638230701498382>
- Borg, M., & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner : om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3 ed.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Bray, K., Fisher, A. G., & Duran, L. (2001). The validity of adding new tasks to the assessment of motor and process skills. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(4), 409-415. doi:<https://doi.org/doi:10.5014/ajot.55.4.409>
- Bähler, M., Delespaul, P., Kroon, H., van Vugt, M., & Westen, K. (2018). *Workbook FACT Fidelity Skala* Retrieved from <https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/F-ACT-modeltrofasthedsskala-fra-2017-p%C3%A5-dansk-oversat-i-2018.pdf>
- Clark, E. G., Jespersen, L. F., Ellingham, B., & Brovold, T. (2014). "Fra skolepulten til kjøkkenbenken"; klinisk anvendbarhet av et pedagogisk utviklet aktivitetsanalyse-system. *Ergoterapeuten*, 57(1), 26-34.

- Creek, J. (2014). The knowledgebase of occupational therapy. In J. Creek, K. Bannigan, J. Fieldhouse, & W. Bryant (Eds.), *Creek's Occupational Therapy and Mental Health* (5 ed., pp. 27-48). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4; International student ed. ed.). Los Angeles, California: SAGE.
- D'Amico, M. L., Jaffe, L. E., & Gardner, J. A. (2018). Evidence for Interventions to Improve and Maintain Occupational Performance and Participation for People With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 7205190020p7205190021-7720519002p7205190011. doi:<https://doi.org/10.5014/ajot.2018.033332>
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., Evans, A. C., Kenkel, M. B., . . . Levant, R. F. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487. doi:<https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>
- Doroud, N., Fossey, E., & Fortune, T. (2015). Recovery as an occupational journey: A scoping review exploring the links between occupational engagement and recovery for people with enduring mental health issues. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(6), 378-392. doi:<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12238>
- Eklund, M., Hermansson, A., & Håkansson, C. (2012). Meaning in Life for People with Schizophrenia: Does it Include Occupation? *Journal of Occupational Science*, 19(2), 93-105. doi:<https://doi.org/10.1080/14427591.2011.605833>
- Ergoterapeutene. (2016). *Psykisk helse og rus. Dette mener Norsk Ergoterapeutforbund om psykisk helse og rus*. Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund.
- Ergoterapeutene. (2017). *Alle skal kunne delta. Ergoterapeuters kjernekompetanse* (2 ed.). Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fieldhouse, J. (2000). Occupational Science and Community Mental Health: Using Occupational Risk Factors as a Framework for Exploring Chronicity. *The British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 211-217. doi:<https://doi.org/10.1177/030802260006300505>
- Flyvbjerg, B. (2013). Five Misunderstandings About Case-Study Research. doi:<https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Retrieved from [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)
- Gramstad, A., & Nilsen, R. (2016). "Vi blir ikke brukt godt nok" ; kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper. *Ergoterapeuten*, 59(4), 30-39.
- Hammell, K. (2004). Dimensions of Meaning in the Occupations of Daily Life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 296-305. doi:<https://doi.org/10.1177/000841740407100509>
- Hammell, K. (2015). Client-centred occupational therapy: the importance of critical perspectives. *Scand J Occup Ther*, 22(4), 237-243. doi:<https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1004103>
- Hammell, K. (2016). Empowerment and occupation: A new perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(5), 281-287. doi:<https://doi.org/10.1177/0008417416652910>
- Heggen, K. (2008). Profesjon og identitet. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 321-332). Oslo: Universitetsforlaget.

- Helse-og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted - til rett tid.* (Meld. St.nr. 47). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser.* (9788280812469). Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.* Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>.
- Helsedirektoratet. (2014, 2. mai 2019). Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helse-og-omsorgstjenesteloven/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak>
- Hemmingsson, H., & Jonsson, H. (2005). An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health--some critical remarks.(The Issue Is). *American Journal of Occupational Therapy*, 59(5), 569-576. doi:<https://doi.org/10.5014/ajot.59.5.569>
- Horghagen, S., Bonsaksen, T., Dolva, A. S., Hagby, S., Solbakken, A. I., Sveen, U., & Thynnes, E. M. (2015). På vei inn i en kunnskapsbasert praksis. Ergoterapeuters begrunnelse for bruk eller ikke bruk av vurderingsredskaper. *Ergoterapeuten*, 58(6), 48-59.
- Jamtvedt, G., & Nortvedt, M. W. (2008). Kunnskapsbasert ergoterapi – et bidrag til en bedre praksis. *Ergoterapeuten*, 51(1), 10-18.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5 ed.). Oslo: Abstrakt.
- Jonsson, H., & Asaba, E. (2017). Aktivitet som begreb i aktivitetsvidenskapen. In H. Kaae Kristensen, A. S. B. Schou, & J. L. Mærsk (Eds.), *Nordisk aktivitetsvidenskap* (pp. 49-59). København: Munksgaard.
- Kelly, M., Lamont, S., & Brunero, S. (2010). An occupational perspective of the recovery journey in mental health. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 129-135. doi:<https://doi.org/10.4276/030802210X12682330090532>
- Kortrijk, H. E., Mulder, N. L., Kamperman, A. M., & Weeghel, J. (2019). Employment Rates in Flexible Assertive Community Treatment Teams in The Netherlands: An Observational Study.(Report)(Author abstract). *Community Mental Health Journal*, 55(2), 350-359. doi:<https://doi.org/10.1007/s10597-018-0233-0>
- Kristensen, H. K. (2017). Præsentation av aktivitetsvidenskap i et nordisk perspektiv. In H. K. Kristensen, A. S. B. Schou, & J. L. Mærsk (Eds.), *Nordisk Aktivitetsvidenskap* (Vol. 1, pp. 17-27). København: Munksgaard.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Trans. 3 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landheim, A., Hoxmark, E., Aakerholt, A., & Aasbrenn, K. (2017). *Potensial for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksible ACT (FACT) i Norge.* In Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rus og psykisk lidelse (N-ROP), H. Innlandet, & N. K. f. p. h. (NAPHA) (Series Eds.), Retrieved from [https://rop.no/globalassets/aktuelt-og-artikler/potensialet\\_for\\_act\\_fact\\_i\\_norge.pdf](https://rop.no/globalassets/aktuelt-og-artikler/potensialet_for_act_fact_i_norge.pdf)
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative

- synthesis. *Br. J. Psychiatry*, 199(6), 445-452.  
doi:<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lee, S., & West, R. (2014). Cognitive approaches to interventions. In J. Creek, K. Bannigan, J. Fieldhouse, & W. Bryant (Eds.), *Creek's Occupational therapy and mental health* (5 ed., pp. 224-240). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2014). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Lexen, A., Hofgren, C., & Bejerholm, U. (2013). Support and process in individual placement and support: a multiple case study. *Work*, 44(4), 435-448.  
doi:<https://doi.org/10.3233/wor-2012-1360>
- Lexen, A., & Svensson, B. (2016). Mental health professional experiences of the flexible assertive community treatment model: a grounded theory study. *J Ment Health*, 25(4), 379-384. doi:<https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207236>
- Lin, N., Kirsh, B., Polatajko, H., & Seto, M. (2009). The nature and meaning of occupational engagement for forensic clients living in the community. *Journal of Occupational Science*, 16(2), 110-119. doi:<https://doi.org/10.1080/14427591.2009.9686650>
- Lindahl-Jacobsen, L., & Jessen-Winge, C. (2017). Menigsfulle aktiviteters betydning for sundhed og velvære. In H. K. Kristensen, A. S. B. Schou, & J. L. Mærsk (Eds.), *Nordisk Aktivitetsvidenskab* (pp. 61-76). København: Munksgaard.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795-805. doi:<https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Meese, E. S., & Ekeland, T.-J. (2017). Her er det rom for medmenneskelighet. Ansattes erfaringer med recovery innen ACT-modellen i Norge og Danmark. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(4), 315-326. doi:<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-04-04>
- Morville, A.-L., & Larsen, A. E. (2017). Occupational justice - at fremme retten til aktiviteter. In H. K. Kristensen, A. S. B. Schou, & J. L. Mærsk (Eds.), *Nordisk Aktivitetsvidenskab* (pp. 193-213). København: Munksgaard.
- Mærsk, J. L. (2017). Samspillet mellom aktivitet og identitet. In H. Kaae Kristensen, A. S. B. Schou, & J. L. Mærsk (Eds.), *Nordisk aktivitetsvidenskab* (pp. 95-110). København: Munksgaard.
- Mærsk, J. L., Kaae Kristensen, H., & Schou, A. S. B. (2017). Perspektivering. In H. Kaae Kristensen, A. S. B. Schou, & J. L. Mærsk (Eds.), *Nordisk aktivitetsvidenskab* (pp. 247-250). København: Munksgaard.
- Måseide, P. (2008). Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv *Profesjonsstudier* (pp. 367-385). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonal kompetansetjeneste for rus og psykisk lidelse (N-ROP). (2014). *Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* In S. I. H. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rus og psykisk lidelse (Series Ed.) Retrieved from [https://rop.no/globalassets/dokumenter/sluttrapport-evaluering-act-team\\_.pdf](https://rop.no/globalassets/dokumenter/sluttrapport-evaluering-act-team_.pdf)
- Nordén, T., & Norlander, T. (2014). Absence of Positive Results for Flexible Assertive Community Treatment. What is the next Approach? *Clinical Practice And Epidemiology In Mental Health : Cp & Emh*, 10(1), 87-91.  
doi:<https://doi.org/10.2174/1745017901410010087>

- Noyes, S., Sokolow, H., & Arbesman, M. (2018). Evidence for Occupational Therapy Intervention With Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *Am J Occup Ther*, 72(5), 7205190010p7205190011-7205190010p7205190010. doi:<https://doi.org/10.5014/ajot.2018.033068>
- Nugter, M., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R., & van Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 898-907. doi:<https://doi.org/10.1007/s10597-015-9831-2>
- O'Brien, J. C., & Kielhofner, G. p. (2017). The Interaction between the Person and the Environment. In R. Taylor (Ed.), *Kielhofner's Model of Human Occupation : Theory and application* (5 ed., pp. 24-37). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Oslo Kommune. (2017). FACT Bydel Sagene 2017-2019. Retrieved from <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/fag-og-kompetanse-helse-og-omsorg/samarbeidsutvalget/samhandlingsprosjekter-i-helsesektoren/fact-bydel-sagene-2017-2019/>
- Oslo Kommune. (2018). Fleksible og aktivt oppsøkende helsetjenester for eldre med alvorlig psykisk lidelse. Retrieved from <https://oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/fag-og-kompetanse-helse-og-omsorg/samarbeidsutvalget/samhandlingsprosjekter-i-helsesektoren/fleksible-og-aktivt-oppsokende-helsetjenester-for-eldre-med-alvorlig-psykisk-lidelse/>
- Peoples, H., Brandt, Å., & Pedersen, U. (2019). Introduktion til ergoterapi. In Å. Brandt, H. Peoples, & U. Pedersen (Eds.), *Basisbog i ergoterapi : aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (4 ed., pp. 25-31). København: Munksgaard.
- Psykisk helsevernloven. (2001, §3.3). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. (LOV-2018-06-22-76). Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_3).
- Psykisk helsevernloven. (2001, §5.5). *Lov om etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern*. Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_3#KAPITTEL_5).
- Rigby, L., & Wilson, I. (2017). Occupational therapy interventions for someone experiencing severe and enduring mental illness. In C. Long, J. Cronin-Davis, & D. Cotterill (Eds.), *Occupational therapy evidence in practice for mental health* (2 ed., pp. 109-137). Chichester, England: Wiley Blackwell.
- Robinson, M., Fisher, T., & Broussard, K. (2016). Role of Occupational Therapy in Case Management and Care Coordination for Clients With Complex Conditions. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70(2), 1-6. doi:<https://doi.org/10.5014/ajot.2016.702001>
- Stigen, L. (2018). *A multifaceted practice? An investigation of methods used by occupational therapists in municipal services when assessing persons with cognitive impairments*. (PhD), OsloMet – Oslo Metropolitan University.
- Stigen, L., Björk, E., & Lund, A. (2018). The conflicted practice: Municipal occupational therapists' experiences with assessment of Clients with cognitive impairments. *ODA Open Digital Archive (Oslo Metropolitan University)*.
- Strand, G. (2013, 21. oktober 2013). Norges første FACT-team er etablert. Retrieved from <https://www.napha.no/content/14741/Norges-forste-FACT-team-er-etablert>
- Svensson, B., Hansson, L., & Lexen, A. (2018). Outcomes of clients in need of intensive team care in Flexible Assertive Community Treatment in Sweden. *Nord J Psychiatry*, 72(3), 226-231. doi:<https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1430168>

- Svensson, B., Hansson, L., Markström, U., & Lexén, A. (2017). What matters when implementing Flexible Assertive Community Treatment in a Swedish healthcare context: A two-year implementation study. *International Journal of Mental Health, 46*(4), 284-298. doi:<https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1345041>
- Swarbrick, M., & Noyes, S. (2018). Effectiveness of Occupational Therapy Services in Mental Health Practice.(Guest Editorial). *American Journal of Occupational Therapy, 72*(5), 7205170010p7205170011-7205170010p7205170014. doi:<https://doi.org/10.5014/ajot.2018.725001>
- Tawanda, M., & Chris, L. (2017). Mental health occupational therapy and supported employment. *Irish Journal of Occupational Therapy, 45*(1), 52-57. doi:<https://doi.org/10.1108/IJOT-02-2017-0004>
- Taylor, R., & Kielhofner, G. p. (2017). Introduction to the Model of Human Occupation. In R. Taylor (Ed.), *Kielhofner's Model of Human Occupation. Theory and application* (5 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Townsend, E., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling occupation II : advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation* (2 ed.). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Townsend, E., & Wilcock, A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: a dialogue in progress. *Can J Occup Ther, 71*(2), 75-87. doi:<https://doi.org/10.1177/000841740407100203>
- Turner, A., & Knight, J. (2015). A debate on the professional identity of occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy, 78*(11), 664-673. doi:<https://doi.org/10.1177/0308022615601439>
- Ueland, T., Øie, M., Inge Landrø, N., & Rund, B. R. (2004). Cognitive functioning in adolescents with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Research, 126*(3), 229-239. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.02.014>
- van Niekerk, L. (2009). Participation in work: a source of wellness for people with psychiatric disability. *Work, 32*(4), 455. doi:<https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0856>
- van Niekerk, L. (2014). The Relevance of Occupational Science to Occupational Therapy in the Field of Mental Health. In R. Crouch & V. Alers (Eds.), *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health* (pp. 33-41). Oxford: Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- van Veldhuizen, R. (2013). *FACT. Flexible Assertive Community Treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen*. Retrieved from <https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf>
- van Veldhuizen, R., & Bähler, M. (2014). *FACT. Flexible Assertive Community Treatment. Vision, tillämpning och organisation* Retrieved from <https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2016/02/Swedish-Version-FACT-Manual-slutversion.pdf>
- van Veldhuizen, R., Delespaul, Kroon, & Mulder. (2015). Flexible ACT & resource-group ACT: Different working procedures which can supplement and strengthen each other. A response. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 11*(1), 12-15.
- Whiteford, G. (2014). Occupational Deprivation: Understanding Limited Participation. In C. H. Christiansen & E. A. Townsend (Eds.), *Introduction to occupation : the art and science of living* (2nd ed., new international ed. ed., pp. 281 - 306). Harlow: Pearson.
- Wilcock, A. A. (1999). Reflections on doing, being and becoming\*. *Australian Occupational Therapy Journal, 46*(1), 1-11. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1440-1630.1999.00174.x>
- Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective of health* (2 ed.). Thorofare, NJ: SLACK.



- World Federation of Occupational Therapist (WFOT). (2019, 25. september 2019). Position and statement. Occupational Therapy and Mental Health. Retrieved from <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-and-mental-health>
- Yerxa, E. J. (1990). An introduction to occupational science, a foundation for occupational therapy in the 21st century. *Occup Ther Health Care*, 6(4), 1-17.  
doi:[http://doi.org/10.1080/J003v06n04\\_04](http://doi.org/10.1080/J003v06n04_04)

## ARTIKKEL

Denne artikkelen er skrevet i tråd med retningslinjene for vitenskapelig artikkel i «Tidsskrift for psykisk helsearbeid» (vedlegg 1).

### ERGOTERAPEUT I FACT-TEAM

– en styrking av fokuset på hverdagsmestring, recovery og tverrfaglige tilnærming

- Forfatternavn og yrkestittel: Katrine Neverdal, Ergoterapeut
- Fødselsår: 1976
- Nåværende utdanning og arbeidssted: Masterstudent, OsloMet- storbyuniversitetet, Fakultet for helsevitenskap, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag
- E-postadresse: s983146@oslomet.no
- Hvilken sjanger: Vitenskapelig artikkel
- Antall ord  
(eksklusiv forside og sammendrag): 4993

Studien er forhåndsgodkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) 30.11.18.

Referansekode 241089

## SAMMENDRAG

«Flexible Assertive Community Treatment» (FACT) er utviklet som modell for å følge opp personer med alvorlig psykisk lidelse. Ergoterapeuter er ikke inkludert i modellen. Hensikten med studien har vært å undersøke hvordan ergoterapeuter ansatt i FACT-team bruker sin ergoterapikompetanse. Individuelle, semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med fire norske og to danske ergoterapeuter. Denne artikkelen baserer seg resultatene knyttet til ergoterapeutens fokusområde. Resultatene viser at informantene bruker sin spisskompetanse på hverdagsmestring og omgivelsenes betydning. Studien viser sammenheng mellom ergoterapeuters kompetanse og prinsippene i FACT, og at ergoterapeuter kan bidra til styrking av det faglige fokuset i FAC-teamene.

Nøkkelord: Ergoterapi, FACT, alvorlig psykisk lidelse, hverdagsmestring, tverrfaglig team, kompetanse

## ABSTRACT

«Flexible Assertive Community Treatment» (FACT) has been established as a treatment model for patients with severe mental illness. The model does not include Occupational therapists (OT). The aim of this study was to explore how OTs working in FACT-teams uses their competence. Individual, semi-structured interviews were conducted with four Norwegians and two Danish OTs. This article is based on the results related to the OT's focus areas. The participants use their competence on everyday coping and the importance of the environment. This study confirms the relationship between the OT-competence and the principles of FACT, and how OTs contribution strengthens the professional focus in FACT-teams.

Keywords: Occupational therapy, FACT, severe mental illness, everyday coping, multidisciplinary team, competence

## BAKGRUNN

Psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i den norske befolkningen og bidrar til betydelige helsetap (Folkehelseinstituttet, 2018). Evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse konkluderte med at en del personer ikke klarte å nyttiggjøre seg eksisterende behandlings- og oppfølgingstilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Dette gjaldt spesielt personer med alvorlig psykisk lidelse, ofte i kombinasjon med rusmiddelmisbruk. Manglende helhet og kontinuitet i tjenestene, og manglede samhandling ble påpekt som viktige årsaker (Nasjonal kompetansetjeneste for rus og psykisk lidelse (N-ROP), 2014). Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er blitt utviklet som modeller for å samordne tjenestene til personer med alvorlig psykisk lidelse for bedre å ivareta deres sammensatte behov, på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten (Landheim, Hoxmark, Aakerholt, & Aasbrenn, 2017).

ACT-modellen har sin opprinnelse fra USA på 1970-tallet i forbindelse med avvikling av de store psykiatriske sykehusene. For å hindre at pasientene enten ble svingdørspasienter eller forble bostedsløse ble ACT utviklet som modell for å behandle og følge opp personer med alvorlig psykisk lidelse i deres nærmiljø (Landheim et al., 2017). ACT-teamene skal følge opp de 20 prosent av personene med alvorlig psykisk lidelse som har størst behov for hjelp. I Nederland har man videreutviklet modellen til å inkludere personer med alvorlig psykisk lidelse uten behov for den samme tette oppfølgingen. I denne modellen, FACT, kombineres den tette, teambaserte tilnærmingen fra ACT for de som trenger det, med case management hvor en fast behandler har hovedansvar for oppfølging og koordinering av de ulike tjenestene (Nugter, Engelsbel, Bähler, Keet, & van Veldhuizen, 2016).

Målet med FACT er blant annet inkludering og deltakelse i samfunnet (van Veldhuizen, 2013). FACT-teamene skal gi pasientene verktøy for kunne mestre arbeidslivet, holde på en bolig og å skape en meningsfull hverdag. Teamene skal gi daglig støtte og veiledning, assistanse til dagliglivets gjøremål, rehabilitere og ha øye for bedringsprosesser. Viktige prinsipper i FACT-modellen er «on the spot-training», fokus på ressurser og å støtte

pasientenes ønsker og mål. Recovery løftes også frem som et viktig prinsipp i FACT-modellen (van Veldhuizen, 2013).

En oppsummering av fire tidligere studier på FACT i Nederland og ett i Storbritannia konkluderer med at det er vanskelig å finne signifikant bedring hos pasienter i FACT når det gjelder symptomreduksjon eller funksjonsnivå (Nordén & Norlander, 2014). Forfatterne viser samtidig til metodiske svakheter i alle studiene, som liten styrke i utvalgene, uklare kriterier for mål på symptomer, ulikheter i utvalg som sammenliknes og uklarheter rundt hva som er faktiske resultater og hva som er antakelser fremover. Implementeringsstudier fra Nederland og Sverige viser at etter to år med FACT-oppfølging ble det rapportert bedring i psykososial fungering, livskvalitet og etterlevelse av behandling, samt nedgang i udekkede behov, sykehusinnleggelses og lengde på innleggelses (Nugter et al., 2016; Svensson, Hansson, & Lexen, 2018). Evalueringen av ACT-teamene i Norge viste nedgang i antall innleggelses, reduksjon i bruk av tvungent psykisk helsevern (TPH) samt fornøyde pasienter, pårørende og samarbeidspartnere (N-ROP, 2014). De syv første FACT-teamene blir evaluert på samme måte som ACT-teamene, og resultatene vil foreligge i 2019 (Landheim et al., 2017).

Et FACT-team skal bestå av teamleder, psykiater, psykolog, sykepleier, sosionom, ruskonsulent, erfaringskonsulent og jobbspesialist (van Veldhuizen, 2013). I forordet til den svenske oversettelsen av FACT-håndboken pekes det på at ergoterapeut som er vanlig del av polikliniske team i Sverige, ikke blir nevnt i FACT-modellen (van Veldhuizen & Bähler, 2014). I den danske FACT-arbeidsboken er ergoterapeut inkludert i gruppen profesjoner som kan jobbe som case manager (Bähler, Delespaul, Kroon, van Vugt, & Westen, 2018). I Norge er ergoterapeut ikke nevnt, hverken i oversettelse av håndboken, eller i det som er publisert om FACT (Bakke & Strand, 2018; Landheim et al., 2017). Selv om ergoterapeut nevnes som mulig profesjon i FACT i Sverige og Danmark så sies det ikke noe om hvordan ergoterapikompetansen kan brukes.

Ergoterapeuter er opptatt av samspillet mellom person, aktivitet og omgivelsene, og de har kompetanse på å kartlegge personens funksjon, ressurser og hva personen opplever som ønskede og meningsfulle aktiviteter (Ergoterapeutene, 2017). Ergoterapeuter har også

kunnskap om hvordan psykisk helse påvirkes av hvordan personen opplever mestring av hverdagsaktiviteter og deltakelse i samfunnet (Ergoterapeutene, 2016).

Hensikten med denne studien var å se nærmere på rollen til ergoterapeuter i FACT-team, og forskningsspørsmålet var «Hvordan jobber ergoterapeuter i et FACT-team, og på hvilken måte erfarer de å få brukt sin kompetanse?»

## METODE

### Forskningsdesign

Studien hadde et kvalitativt design med en fenomenologisk tilnærming hvor målet er å undersøke en persons opplevelse av et fenomen (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2016). Fenomenologisk metode brukes for å studere verden slik folk oppfatter den. Metoden har som mål å gi en beskrivelse av aktørenes egne perspektiver, opplevelser og forståelseshorisont, i dette tilfellet ergoterapeuters opplevelse av egen jobb (Johannessen et al., 2016).

### Utvalg

Inklusjonskriterier var at alle informantene i studien skulle være utdannet ergoterapeut. De skulle være ansatt, eller nylig ha vært ansatt i et FACT team, og de skulle jobbe klinisk med direkte pasientkontakt. Eksklusjonskriterier var ansatte i spesialstillinger som jobbspesialist og erfaringskonsulent. Utvalget bestod av fire ergoterapeuter i Norge og to i Danmark. De norske informantene ble rekruttert via forespørsel til teamlederne i etablerte FACT-team på den tiden studien fant sted. De danske informantene ble rekruttert via google-søk som satte meg i kontakt med flere danske FACT-team. Fem av informantene er ansatt som ergoterapeuter, den siste i en tverrfaglig stilling. Alle kombinerer rollene som case manager og ergoterapeut.

## Datainnsamling

Individuelle, semistrukturerte intervjuer ble valgt som metode for datainnsamling (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuene fant sted februar til april 2019. Fire intervjuer foregikk på informantens arbeidsplass, de to siste ble gjennomført på Skype og FaceTime. En intervjuguide var utarbeidet i forkant, og temaer informantene ble spurt om var deres tanker om ergoterapikompetansen i FACT team, bruken av evidensbaserte metoder, vekting av rollene som case manager og ergoterapeut, samt hvordan de tror andre oppfatter deres kompetanse. Intervjuene varte mellom 45 og 60 minutter og det ble gjort lydopptak som ble transkribert fortløpende etter hvert intervju.

## Analyse

Systematisk tekstkondensering ble anvendt i analysen (Malterud, 2012). Lydopptak og transkripsjoner ble gjennomgått flere ganger for å skaffe helhetsinntrykk og for å danne foreløpige temaer. Deretter ble de meningsbærende enhetene identifisert i gruppert, først i mange små grupper, deretter slått sammen til færre, større grupper. Kodegruppene ble sydd sammen til en sammenfatning av informantens meninger i de ulike gruppene. Disse ble til slutt omformulert til ny tekst som resulterte i to kategorier; «ergoterapeutens rolle» og «ergoterapeutens fokusområder». Denne artikkelen baserer seg på funnene fra kategorien «ergoterapeutens fokusområder».

## Forskningsetikk

Studien ble forhåndsgodkjent av NSD og har fulgt interne retningslinjer for behandling og lagring av personopplysninger ved Oslo Met – storbyuniversitetet. Alle informanter ble informert om studien i forkant og samtykket skriftlig til å delta. De fikk informasjon om at de når som helst kunne trekke sitt samtykke uten konsekvenser for dem selv. Lydopptak av intervjuene ble lagret i låsbart skap og slettet etter bruk, og transkripsjonene ble anonymiserte. Siden utvalget representerer en liten gruppe er utsagn som kan knytte informantene til hvor de jobber tatt vekk, og resultatene er presentert på en slik måte at meningene ikke kan ikke spores tilbake til den enkelte.

## Forforståelse

Intervjuer og analyse ble gjennomført av artikkelforfatter som selv jobber som ergoterapeut i et FACT-team. Tilknytning til en gruppe kan påvirke forskeren til å ignorere resultater og legge vekt på andre, noe som går på bekostning av en nøytral undersøkelse (Kvale & Brinkmann, 2015). Artikkelforfatter hadde en forforståelse om hvordan informantene jobber, og brukte kjennskapen til gruppen i forberedelse og utarbeidelse av intervjuguide. Samtidig kan forforståelsen ha gjort at artikkelforfatter til tider stilte spørsmål som ledet dit den ville (Fangen, 2010). Dette er tatt høyde for i analysen.

## RESULTATER

Ergoterapeutens fokusområde presenteres i tre temaer; «hverdagsmestring», «betydningen av omgivelsene» og «tilnæringsmåter».

### Hverdagsmestring

Informantenes hovedoppgave er å hjelpe pasientene med hverdagslivet. De kartlegger hva pasientene mestrer, og hvilke utfordringer de har. De ser helt fra starten etter ressurser og ikke bare hva pasientene ikke kan. Ifølge en av informantene blir det i FACT-teamet ofte fokus på symptomer, men det er ikke alltid det som er det viktigste for pasientene. Ergoterapeuters kartlegging av hverdagslivet kan ifølge en annen avdekke hva pasientene selv opplever som utfordringer ved å stille spørsmål som dette:

«Hvordan synes du livet ditt er? (...) Mestrer du ditt liv som du ønsker, eller er det noe du kunne tenke deg å endre? (...) Er det noe du kunne tenkt deg å gjøre bedre og hva kunne det være?»

En informant nevner tomrommet pasienter kan oppleve etter en psykotisk episode eller etter å ha sluttet å ruse seg. Støtte til ny, meningsfull aktivitet er noe denne informanten mener er en viktig oppgave for ergoterapeuter. Meningsfull aktivitet kan ifølge informanten også bidra til å redusere voldsrisiko. Å bidra til meningsfull aktivitet kan ifølge informanter være å ta med



pasienter på fotballpub eller snakke om hva som går på TV, aktiviteter som kan få fokuset over fra sykdom og medisiner, til hva pasientene er interessert i. En informant bruker mye fysisk aktivitet i sin tilnærming, og en annen har gått på kunstutstilling med en pasient, samt bistått pasienten med å skaffe seg en brevvenn.

For å kunne tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter er kartlegging av pasientenes mål viktig for informantene. Målarbeid er noe ergoterapeuter ifølge en informant har «i ryggraden», og vedkommende opplever forskjeller innad i eget team:

«Særlig det med å sette kortsiktige og langsiktige mål. De andre kjører mere på det kortsiktige; når skal vi få gitt medisiner, osv. Men hvorfor? Er det fordi de skal få jobb, eller få en bedre tilstand, eller hva er medisinene til? (...) Hva er deres drømmer? Har de langsiktige mål?»

Flere informanter følger opp pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern (TPH) (Psykisk helsevernloven, 2001, §3.3). Kartlegging av interesser og mål for å kunne hjelpe med meningsfull aktivitet kan ifølge flere gjøre at pasienter som ikke ønsker behandling likevel kan oppleve noe av hjelpen som positiv. Informantene har noe forskjellig opplevelse av hvorvidt de kan ha et aktivitetsfokus som blir et alternativ til tvang:

«Min rolle er veldig mye utadrettet, lage god relasjon og finne ut hva pasientene ønsker (...). Når de andre i teamet kommer til meg så er det ofte fordi de lurar på om jeg kan prøve å bygge opp en relasjon til en pasient, og finne ut av noe som de ikke kommer i posisjon til selv.»

En annen informant må i større grad bistå i utøvelse av TPH. I tidligere ACT-team hvor det var bedre tid, kunne vedkommende tilby å gå tur, trene eller gjøre andre aktiviteter som opplevdes meningsfulle for pasientene.

Informantene har fokus på aktivitetsutførelse. Noen blir bedt om å kartlegge aktivitetsutførelse for å finne ut hva pasientene faktisk mestrer, hva de kan trene på, og hvor det er behov for å sette inn tiltak fra FACT eller andre. Kartleggingen kan også brukes i vurderinger om hvorvidt pasientene kan bo for seg selv. Det innebærer kartlegging av daglige aktiviteter hjemme, gradere aktiviteter, og planlegge tiltak ut fra hva som er viktig for den enkelte.

«Får du nok søvn? Får du mat daglig? Får du vasket deg? (...) «Hvis en spiser fastfood en gang om dagen går jeg ikke i gang med kjøkkenundersøkelse. Jeg ser på andre ting. Kan det være bare å få spist frokost, havregryn for eksempel? Øke fra ett til to måltider. Forsøke å lage litt stabilitet.»

En informant beskriver hvordan vedkommende graderer aktivitet og tilrettelegger for aktivitetsutførelse:

«Det å prøve å hjelpe med hendene på ryggen (...) Der du hjelper litt, og så følger de litt med, og så switcher du om rollen sånn at de gjør mere, du gjør mindre (...) Hvis vi er i butikken så går jeg fort i forveien slik at de er nødt til å ta posen.»

Informanten opplever at dette skiller seg fra kollegaene i teamet som ofte overtar flere deler av aktivitetene. En annen forklarer på denne måten hvordan ergoterapeuter skiller seg ut:

«Det at vi er vant til å gå mere i detaljer, og plukke aktivitetene i stykker. Det ser jeg når vi skal ha eksponering med pasientene, jeg har et litt lengre forløp før jeg går i gang med selve aktiviteten. Og de andre de kaster seg ut i busstrening.»

Hverdagsmestring kan også handle om arbeid. Alle informantene samarbeider med jobbspesialister, eksternt eller i eget team. Informantenes kjennskap til hva pasientene mestrer og hvordan aktivitet bør tilrettelegges gjør at de kan komme med anbefaling om type jobb. Det kan ifølge en informant gjøre at jobbspesialisten kommer raskere i gang med jobbsøkingen. Eksempel på resultat av samarbeid mellom informanter og jobbspesialist er en pasient som byttet fra butikk til kiosk der det var lavere krav til tempo. En annen pasient har byttet fra kontorjobb til praktisk jobb etter at informantens utredning avdekket nedsatt konsentrasjon. Bedre tilpasset jobb medførte også reduksjon i denne pasientens symptomtrykk. En informant vedlegger vurderinger av pasientenes fysiske forutsetninger i henvisningen til jobbspesialist. Og en forteller om bruk av dagsplaner for å få struktur på dagen, noe som har medført at en pasient har fått jobb som sykkelbud.

### Betydningen av omgivelsene

Alle informantene mener hjemmebesøk er viktig. Flere opplever også at de er mer opptatt av dette enn kollegaene i FACT-teamene. Informantene mener det er hjemme hos pasientene de får den beste informasjonen både om utfordringer og ressurser, og det er der de kan observere aktiviteter utført i pasientenes naturlige omgivelser.

«Hvordan ser leiligheten ut? Ser det ut som vedkommende lager mat der? Og hvis ikke må man følge opp den tråden; hvor får vedkommende mat?»

De fleste har fokus på aktivitetsutførelse relatert til pasientenes psykiske lidelse. En informant jobber i et team hvor flere pasienter har fysiske funksjonsnedsettelse. Vedkommende har større fokus på de fysiske omgivelsene og kan skaffe tekniske hjelpemidler som bidrar til økt aktivitet i hjemmet.

Fokus på omgivelsene handler også om hvordan disse inkluderes i behandlingen. En informant forteller om besøk hos en dame som hadde vært isolert i mange år. Et piano ble utgangspunkt for samtale hvor det kom frem at vedkommende er musikalsk og har sunget i kor. Ifølge informanten er dette informasjon FACT-teamet neppe hadde fått om de ikke hadde gått hjem til pasienten. Observasjonen hjemme hos pasienten ga grunnlag for noe informant og pasient kunne bygge videre på. Et annet eksempel er en informant som bruker lukter og blomster i hjemmet som hjelpemiddel i behandling av depresjon og psykose. Og om hvordan pasientens egne omgivelser har blitt brukt i forhold til en pasient som ikke ønsker behandling:

«Jeg har vært litt kreativ og gjort hagearbeid med henne. Og holder kontakten ved at jeg er «the good cop», kommer inn og har denne relasjon, bruker aktivitet og ordner hagen klar til sommeren.»

#### Tilnæringsmåter

Flere av informantene kombinerer psykoedukasjon med å støtte opp om den medikamentelle behandlingen. En informant snakker med pasientene om hvordan både virkninger og bivirkninger av medisiner påvirker hverdagslivet. En annen fokuserer på hvordan medisiner sikrer stabil fungering som igjen kan bidra til at pasientene kan nå egne mål om eksempelvis jobb.

Kognitiv atferdsterapi (CBT) brukes av flere, strukturert eller integrert i den øvrige tilnærmingen. CBT kan knyttes til aktivitetsfokuset, og ergoterapeuters kompetanse på å gradere og dele opp aktiviteter oppgis som nyttig. En informant sier det er naturlig å tenke overføringsverdi til hjemmet. Noen kombinerer CBT og eksponering mot sosial angst, eksempelvis ved trening i bruk av offentlig transport, eller ved deltakelse i grupper.

Informantene følger opp pasienter med ruslidelser i kombinasjon med sin psykiske lidelse. En informant har strukturerte russamtaler ved bruk av Motiverende Intervju. Ved å finne hvor pasientene er i endringsprosessen kan de sammen sette realistiske mål og tiltak. Denne informanten er også opptatt av hvordan meningsfull aktivitet er viktig for å klare å slutte å ruse seg. En annen informant har god erfaring med at fysisk aktivitet kan forebygge tilbakefall til rus.

Ifølge en informant kan ergoterapeuter mye om det å kartlegge sosiale kontakter, samt å finne nye arenaer hvor pasienter kan få noe meningsfullt å gjøre og bli del av et fellesskap.

Vedkommende opplever at dette samsvarer med recoverytankegangen FACT-teamene skal ha. Aktivitetsfokuset i ergoterapi oppleves som nyttig i forhold til recovery:

«Mye om det med empowerment, og å gi ansvaret tilbake til pasienten (...) Det har alltid vært mitt faglige fokus fordi man er jo som ergoterapeut innom det aktivitetsperspektivet. Vi vet at det å være en del av noe, og å ha et ansvar for noe, gjør at man får det bedre.

En informant oppsummerer ergoterapikompetansen i FACT på denne måten:

«Det er så mange gode ergoterapeutiske tanker i den måten man har bygd opp FACT at man skulle nesten tro at de hadde sett litt til noen ergoterapeutiske prinsipper.»

## DISKUSJON

Informantenes fokus på hverdagsmestring, inkludering av omgivelsene og tilnæringsmåter blir her drøftet opp mot FACT-modellen, ergoterapi og aktuell forskning.

### Hverdagsmestring

Informantene mener at støtte til hverdagsmestring, meningsfull aktivitet og å kartlegge hva pasientene ønsker er viktige oppgaver. Dette samsvarer med FACT-modellens prinsipp om å støtte pasientens egne ønsker og mål, bidra til å gjenvinne et liv i et vanlig sosialt miljø, og å kunne delta i meningsfulle aktiviteter (van Veldhuizen, 2013). Ergoterapeuter er opptatt av hverdagsmestring ved å tilrettelegge for at personer skal kunne utføre meningsfulle og

nødvendige aktiviteter i hverdagslivet. Hverdagsmestring bidrar til deltakelse og inkludering, som er hovedmålet for ergoterapi (Ergoterapeutene, 2017). Informantene belyser sin kompetanse på kartlegging av ressurser og mål, og fokus på meningsfulle aktiviteter. Ved å inkludere ergoterapeuter i FACT-team vil fokuset på sentrale FACT-prinsipper bli styrket.

Informantene har ulike erfaringer med tvungen psykisk helsevern (TPH). Pasienter underlagt TPH skal ha teambasert ACT-oppfølging (van Veldhuizen, 2013). Dette betyr at alle ansatte, uansett rolle, skal medvirke i oppfølgingen. Som Case Manager har informantene også ansvar for å administrere tvungen overfor egne pasienter underlagt TPH. På den andre side sier FACT-håndboken også at ved god samordning i teamet kan man få til at noen ansatte utøver tvang mens andre forsøker å bygge relasjon (van Veldhuizen, 2013). Informanten som forteller om hagearbeid sammen med en pasient er eksempel på en slik tilnærming, noe som viser at dette er mulig ved god planlegging.

Informantene kartlegger aktivitetsutførelse, hva pasienten mestrer og hvordan hjelp kan tilrettelegges. FACT-håndboken beskriver at tjenester ikke bare må fokusere på medisinske og psykologiske aspekter, men inkludere blant annet trening i dagliglivets aktiviteter (van Veldhuizen, 2013). Ergoterapeuter har kompetanse på å analysere trinnene i aktivitet og å tilpasse, gradere og justere aktiviteter for å utvikle ferdigheter og aktivitetsvaner (Ergoterapeutene, 2017). Studier støtter bruk av aktivitets-baserte intervensjoner knyttet til aktiviteter i dagliglivet (ADL), spesielt når disse er individuelt med klientsentrerte mål (D'Amico, Jaffe, & Gardner, 2018). Ifølge Borg & Davidson (2008) er det å klare å utføre daglige aktiviteter selv, og å finne måter å mestre aktivitetene til tross for sykdom, viktig i en recoveryprosess. Ergoterapeuters kompetanse på å vurdere og legge til rette for aktivitetsutførelse er perspektiver som kan styrke FACT-teamenes fokus på å gi støtte i dagliglivets aktiviteter, og til å nå målene i FACT-modellen om å fremme funksjonell integrering og bedring i boevne.

Informantene bruker sin kunnskap om pasientenes aktivitetsutfordringer, mestring og behov for tilrettelegging for pasienter som ønsker en jobb. Støtte til å søke og beholde en jobb er en viktig oppgave i FACT, og Individuell Placement and Support (IPS) anbefales som metode

(van Veldhuizen, 2013). IPS er en evidensbasert metode for å bistå personer med alvorlig psykisk lidelse til å oppnå ordinært arbeid (Lexen, Hofgren, & Bejerholm, 2013).

Ergoterapeuters ekspertise på å identifisere styrker og mål, og å ta tak i pasientenes utfordringer, er godt egnet til å støtte pasienters deltakelse i arbeid og utdanning (Swarbrick & Noyes, 2018). Dette er i tråd med prinsippet i IPS-modellen om å lage en god match mellom personens forutsetninger og arbeidets krav (Lexen et al., 2013). Ergoterapikompetansen er nyttig i forhold til FACT-teamenes fokus på jobbstøtte. Det kan være enten i samarbeid med jobbspesialist, slik informantene i denne studien beskriver, eller ved å ansette ergoterapeut som jobbspesialist.

### Betydningen av omgivelsene

Informantene beskriver nytteverdien av hjemmebesøk for å kunne kartlegge ressurser og utfordringer, og for å tilrettelegge for aktivitetsutførelse. FACT-håndboken vektlegger at oppsøkende behandling gir informasjon om pasientenes sterke sider, interesser og bosituasjon. Ergoterapeuters kjernekompetanse handler om det dynamiske samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser, og å kunne se etter ressurser som fremmer løsninger (Ergoterapeutene, 2017). Nytteverdien av å kartlegge og tilrettelegge for aktivitetsutøvelse hjemme hos pasientene støttes av forskning som viser at for personer med psykoselidelser lar trening i dagliglivets aktiviteter seg i liten grad overføre fra et sted til et annet (Kyle & Dunn, 2008). Ifølge Borg og Davidson (2008) er det innenfor normale omgivelser og aktiviteter at recovery finner sted. FACT-teamene følger opp pasienter som ofte har vanskeligheter med å møte til avtaler, og dette er en viktig grunn til at mye av oppfølgingen skal foregå der personen oppholder seg (van Veldhuizen, 2013). Ergoterapeuters fokus på omgivelsene kan bidra til en faglig styrking av den oppsøkende behandlingen i FACT-teamene.

### Tilnæringsmåter

Informantene bruker psykoedukasjon som tilnærming når de fokuserer på sykdom og medisiners påvirkning på hverdagsmestring. Ergoterapeuter har kompetanse i å gi pasienter opplæring om egen helsetilstand (Robinson, Fisher, & Broussard, 2016). Kompetanse på funksjonsvurdering, kognitiv svikt, kartlegging av interesser, meningsfull aktivitet, hverdagsliv og relasjonsarbeid gjør psykoedukasjon til et relevant område for ergoterapeuter

(Norheim & Mjøsund, 2010). I en studie om hverdagsmestring har deltakelse i psykoedukasjonsgruppe ledet av ergoterapeuter vist seg å bidra til bedret primære ADL-ferdigheter for flere pasienter (Helfrich & Chan, 2013).

Informantene integrerer rusbehandling i sin tilnærming, og de er opptatt av meningsfull aktivitet for pasienter som har sluttet, eller ønsker å slutte med rusmidler. Deltakelse i meningsfulle aktiviteter bidrar til opplevelse av mestring og er sentralt for å skape struktur i hverdagen for personer med ruslidelser (Ness et al., 2013). Meningsfull aktivitet bidrar ifølge Ness og kollegaer til å bryte helseskadelig reaksjonsmønstre og å komme seg bort fra rusmiljøet.

Informantene bruker CBT på ulike måter og de fokuserer på overføringsverdien metodikken kan ha til hjemmet. To studier har sett på bruken av et formalisert, hjemmebasert, kognitivt intervensjonsprogram, kombinert med miljøterapi og case management. Studiene fant betydelige forbedringer i adaptiv funksjon, symptomer og måloppnåelse for deltakerne (Kidd et al., 2014), og bedring i primære ADL-ferdigheter (Velligan et al., 2009). CBT består ofte av aktivitets-basert trening, dette aktivitetsengasjementet understreker fellestrekkene mellom CBT og ergoterapi (Lee & West, 2014). CBT er en terapiform som krever formell opplæring for å kunne bruke. Ifølge Lee & West (2014) kan ergoterapeuter i stedet bruke en kognitiv referanseramme i kombinasjon med andre tilnæringsmåter.

Informantene benytter psykoedukasjon, integrert rusbehandling og CBT, i tillegg til å følge opp medikamentell behandling og samarbeid med IPS. Dette er evidensbaserte metoder som FACT-teamene skal bruke, og som er anbefalt i nasjonale retningslinjer for målgruppen (Helsedirektoratet, 2013; van Veldhuizen, 2013). Samtidig viser informantene at de inkluderer sin ergoterapikompetanse i tilnærmingene.

Informantenes tilnærming til hverdagsmestring viser sammenheng med recovery. Ergoterapeuter har en personsentrert og aktivitetsbasert tilnærming som sammen med målet om å fremme et selvstendig og tilfredsstillende liv, samsvarer med recovery (Swarbrick & Noyes, 2018). Å hjelpe pasienter med å utforske og re-oppdage sine egne aktivitetspreferanser

og behov, støtter opp om recovery (Doroud, Fossey, & Fortune, 2015). Recovery er en integrert del av personens daglige liv (Borg & Davidson, 2008). Levekår, inntekt, jobb og sosial interaksjon er sentrale prosesser i recovery, og å støtte dette gjør det lettere for pasienter å håndtere det som er vanskelig (Borg & Davidson, 2008). Ifølge FACT-håndboken skal alle som jobber som case manager støtte pasientene i deres recoveryprosess, men jobbspesialist og erfaringskonsulent fremheves som særlige recoveryressurser (van Veldhuizen, 2013). Den nære relasjonen mellom ergoterapi og prinsippene for recovery, sammen med det informantene i denne studien formidler, viser at ergoterapeuter er med på å styrke recoveryfokuset i FACT-teamene.

### Styrke og svakheter ved studien

Resultatene er basert på svarene til seks informanter. Resultatene av studien kan ikke generaliseres da svarene er avhengig av informantene som har deltatt. Imidlertid er gruppen informantene er rekruttert fra liten, og utvalget representerer derfor en høy andel, noe som kan ses som en styrke. Hensikten med denne studien ikke å få et endelig svar, men å belyse hvordan ergoterapeuter kan jobbe i et FACT-team.

## KONKLUSJON

Studien viser at ergoterapeuter som jobber i FACT-team bruker sin ergoterapikompetanse i utførelse av oppgaver som er tillagt dem som case manager. Informantene bruker videre sin spisskompetanse på hverdagsmestring, aktivitetsutførelse og sammenhengen mellom aktivitet, person og omgivelsene. Resultatene viser at dette samsvarer med målene og prinsippene i FACT-modellen. Informantene følger evidensbaserte metoder anbefalt i FACT-modellen, og viser at de integrerer sin ergoterapikompetanse i tilnærmingene. Informantene bekrefter også den nære sammenhengen mellom ergoterapi og recovery, som er sentralt prinsipp i FACT-modellen. Studien viser at ergoterapikompetansen kan bidra til styrking av det faglige fokuset et FACT-team skal ha.



## Implikasjoner for praksis

Feltet som studien er gjort i er i stor vekst, og potensialet for antall nye FACT-team er stort (Landheim et al., 2017). Denne studien viser at det ved opprettelser av nye FACT-team, og ved nyansettelser i etablerte team, er god grunn til å inkludere ergoterapeuter som del av det tverrfaglige teamet.

## REFERANSER

- Bakke, L. H., & Strand, G. (2018). *Etableringshåndbok for ACT-team og FACT-team. Erfaringer, råd og anbefalinger knyttet til oppstart og drift av Assertive Community Treatment-team (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment-team (FACT)*. Retrieved from [https://rop.no/globalassets/temasider/actfact/etablererguide\\_act\\_fact.pdf](https://rop.no/globalassets/temasider/actfact/etablererguide_act_fact.pdf)
- Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health, 2008, 17*(2), 129-140. doi:<http://doi.org/10.1080/09638230701498382>
- Bähler, M., Delespaul, P., Kroon, H., van Vugt, M., & Westen, K. (2018). *Workbook FACT Fidelity Skala*. Retrieved from <https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/F-ACT-modeltrofasthedsskala-fra-2017-p%C3%A5-dansk-oversat-i-2018.pdf>
- D'Amico, M. L., Jaffe, L. E., & Gardner, J. A. (2018). Evidence for Interventions to Improve and Maintain Occupational Performance and Participation for People With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy, 72*(5), 7205190020p7205190021-7720519002p7205190011. doi:<https://doi.org/10.5014/ajot.2018.033332>
- Doroud, N., Fossey, E., & Fortune, T. (2015). Recovery as an occupational journey: A scoping review exploring the links between occupational engagement and recovery for people with enduring mental health issues. *Australian Occupational Therapy Journal, 62*(6), 378-392. doi:<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12238>
- Ergoterapeutene. (2016). *Psykisk helse og rus. Dette mener Norsk Ergoterapeutforbund om psykisk helse og rus*. Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund.
- Ergoterapeutene. (2017). *Alle skal kunne delta. Ergoterapeuters kjernekompetanse* (2 ed.). Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Retrieved from [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)
- Helfrich, C. A., & Chan, D. V. (2013). Changes in Self-Identified Priorities, Competencies, and Values of Recently Homeless Adults with Psychiatric Disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 16*(1), 22-49. doi:<https://doi.org/10.1080/15487768.2013.762298>

- Helse-og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted - til rett tid.* (Meld. St.nr. 47). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.* Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5 ed.). Oslo: Abstrakt.
- Kidd, S. A., Herman, Y., Barbic, S., Ganguli, R., George, T. P., Hassan, S., . . . Velligan, D. (2014). Testing a modification of cognitive adaptation training: Streamlining the model for broader implementation. *Schizophr Res*, *156*(1), 46-50. doi:<https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.03.026>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Trans. 3 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kyle, T., & Dunn, J. R. (2008). Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health & Social Care in the Community*, *16*(1), 1-15. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00723.x>
- Landheim, A., Hoxmark, E., Aakerholt, A., & Aasbrenn, K. (2017). *Potensial for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksible ACT (FACT) i Norge.* In Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rus og psykisk lidelse (N-ROP), H. Innlandet, & N. K. f. p. h. (NAPHA) (Series Eds.), Retrieved from [https://rop.no/globalassets/aktuelt-og-artikler/potensialet\\_for\\_act\\_fact\\_i\\_norge.pdf](https://rop.no/globalassets/aktuelt-og-artikler/potensialet_for_act_fact_i_norge.pdf)
- Lee, S., & West, R. (2014). Cognitive approaches to interventions. In J. Creek, K. Bannigan, J. Fieldhouse, & W. Bryant (Eds.), *Creek's Occupational therapy and mental health* (5 ed., pp. 224-240). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Lexen, A., Hofgren, C., & Bejerholm, U. (2013). Support and process in individual placement and support: a multiple case study. *Work*, *44*(4), 435-448. doi:<https://doi.org/10.3233/wor-2012-1360>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, *40*(8), 795-805. doi:<https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Nasjonal kompetansetjeneste for rus og psykisk lidelse (N-ROP). (2014). *Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* In S. I. H. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rus og psykisk lidelse (Series Ed.) Retrieved from [https://rop.no/globalassets/dokumenter/sluttrapport-evaluering-act-team\\_.pdf](https://rop.no/globalassets/dokumenter/sluttrapport-evaluering-act-team_.pdf)
- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbakk, L., Solberg, P., & Torkelsen, I. H. (2013). «Å delta med det du kan»: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, *10*(3), 219-228. Retrieved from [http://www.idunn.no/tph/2013/03/aa\\_delta\\_med\\_det\\_du\\_kan\\_betydningen\\_av\\_meningfulle\\_akti](http://www.idunn.no/tph/2013/03/aa_delta_med_det_du_kan_betydningen_av_meningfulle_akti)
- Nordén, T., & Norlander, T. (2014). Absence of Positive Results for Flexible Assertive Community Treatment. What is the next Approach? *Clinical Practice And Epidemiology In Mental Health : Cp & Emh*, *10*(1), 87-91. doi:<https://doi.org/10.2174/1745017901410010087>
- Norheim, I., & Mjøsund, N. H. (2010). Familien som ressurs i bedringsprosessen. Psykoedukative flerfamiliegrupper for unge med psykose. *Ergoterapeuten*, *53*(6).
- Nugter, M., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R., & van Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective

- Real Life Study. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 898-907.  
doi:<https://doi.org/10.1007/s10597-015-9831-2>
- Psykisk helsevernloven. (2001, §3.3). *Lov om etablering og gjennomføring av psykiisk helsevern*. (LOV-2018-06-22-76). Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_3).
- Robinson, M., Fisher, T., & Broussard, K. (2016). Role of Occupational Therapy in Case Management and Care Coordination for Clients With Complex Conditions. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70(2), 1-6.  
doi:<https://doi.org/10.5014/ajot.2016.702001>
- Svensson, B., Hansson, L., & Lexen, A. (2018). Outcomes of clients in need of intensive team care in Flexible Assertive Community Treatment in Sweden. *Nord J Psychiatry*, 72(3), 226-231. doi:<https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1430168>
- Swarbrick, M., & Noyes, S. (2018). Effectiveness of Occupational Therapy Services in Mental Health Practice.(Guest Editorial). *American Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 7205170010p7205170011-7205170010p7205170014.  
doi:<https://doi.org/10.5014/ajot.2018.725001>
- van Veldhuizen, R. (2013). *FACT. Flexible Assertive Community Treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen*. Retrieved from <https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf>
- van Veldhuizen, R., & Bähler, M. (2014). *FACT. Flexible Assertive Community Treatment. Vision, tillämpning och organisation* Retrieved from <https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2016/02/Swedish-Version-FACT-Manual-slutversion.pdf>
- Velligan, D. I., Diamond, P., Mueller, J., Li, X., Maples, N., Wang, M., & Miller, A. L. (2009). The short-term impact of generic versus individualized environmental supports on functional outcomes and target behaviors in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 168(2), 94-101. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.03.016>

## VEDLEGG 1: RETNINGSLINJER FOR VITENSKAPELIG ARTIKKEL

### Forfatterveiledning for Tidsskrift for psykisk helsearbeid

E-post: [redaksjonen.tph@gmail.com](mailto:redaksjonen.tph@gmail.com)

#### Manuskriptstandard

Alle manuskripter må være skrevet i tråd med kravene som er beskrevet her. Manus som ikke er i tråd med de følgende retningslinjer, vil dessverre bli avvist. Våre retningslinjer ligger også på [www.idunn.no/tph](http://www.idunn.no/tph).

#### Språk

Redaksjonen ønsker å unngå tingliggjørende og sykelliggjørende språk og begrepsbruk og oppfordrer alle forfattere til en kritisk gjennomgang av språk og begrepsbruk i egne tekster før de sendes til redaksjonen. Generelt ønsker vi å understreke at manuskripter til tidsskriftet skal fokusere på psykisk helsearbeid. Redaksjonen ønsker at forfattere bruker dette begrepet som fellesbetegnelse for det arbeidet som gjøres i psykisk helsefeltet. Ellers ber vi om at forfatterne bruker de offisielle betegnelse på tjenestene – for eksempel "psykisk helsevern".

#### Alle manuskripter skal inneholde en tittelside med:

- Forfatternavn og yrkestittel
- Fødselsår
- Nåværende utdanning og arbeidssted
- Adresse
- E-postadresse
- Tittel på teksten
- Hvilken sjanger

Alle tekster leveres i Times New Roman font 12 linjeavstand 1,5.

Tidsskriftet benytter tre grader av overskrifter: Artikkelens tittel/undertittel, avsnittstittel og undertittel. Forfattere skal levere manuskripter med ren tekst, som betyr ingen bruk av innrykk, tabulator, fet skrift, understrekning, punkter og lignende, verken i teksten eller i overskrifter.

Antall tegn brukt i manus og antall tabeller og figurer skal også angis på tittelsiden.

## **Fag- og vitenskapelige artikler**

Fagartikler og vitenskapelige artikler skal inneholde inntil **5000 ord**. Litteraturliste og noter regnes som en del av artikkelen, mens norsk og engelsk sammendrag **ikke** inngår.

### **Alle fagartikler og vitenskapelige artikler skal inneholde:**

- Kort norsk sammendrag på max. 100 ord.
- 4–6 nøkkelord på norsk og engelsk.
- Litteraturreferanser, alfabetisk ordnet etter APA 6. versjon – se eget punkt.
- Engelsk versjon av det norske sammendraget inkludert engelsk tittel – dette skal plasseres etter det norske sammendraget – max. 100 ord.
- Alle artikler, både fag- og vitenskapelige, skal oppgi referansenummer fra behandlingen i REK eller NSD. Dette skal oppgis på tittelsiden, ikke i teksten.
- Dersom innsendt artikkel har blitt publisert tidligere i et nasjonalt eller internasjonalt tidsskrift, skal dette opplyses om ved førstegangskontakt med TPH. Kilden skal også oppgis i tekstens innledning med referanse i litteraturlisten.

Vitenskapelige manuskripter kan utformes i ulike genre. De som er basert på egne undersøkelser, kan organiseres etter overskriftene Bakgrunn, Metode (studiens design, utvalg, datainnsamling, dataanalyse og forskningsetikk), Funn, Diskusjon og Konklusjon.

Vitenskapelige manuskripter vil først bli vurdert av redaktør og vitenskapelig redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, vil det bli vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uhildet fagfelle. Tidsskrift for psykisk helsearbeid praktiserer «lukket» fagfellevurdering, det vil si at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

Fagartikler vurderes av redaksjonen med tanke på relevans, innhold og form.

På tittelsiden skal forfatterne angi om artikkelen skal fagfellevurderes som en vitenskapelig artikkel eller om den skal vurderes som en fagartikkel.

Det er redaktøren som til slutt avgjør om en fagartikkel eller vitenskapelig artikkel kan publiseres.

## **Tabeller og illustrasjoner**

Tabeller og figurer markeres i teksten med fortløpende siffer. Disse vedlegges manus som separate dokumenter.

Tidsskriftet ønsker **ikke** bruk av fot- eller sluttnoter i manus.

## **Litteraturhenvisninger i teksten**

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og årstall for publisering i parentes, eksempel: (Sundelin, 1987 – **det skal være komma mellom forfatter og årstall**). Hvis det er seks eller flere forfattere skal du kun bruke førsteforfatter, etterfulgt av «et al.,». Ved direkte sitat føres forfatter, årstall og sidetall rett etter sitatet, eksempel: (Andersen, 2007, s. 12). Henvisninger til flere verk føres på **følgende måte**: (Andersen, 2007; Waaktar, 2000). Se ellers: <http://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/>.

## **Referanseliste**

Referanselisten skrives til slutt etter hovedteksten. Tidsskriftet bruker 6. utgave av referansesystemet til Publication Manual of the American Psychological Association (APA). Se nettstedet over som gir en god innføring i hvordan referanser føres i dette systemet.

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL, og plasseres til sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du gjøre et raskt søk etter tittel, forfatternavn osv. på <http://kildekompaset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>.

## VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE

### INNLEDNING

- Når var du utdannet ergoterapeut?
- Hvor lenge har du jobbet i FACT? Oppstart FACT-teamet?
- Er du ansatt i ergoterapeutstilling/ansatt fordi du er ergoterapeut?
- Kan du si litt kort om tidligere arbeidserfaring?

### FACT-TEAM JOBBER ETTER EN FELLES MODELL, MEN JEG ØNSKER LIKEVEL Å VITE LITT MERE SPESIFIKT OM DET TEAMET HVOR DU JOBBER

- Hvordan er dere ansatt; kommune, spesialisthelsetjeneste, yter tjenester begge deler?
- Hvordan er teamet sammensatt? Er det flere ergoterapeuter i teamet/sektorteam?
- Er du tillagt en spesiell funksjon (eks rehabiliteringsspesialist)?

### ERGOTERAPEUT IKKE NEVNT SOM PROFESJON I FACT-HÅNDBOKEN. HAR DU LIKEVEL GJORT DEG NOEN TANKER OM VÅR KOMPETANSE I ET FACT TEAM??

- Hvilke oppgaver blir tillagt deg fordi du er ergoterapeut?
- Er det spesielle områder du tenker vi som ergoterapeuter kan bidra?
- Kan du komme med et eksempel på en typisk sak eller situasjon hvor du opplever at din kompetanse kommer spesielt til nytte?
- Bruker du noen ergoterapifaglige kartleggingsskjemaer?  
Eventuelt hvilke og hvordan har du kommet frem til akkurat disse?

### FACT-MODELLEN ANBEFALER NOEN EVIDENSBASERTE METODER (integrrert rusbehandling, psykoedukasjon, IPS, CBT, familiearbeid). KAN DU FORTELLE LITT OM PÅ HVILKEN MÅTE DU BIDRAR PÅ DISSE OMÅRDENE?

- Konkret på ulike metodene
- Hvordan ergo-kompetansen spiller inn i bruk av metoden

### HVORDAN VEKTER DU TIDEN MELLOM ROLLEN SOM CASE MANAGER/BEHANDLER OG ERGOTERAPEUT?

- Mere rendyrket ergorolle eller bra å gjøre begge deler?
- Fordeling av saker innad i teamet?
- Ergo-bidrag i det tverrfaglige?
- Samarbeid med ergoterapeuter andre team/andre deler av helsetjenesten?

### VI SOM ER ERGOTERAPEUTER, HAR VÅR OPPFATNING AV VÅR KOMPETANSE OG HVORFOR VI JOBBER SOM VI GJØR

- Hvordan tror du dine kollegaer vil beskrive ergoterapi i FACT?
- Hvordan tror du dine kollegaer vil beskrive jobben du gjør?
- Hva med leder? – spesifiser om leder i team eller over
- Hvordan synliggjør du det du gjør? Muntlig, i journal etc. Leders rolle

### AVSLUTNING

- Dersom du i planlegging av et FACT team fikk lov å si «dere må ha ergoterapeut som del av FACT-teamet fordi ...»
- Noe mere du ønsker å supplere med til slutt?

## **VEDLEGG 3: FORHÅNSGODKJENNING NSD**

### **NSD Personvern**

03.12.2018 16:25

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 241089 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 3.12.2018. Behandlingen kan starte.

#### **MELD ENDRINGER**

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

#### **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.6.2020.

#### **LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### **PERSONVERNPRINSIPPER**

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet



#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av personopplysninger. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Lasse Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## VEDLEGG 4: SAMTYKKESKJEMA

# Vil du delta i forskningsprosjektet «Ergoterapeut i FACT-team»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan ergoterapeuter arbeider i et FACT-team og hvordan de opplever å få brukt sin kompetanse. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål:**

Prosjektet er en del av studiet Master i Ergoterapi ved OsloMet – storbyuniversitetet. Forskningsspørsmålet er «Hvordan erfarer ergoterapeuter at de arbeider i et FACT-team, og på hvilken måte bruker de sin kompetanse? Studiet vil ha et kvalitativt design, og intervju vil bli brukt som metode. Informanter vil være ergoterapeuter ansatt i FACT-team.

### **Hvem er ansvarlige for forskningsprosjektet?**

Studiet er organisatorisk forankret ved Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, Fakultet for helsevitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Jeg har fått informasjon om at du er ergoterapeut og jobber i et FACT-team, og ønsker derfor å intervju deg om ditt arbeid der.

### **Det er frivillig og delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysninger om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Lyddopptak og transkriberte intervjuet vil bli oppbevart i et låsbart skap som kun student og veileder vil ha tilgang til. Opplysninger om deg vil bli anonymisert og ikke gjenkjennbart ved publisering.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planene avsluttes juni 2020. Lyddopptak vil bli slettet når intervjuet er ferdig transkribert, og alle data om deg vil bli slettet når forskningsprosjektet er ferdig.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og

- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra OsloMet - storbyuniversitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Katrine Neverdal (masterstudent): [s983146@oslomet.no](mailto:s983146@oslomet.no) og tlf. 92696585 eller Irma Pinxsterhuis (veileder/prosjektansvarlig) ved Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, OsloMet – storbyuniversitetet: [irma.pinxsterhuis@oslomet.no](mailto:irma.pinxsterhuis@oslomet.no) og tlf. 67 23 63 69.
- Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen, OsloMet -storbyuniversitetet: [ingridj@oslomet.no](mailto:ingridj@oslomet.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Irma Pinxsterhuis  
Veileder/prosjektansvarlig

Katrine Neverdal  
Masterstudent

-----  
--

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Ergoterapeut i FACT-team», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2020.

-----  
Signert av prosjektdeltaker, dato