

December 2007

Ergoterapeutisk
udviklingsarbejde
og forskning,
bachelorprojekt

Hold 2004B
Bachelorgruppe 4

Udarbejdet af:
Mette Katrine Christiansen
Theresa Dunkan Kjørulff
Ania Kalinka Thomasen
Johnny Halfdan Pedersen

Metodevejleder:
Sussi Lauridsen

Faglig vejleder:
Kim Johansen

”Dette bachelorprojekt er
udarbejdet af
ergoterapeutstuderende ved
Ergoterapeutuddannelsen
København,
CVU-Øresund. Det foreligger
urettet og ukommenteret fra
uddannelsens side og er således
et udtryk for de studerendes egne
synspunkter”

Ergoterapeuter i socialpsykiatrien

- En kvalitativ undersøgelse af
hvordan ergoterapeuter oplever
deres praksis i et tværfagligt
samarbejde på
socialpsykiatriske bcentre



”Dette projekt – eller dele heraf – må kun
offentliggøres med de studerendes tilladelse”

Abstract

Purpose: The focus of this project is to investigate how Occupational Therapists (OT's) experience their practice in an interdisciplinary cooperation in Psychiatric Community Based Housing Facilities (PCBHF's). This with the focus on the occupational reasoning, practising of Occupational Therapy (OT) and integration of professional knowledge.

Problem definition: How do occupational therapists experience their practice in an interdisciplinary cooperation in PCBHF's?

Method: There has been carried out a qualitative investigation based on six semi-structured interviews with OT's working in three PCBHF's. The analysis is inspired by the modified edition by Malterud of the phenomenological method of analysis from Giorgi.

Results: The investigation shows that OT's are faced with quite a few professional challenges. The results of the investigation shows how most, but not all, of the OT's works within an occupational frame of reference, and is reasoning about the citizens' occupational deficits. Several OT's experience their tasks as being occupational, but expresses that it depends on how you think the OT into your tasks. Many of them experience it as hard to implement the OT into the interdisciplinary team, among other things because of the lack of knowledge from the other workgroups about what OT is. To get the relevant professional focus implemented into their tasks and into the cooperation with the other teammembers is up to the OT's themselves.

Conclusion: Despite all the challenges the OT's are faced with in everyday life, most of them experiences to use occupational reasoning, the practice of OT and integration of professional knowledge into the interdisciplinary team. These three areas of occupational practice, shows to be closely combined with each other.

Keywords: Occupational Therapy, community mental health, reasoning, tasks, interdisciplinarity.

Resumé

Formål: Fokus for dette projekt er at undersøge hvordan ergoterapeuter oplever deres praksis i et tværfagligt samarbejde på socialpsykiatriske bcentre. Dette med fokus på deres ergoterapeutiske ræsonnering, udøvelse af ergoterapi samt integrering af faglig viden i det tværfaglige team.

Problemstilling: Hvordan oplever ergoterapeuter deres praksis i et tværfagligt samarbejde på socialpsykiatriske bcentre?

Metode: Der er foretaget en kvalitativ undersøgelse baseret på seks semistrukturerede interviews med ergoterapeuter ansat på tre socialpsykiatriske bcentre. Analysen er inspireret af Malteruds modificerede udgave af Giorgis fænomenologiske analysemetode.

Resultater: Undersøgelsen viser, at ergoterapeuterne bliver stillet over for en del faglige udfordringer. Undersøgelsens resultater viser at mange, men ikke alle, af ergoterapeuterne, arbejder ud fra ergoterapeutiske referencerammer og ræsonnerer om beboernes aktivitetsproblematikker. Flere ergoterapeuter oplever at deres arbejdsopgaver er ergoterapeutiske, men giver udtryk for at det handler om, hvordan man tænker ergoterapien ind i sine arbejdsopgaver. Mange af dem oplever det er svært at få implementeret ergoterapien i det tværfaglige samarbejde, blandt andet på grund af manglende viden omkring faget fra de andre faggrupper. Det er meget op til ergoterapeuterne selv, at få det relevante faglige fokus implementeret i deres arbejdsopgaver og i samarbejdet med de andre faggrupper.

Konklusion: På trods af de udfordringer ergoterapeuterne er stillet over for i hverdagen, oplever de fleste af dem, at gøre brug af ergoterapeutisk ræsonnering, udøvelse af ergoterapi samt integrering af faglig viden i det tværfaglige team. Disse tre områder af den ergoterapeutiske praksis, viser sig alle at være forbundet med hinanden.

Søgeord: Ergoterapi, socialpsykiatri, ræsonnering, arbejdsopgaver, tværfaglighed.

Indholdsfortegnelse

INDHOLDSFORTEGNELSE	1
1. FORORD	5
2. PROBLEMBAGGRUND	6
3. PROBLEMSTILLING	10
4. PROBLEMANALYSE.....	10
5. TEORIRAMME OG FORFORSTÅELSE	11
5.1 Model of Human Occupation- MoHO	11
5.2 Clinical Reasoning Study	12
5.3 Samarbejdsformer	13
6. METODE OG MATERIALE.....	14
6.1 Forskningstype og undersøgelsesmetode	14
6.2 Udvalgelse af informanter	14
6.3 Kontakt til informanter	15
6.4 Interviewform	15
6.5 Udarbejdelse af interviewguide.....	15
6.6 Pilotinterview	16
6.7 Interviewers rolle.....	16
6.8 Interviewsituationen	17

6.9 Dataindsamling	17
6.10 Transskribering	18
6.11 Ethiske overvejelser	18
6.12 Dataanalyse/ Databearbejdning	18
6.12.1 Helhedsindtryk	19
6.12.2 Meningsbærende enheder	19
6.12.3 Kondensering	20
6.12.4 Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreber	21
7. PRÆSENTATION AF RESULTATER	22
7.1 Ergoterapeutiske refleksioner	22
7.1.1 Brugen af ergoterapeutiske referencerammer	22
7.1.2 Ergoterapeutisk ræsonnering	24
7.2 Arbejdsopgaver	25
7.2.1 Opleves som ergoterapeutiske	25
7.2.2 Opleves som ikke-ergoterapeutiske	26
7.3 Samarbejdet med de andre faggrupper	27
7.3.1 Samarbejdsformer	27
7.3.2 Videreformidle ergoterapeutisk viden	29
7.3.3 Referencerammer og værdier	30
7.3.4 Anerkendelse fra de andre faggrupper	31
7.3.5 Andre faggruppers viden om ergoterapi	31
7.4 Faglig selvopfattelse	32
7.4.1 Påvirkning af faglig selvopfattelse	32
7.4.2 Faglige kompetencer	33
7.4.3 Personlig eller faglig tilgang til arbejdet	33
7.5 Faglig udvikling	34
7.5.1 Indflydelse fra andre faggrupper	34
7.5.2 Indflydelse fra andre ergoterapeuter	34
7.5.3 Mulighed for deltagelse i faglige kurser	35
8. DISKUSSION AF RESULTATER	36

8.1 Ergoterapeutisk ræsonnering	36
8.2 Udøvelse af ergoterapi	37
8.3 Integrering af faglig viden i det tværfaglige team.....	41
9. DISKUSSION AF METODE OG MATERIALE.....	46
9.1 Forskningstype og undersøgelsesmetode	46
9.2 Udvalgelse af informanter.....	46
9.3 Kontakt til informanter	47
9.4 Interviewform	47
9.5 Udarbejdelse af interviewguide.....	47
9.6 Pilotinterview	48
9.7 Interviewers rolle.....	48
9.8 Interviewsituationen	49
9.9 Dataindsamling	49
9.10 Transskribering	49
9.11 Ethiske overvejelser.....	50
9.12 Dataanalyse/ Databearbejdning	50
10. KONKLUSION	51
11. PERSPEKTIVERING	52
12. FORMIDLINGSOVERVEJELSER	53
13. REFERENCELISTE.....	54
14. BILAGSOVERSIGT	57

Bilag 1: Informationsbrev	
Bilag 2: Interviewguide	
Bilag 3: Fokusområder	
Bilag 4: Samarbejdsformer	
Bilag 5: Samtykkeerklæring	
Bilag 6: Matrice	

1. Forord

Dette bachelorprojekt, tager udgangspunkt i vores interesse for, hvordan ergoterapeuter generelt oplever det at arbejde i socialpsykiatrien og hvilke udfordringer der ligger i det. Projektet henvender sig til ergoterapeuter i socialpsykiatrien, deres samarbejdspartnere og andre, der kunne have interesse indenfor dette område.

I forbindelse med afvikling af projektet, har der været mange som har hjulpet, fulgt og støttet os.

Vi vil gerne sige tak til:

Vores metodevejleder, Sussi Lauridsen, for hendes optimisme omkring projektet, samt konstruktiv, brugbar og inspirerende vejledning.

Ergoterapeuterne på de tre sociale boccetre, der trods deres travle hverdag, satte tid af til at lade sig interviewe og på den måde være med til at muliggøre dette projekt.

Familie, kærester, børn og venner, for deres tålmodighed og støtte undervejs i dette projekt. Vi glæder os usigeligt til at kunne være sammen med jer igen.

En særlig tak til faglig vejleder Kim Johansen, for altid at stå til rådighed med råd og vejledning, selv med meget kort varsel og uden for almindelig arbejdstid.

Theresa Dunkan Kjærulff

Mette Kathrine Christiansen

Ania Kalinka Thomasen

Johnny Halfdan Pedersen

2. Problembaggrund

På baggrund af vores erfaringer fra det kliniske undervisningsforløb hvor ergoterapeuter oplevede, at det var svært at tydeliggøre deres praksis i samarbejdet med de andre faggrupper, har vi en formodning om, at ergoterapeuters samarbejdspartnere ikke forstår eller er bevidste om ergoterapeutisk praksis.

Vores fokusområde og interessefelt indenfor ergoterapeuters praksis er især rettet mod socialpsykiatrien, da det er her, at vi har oplevet flydende faggrænser i samarbejdet mellem faggrupperne.

Overordnet set har den manglende viden eller forståelse for ergoterapeuters monofaglighed også givet sig til udtryk på regeringsniveau. Ergoterapeutforeningen har gennem længere tid været i kontakt med en række folketingspolitikere for at sætte rehabiliteringsbegrebet på dagsordenen med henblik på, at ergoterapeuter kan nedsætte sig som privatpraktiserende med tilskud fra sygesikringen.

Efter kontakt med Etf henvendte MF Tove Videbæk fra Kristendemokraterne sig i foråret 2003 til Indenrigs- og sundhedsministeren for at spørge, om det var muligt, at ergoterapeuter kunne komme ind under sygesikringen. Indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen var afvisende over for spørgsmålet og angav blandt andet som begrundelse, at ergoterapeuter ikke arbejder monofagligt, og at det derfor ikke er relevant for ergoterapeuter at nedsætte sig som privatpraktiserende med tilskud fra sygesikringen (Ergoterapeuten, 2004, s.5-5).

Men det er ikke kun på regeringsniveau der eksisterer manglende viden og forståelse af ergoterapeuters praksis.

(...) hospitalsledelser og kolleger fra andre faggrupper, har haft svært ved at forstå, hvad ergoterapeuterne egentlig laver med patienterne og hvorfor det er vigtigt at holde fast i deres monofaglige udvikling (...). Mange ergoterapeuter synes, at det er svært at oplyse andre faggrupper om, hvad det egentlig er de laver (...)
(Ergoterapeutforeningen, 2004, s.1-4).

Fra et videnskabeligt litteraturstudie belyses det, at ergoterapi er en profession, som ikke er så kendt udenfor den kliniske verden og i tværfaglige teams eksisterer der gamle og upræcise opfattelser af ergoterapeutens rolle (Hughes, 2001).

Den ergoterapeutiske interventions overordnede formål er at muliggøre de aktiviteter, som er meningsfulde og nødvendige for, at det enkelte menneske kan deltage i hverdagslivet og samfundet (Borg, Runge, Tjørnov, Brandt, og Madsen, 2007). Med aktiviteter menes der, ifølge Modellen for menneskelig aktivitet- MoHO, at: *Menneskelig aktivitet vedrører det at være aktiv med arbejde, leg eller dagligdagsaktiviteter i en tidsmæssig, fysisk og sociokulturel sammenhæng* (Kielhofner, 2006, s.1-1). I Canadisk Model af Aktivitetsudøvelse- CMOP beskrives aktivitet endvidere som:

(...) samlinger af hverdagens handlinger og opgaver, som er navngivet, organiseret og har fået tillagt værdi og mening af en kultur og dens individuelle medlemmer. Aktivitet er alt, hvad mennesker gør for at være beskæftiget, inklusive at klare sig selv (egenomsorg), nyde livet (fritid), og at bidrage til samfundets sociale og økonomiske struktur (arbejde) (Townsend, Stanton, Polatajko, Baptiste, Thomson-Franson, Kramer, Swedlove, Brintnell, og Campanile, 2003, kap. 3).

Ergoterapi handler således om at øge sundheden og livskvaliteten for mennesker ved at medvirke til, at de får opfyldt deres basale behov for aktivitet og deltagelse samt forebygge, at aktivitetsproblematikker opstår. Ergoterapeutisk intervention foregår i samarbejde med både den enkelte person, dennes pårørende, andre faggrupper, kommunen samt diverse institutioner i relation hertil. Da de problemer som skal løses ofte er mangfoldige og sammensatte, er det tit nødvendigt at arbejde på tværs af faggrænser og sektorer (Borg et al, 2007).

Vores oplevelser af ergoterapeuters muligheder for at udføre ergoterapi på tværs af faggrænser i psykiatrien har været meget blandede. I den kliniske undervisning på hospitalerne blev det observeret, at ergoterapeuten ikke havde nogen større indflydelse på afsnittet. Blandt andet blev ergoterapi ikke anerkendt som en del af selve behandlingsplanen, men mere som en måde hvorpå patienterne blev ”underholdt” med aktiviteter, indtil de skulle udskrives. På et andet hospital var oplevelsen den næsten diametrale modsætning. Her var ergoterapi meget i fokus og var en væsentlig del af patienternes udredningsprogram.

Et gruppemedlems erfaringer fra et studiejob i socialpsykiatrien var, at ergoterapeuter ikke havde så meget fokus på deres monofaglige kompetencer. På dette sted arbejdede de ud fra nogle grundlæggende værdier, hvor personlige kompetencer var i højsædet samt, at ergoterapeuters arbejdsopgaver var de samme, som dem de andre faggrupper varetog. Fra et socialpsykiatrisk bocenter udtalte en ergoterapeut for eksempel at: *Jeg tror at jeg ville have svært ved at varetage et andet arbejde som ergoterapeut. Jeg føler mig ikke rustet til det, da jeg ikke får brugt min faglighed nok i hverdagen.*

Fagligt netværk socialpsykiatri (xxxx), som er et samarbejde mellem seks selvstændige faglige organisationer - heriblandt Ergoterapeutforeningen, belyser konsekvenserne af den overvejende vægtning af personlige kompetencer frem for monofaglighed ved, at det kan blive svært at identificere den faglige baggrund. Dette kan påvirke, at nogle medarbejdere bliver usikre på deres faglige identitet og derfor hvad de kan bidrage med.

En medvirkende årsag til ergoterapeuters usikre fagidentitet kan også skyldes, at de igennem det seneste århundrede har haft et skiftende paradigme og en uklar faglig rollebeskrivelse (Kielhofner, 2002).

Uklare roller er et signifikant kendetegn, når man arbejder inde for psykiatrien (Paul in Greaves, King, Yellowlees, Spence and Lloyd, 2002) og alle gruppemedlemmer, hvad end deres faglige baggrund er, påtager sig lignende arbejdsopgaver (Galvin and McCarthy in Greaves et al, 2002). Dette kan give en manglende afgrænset fagidentitet, som medfører usikkerhed og vanskelighed i forbindelse med kritisk selv vurdering (Gaitskell in Greaves et al, 2002). Den manglende afgrænsede fagidentitet kan også blive påvirket af, at ergoterapeuter bliver pålagt mere generelle arbejdsopgaver samt forventninger fra ledelsens side om, at de skal arbejde ud over de faglige grænser. Dette kan være med til at svække ergoterapeuters muligheder for at udvikle sine faglige kompetencer (Strong and Robinson, 1992 in Hughes, 2001). Den primære udfordring for ergoterapeuterne er at erkende, at de skal fastholde muligheden for at praktisere traditionel ergoterapi (Peck & Norman, 1999).

Socialpsykiatrien omfatter alle former for sociale tilbud til sindslidende, eksempelvis botilbud, væresteder, støtte- kontaktpersonordninger og beskæftigelse (Videnscenter for Socialpsykiatri, xxxx).

Ser man på socialpsykiatrien som helhed, er denne kendetegnet ved at være tværfagligt sammensat. Dette kan være en styrke for socialpsykiatrien, hvis der udvikles et fælles sprog, som de tværfaglige medarbejdere kan bruge til at beskrive deres indsats og kommunikere med hinanden om deres indtryk og erfaringer (Adolph og Pedersen, 1998). Monofagligheden er dog en forudsætning for en god tværfaglighed, hvor de samlede kvalifikationer giver et langt bedre resultat af interventionen (Jacobsen og Kleinstrup i Borg, Runge og Tjørnov, 2003).

Der er ofte en tendens til, at fagene smelter sammen og udviskes på grund af fællesfaglighed i socialpsykiatrien, hvilket gør det svært at klarlægge en specifik ergoterapeutisk praksis (Hvalsøe, Johansen og Klint i Borg, Runge og Tjørnov, 2003). Med fællesfaglighed menes der, at repræsentanter for de forskellige fag løser samme opgave på samme måde (Adolph, Eriksen, Jensen, Hagel, Klint, Krause-Jensen og Tellefsen, 2000).

Ud fra ovenstående finder vi det relevant at undersøge nærmere, hvordan ergoterapeuter som arbejder på socialpsykiatriske bcentre, oplever deres praksis i et tværfagligt samarbejde. Med det menes der, hvordan de oplever deres ergoterapeutiske ræsonnering, hvordan de oplever at udøve ergoterapi samt hvordan de oplever at integrere deres faglige viden i det tværfaglige team. Disse tre områder vil i projektet ofte blive refereret til som vores tre fokusområder.

På denne baggrund har vi defineret følgende problemstilling:

3. Problemstilling

Hvordan oplever ergoterapeuter deres praksis i et tværfagligt samarbejde på socialpsykiatriske bcentre?

4. Problemanalyse

oplever: Ergoterapeutens tanker, refleksioner, overvejelser, følelser, holdninger og meninger.

ergoterapeuter: Seks ergoterapeuter som er ansat på henholdsvis tre socialpsykiatriske bcentre.

praksis: Ergoterapeutisk ræsonnering, udøvelse af ergoterapi, integrering af faglig viden i det tværfaglige team.

tværfagligt samarbejde: Den kontekst hvori ergoterapeuterne indgår sammen med de andre faggrupper på de socialpsykiatriske bcentre.

socialpsykiatriske bcentre: Tre socialpsykiatriske bcentre hvor vi ønsker at interviewe to ergoterapeuter fra hvert sted.

5. Teoriramme og forforståelse

Med baggrund i vores ergoterapeutiske viden har vi en forståelse for, at mennesker som indgår i en sammenhæng med andre mennesker vil opleve, at den interaktion bliver påvirket og påvirker livets forhold, deriblandt arbejde og fritid.

Det teoretiske grundlag for projektet består både af ergoterapeutiske teorier, en almen begrebsramme inden for samarbejdsformer samt klinisk ræsonnering.

Vi tager udgangspunkt i MoHO og dens præsentation af det menneskelige system og ser desuden på undersøgelsen om Clinical Reasoning for derigennem at få en forståelse for, hvordan ergoterapeuter arbejder og tænker i deres praksis.

Vi gør brug af definitionen af tre forskellige samarbejdsformer til at få et mere nuanceret billede af ergoterapeuternes oplevelse af, at arbejde sammen med de forskellige faggrupper.

5.1 *Model of Human Occupation- MoHO*

Som inspiration til udarbejdelse af interviewguiden og med henblik på senere analyse af data, har vi valgt at benytte os af Kielhofners Model of Human Occupation (MoHO).

Modellen er baseret på et tværfagligt grundlag; Oprindeligt på begreber fra diverse systemteorier. MoHO forsøger at redegøre for motivation, udførelse og organisering af aktivitet i dagligdagen. Modellens teoretiske argumentation handler derfor om disse aspekter af aktivitet (Kielhofner, 2002).

I MoHO ligger det menneskelige system, som blandt andet består af udøvelseskapacitet, vilje- og vanedannelse; herunder internaliserede roller. At internalisere en rolle betyder at påtage sig en identitet, en tankegang og handlinger, der hører til rollen.

Det menneskelige system påvirker og påvirkes af de omgivelser, aktiviteten foregår i og dette tilsammen påvirker aktivitetsudøvelsen.

Omgivelserne er de særlige fysiske og sociale træk i den specifikke sammenhæng, hvor man foretager sig noget, som indvirker på hvad man foretager sig og hvordan det bliver gjort. De fysiske og sociale omgivelser formes af kulturen og defineres blandt andet, som de værdier og normer som deles af en gruppe. De sociale omgivelser inkluderer blandt andet, de persongrupper man er en del af og som har en væsentlig indvirkning, på udvikling af rolleadfærd.

MoHO beskriver hvilken påvirkning, omgivelserne kan have på menneskets aktivitetsudøvelse og derved dennes aktivitetsdeltagelse. Begrebet aktivitetsdeltagelse betegner engagement i eksempelvis arbejde. I relation til dette begreb arbejdes der med begrebet aktivitetsidentitet, som er en sammensat følelse af, hvem man er og ønsker at være som aktivitetsvæsen. Det er en følelse, som er skabt af aktivitetsdeltagelse gennem livet. Der arbejdes også med begreberne aktivitetskompetence, som er den grad hvori man fastholder et mønster for aktivitetsdeltagelse, der afspejler ens aktivitetsidentitet og aktivitetsadaptation, som er den gradvise opbygning af en positiv aktivitetsidentitet og opnåelse af aktivitetskompetence i ens omgivelser (Kielhofner, 2006).

5.2 Clinical Reasoning Study

Den amerikanske undersøgelse, Clinical Reasoning Study, var et undersøgelsesprojekt fra 1986-1990, som blev grundlagt af the American Occupational Therapy Association samt the American Occupational Therapy Foundation. Det blev udført af antropologen Mattingly og ergoterapeutunderviseren Fleming. Ergoterapeuterne som deltog i undersøgelsen, blev observeret i praksis og interviewet omkring deres ræsonnering. Undersøgelsen udmundede blandt andet i tre ræsonneringsspor. Disse var proceduretænkning, interaktionstænkning og betingelsestænkning.

Det første ræsonneringsspor som var proceduretænkning blev brugt, når ergoterapeuten tænkte om patientens fysiske sygdom/ lidelse og hvilke procedurer der ville kunne lette/ lindre dem eller hjælpe patientens funktionelle udførelsesproblemer.

Det andet ræsonneringsspor som var interaktionstænkningen, havde til formål at hjælpe ergoterapeuten til at interagere og forstå patienten bedre. Det var refleksioner som ergoterapeuten havde, når denne stod overfor en patient. Interessen lå også i, at ergoterapeuten ønskede at forstå patientens egenopfattelse af sin sygdom/ lidelse.

Det tredje ræsonneringsspor som var betingelsestænkning, var en kompleks form for social ræsonnering, som blev brugt til at hjælpe patienten i den svære proces, i at få rekonstrueret et liv som var permanent ændret på grund af skade eller sygdom. Der tænkes i en helhedsforståelse af hele situationen; dette inkluderede personen, sygdommen og betydningen denne havde for personen og familien samt den sociale og fysiske kontekst hvori personen levede (Mattingly & Fleming, 1994).

Definitionerne af de tre ræsonneringsspor bliver benyttet som inspiration til udarbejdelse af interviewguiden, med henblik på at få en dybere forståelse for hvordan ergoterapeuter i socialpsykiatrien tænker i praksis.

5.3 Samarbejdsformer

Definitionerne af begreberne: Flerfaglighed, fællesfaglighed og tværfagligt samarbejde, benyttes som inspiration i forbindelse med udarbejdelse af interviewguiden, til at undersøge hvilken samarbejdsform ergoterapeuten oplever i sit samarbejde med de andre faggrupper og hvordan denne påvirker ergoterapeutens praksis. Flerfaglighed betegnes som en arbejdsform, hvor de forskellige faggrupper arbejder relativt selvstændigt med hvert sit ansvarsområde. Samarbejdet består hovedsageligt af udveksling af informationer og den nødvendige koordinering. Fællesfaglighed betegnes som en arbejdsform, hvor fagene smelter sammen og udviskes. Faggrupperne løser samme opgave på samme måde og vægten lægges på personlige kompetencer og relationer frem for fagspecifik viden og kompetencer. Tværfagligt samarbejde betegnes som en arbejdsform, hvor man udnytter de enkelte faggruppers fagspecifikke viden og tilgang i en integreret og helhedsorienteret indsats. Arbejdsformen består typisk af fagspecifikke og fællesfaglige arbejdsopgaver. Faggruppernes indsats er ligeværdig, men ikke ens (Adolph et al, 2000).

6. Metode og materiale

6.1 *Forskningstype og undersøgelsesmetode*

For at få svar på vores problemstilling havde vi brug for at indhente noget viden omkring vores informanternes erfaringer, oplevelser, tanker og holdninger. Denne viden kan man ifølge Malterud (2004) indhente igennem en kvalitativ metode, da den også kan åbne op for forskning, hvor man som udgangspunkt ikke har den store viden om et bestemt felt. Vores indfaldsvinkel til undersøgelsen var præget af en fænomenologisk tilgang, idet vi ønskede at beskrive ergoterapeuternes oplevelser og være så loyal som overhovedet muligt overfor deres udsagn, med mindst mulig forstyrrelse af vores forforståelse og teoretiske referenceramme (Malterud, 2004). På baggrund af problemstillingen anvendte vi et kvalitativt forskningsinterview, da vi ønskede at indhente en beskrivelse og forståelse af informanternes livsverden (Kvale, 1997).

6.2 *Udvælgelse af informanter*

Vores forståelse af, at mennesker som indgår i en sammenhæng med andre mennesker og bliver påvirket heraf, prægede de kriterier vi opstillede for udvælgelse af informanter.

Vi valgte at interviewe seks ergoterapeuter, da dette anses for, hvor meget man kan rumme i analysen (Andersen, Havsteen, Riis, Almind, Bock, Hørder, 1999).

Et kriterium var, at informanternes arbejdsgruppe var sammensat af medarbejdere med forskellig faglig baggrund. Dette for at få ergoterapeuternes oplevelser af samarbejdet og hvilken indvirkning det havde på deres praksis.

Et andet kriterium var, at de skulle varetage de samme arbejdsopgaver, som de andre faggrupper varetog i socialpsykiatrien og der var rollen som kontaktperson oplagt.

Et tredje kriterium var, at de skulle have arbejdet tværfagligt i minimum to år i samme stilling på et socialpsykiatrisk bocenter. Vi mente at denne tidsramme var nødvendig for, at de havde opnået den ønskede erfaring omkring oplevelsen af at arbejde som ergoterapeut i et tværfagligt team. Vi valgte at der ikke skulle være flere kriterier, da vi ikke ønskede at udelukke muligheden for, at få de informanter vi havde brug for.

6.3 Kontakt til informanter

Vi fik kontakt til vores informanter ved at henvende os telefonisk til forskellige socialpsykiatriske bcentre hvor vi, via deres hjemmesider, allerede havde fået et forhåndskendskab til, at der arbejdede ergoterapeuter.

Efter telefonsamtale med informanterne, sendte vi en e-mail med informationer (Bilag 1), som kort beskrev projektets emne, rammerne for interviewet, anonymisering samt gav dem en opfordring til at reflektere over, hvordan de oplevede at arbejde med deres monofaglighed i det tværfaglige samarbejde i socialpsykiatrien.

6.4 Interviewform

Ifølge Kvale (1997, s. 41) er formålet med det kvalitative forskningsinterview at: *Indhente beskrivelser af interviewedes livsverden med henblik på fortolkninger af meninger med de beskrevne fænomener*. På baggrund af dette valgte vi at benytte os af det semistrukturerede interview, da denne interviewform er kendetegnet ved at være righoldig og meget nuanceret (Kvale, 1997). Den giver samtidig informanterne mulighed for, at de kan tale om det, som har den største relevans for dem.

Interviewet indeholdt en række spørgsmål indenfor hvert af de tre fokusområder vi ønskede afdækket. Disse spørgsmål blev stillet i samme rækkefølge under samtlige interviews. Dog var der undervejs i interviewet mulighed for at stille uddybende spørgsmål til informanternes udsagn med henblik på at få afdækket emnerne i fokusområderne bedst muligt.

6.5 Udarbejdelse af interviewguide

Før vi gik i gang med interviewene, udarbejdede vi en interviewguide (Bilag 2), for at være sikre på at vi fik afdækket vores problemstilling.

Interviewguiden blev udarbejdet ud fra vores fokusområder og disse blev fremført på et stykke papir, som informanten havde ved sin side under interviewet (Bilag 3). Dette med henblik på at informanterne var klar over inden for hvilket fokusområde vi bevægede os. Interviewguiden indeholdt både forskerspørgsmål, interviewspørgsmål samt stikord til interviewspørgsmålene, som interviewerens kunne bruge for at hjælpe samtalen i gang, hvis informanten gik i stå. Interviewspørgsmålene blev formuleret i et dagligdags sprog for at gøre dem nemme at forstå, for således at kunne udløse spontane og righoldige besvarelser.

Vi forsøgte at formulere spørgsmålene således, at de både indeholdt en tematisk og dynamisk dimension. Tematisk, så de forholdte sig til interviewets emne og teoretiske opfattelse samt dynamisk, så de kunne fremme en positiv interaktion, holde samtalen i gang og motivere interviewpersonen til at tale om deres oplevelser (Kvale, 1997). Vi havde et spørgsmål omkring samarbejdsformer, hvor vi gerne ville have, at de skulle beskrive, hvilken én der beskrev deres arbejdsplads bedst. Disse definitioner blev opremset og visuelt fremført på et stykke papir, så informanten kunne danne sig et overblik over dem (Bilag 4).

6.6 Pilotinterview

Efter udarbejdelsen af vores interviewguide valgte vi at foretage et pilotinterview. Dette blev udført med en ergoterapeut fra et socialpsykiatrisk bocenter for at afprøve og tilpasse interviewguiden i praksis. Det gav os samtidig muligheden for at sikre, at spørgsmålene var forståelige for informanterne, så det gav os svar på vores problemstilling. Samtidig kunne interviewerens øve sig på sin rolle som interviewer og derved skærpe sin selvtillid (Kvale, 1997).

Den væsentligste ændring vi foretog efter pilotinterviewet, var at udarbejde flere spørgsmål da vi erfarede, at vi ikke fik tilstrækkelige svar, til at kunne besvare vores problemstilling.

6.7 Interviewers rolle

Der var opstillet flere kriterier for interviewerens rolle for at indhente righoldig viden samt skabe en positiv situation for informanten. Blandt andet brugte vi den samme interviewer til alle seks interviews med henblik på at skabe en så ensartet tilgang til interviewguiden som muligt. Intervieweren skulle prøve at skabe en rar og afslappet stemning, så informanterne kunne få en følelse af tryghed og dermed mulighed for at tale frit. Hun skulle forholde sig så neutralt til informanternes udtalelser som muligt og undgå at stille ledende spørgsmål, da dette kunne præge informanternes svar. Hun skulle holde fokus på problemstillingen, så svarene ikke afveg for meget fra denne og dermed blev irrelevante for vores undersøgelse (Kvale, 1997).

6.8 Interviewsituationen

Interviewene varede cirka en times tid og foregik på informanternes arbejdsplads. Inden interviewet startede, bad vi informanterne underskrive en samtykkeerklæring (Bilag 5). Dette gjorde vi, både for at informanterne havde et overordnet billede af undersøgelsens formål og derved havde et indblik i, hvad det var de stillede op til og samtidig for at sikre, at de havde forstået hvilke rettigheder de havde som informanter, inden vi gik i gang med selve interviewet. Ved hvert interview valgte vi at have to personer med. Den ene fungerede som interviewer, den anden som referent. Referentens rolle var at sørge for, at det tekniske fungerede. Intervieweren indledte interviewet med en kort briefing, hvori hun fortalte om interviewets formål, hvordan det ville forløbe, om brugen af Mp3-optageren samt interviewers og referents rolle. Derefter blev informanten spurgt, om hun havde nogle spørgsmål før start. Dette gjorde vi for at sikre os, at hun havde mulighed for at få afklaret eventuelle tvivlsspørgsmål.

I slutningen af interviewet lavede vi en debriefing, hvor referenten opsummerede hovedpunkterne af den tilegnede viden fra informanten, så denne kunne komme med kommentarer til feedbacken. Vi afrundede interviewet ved at give informanten mulighed for at stille efterfølgende spørgsmål eller kommentarer, som kunne have været opstået under interviewet samt for at sikre os, at hun ikke havde følt ubehag under det foretagende interview (Kvale, 1997).

6.9 Dataindsamling

Indsamlingen af data skete ved hjælp af Mp3-optager. Denne fremgangsmåde gjorde data lettere tilgængeligt og mere håndterbart (Andersen et al, 1999). Samtidig kunne metoden bruges til registrering af interviewene med henblik på dokumentation og senere analyse af data. Intervieweren havde på denne måde mulighed for at koncentrere sig om indholdet i emnerne og dynamikken i samtalen. Via Mp3-optageren blev ord, tonefald og pauser optaget i en permanent form, så vi efterfølgende kunne lytte til optagelserne igen og igen (Kvale, 1997).

6.10 Transskribering

Optagelserne blev transskriberet til tekst, for at strukturere interviewene i en form der var lettere og mere tilgængelige at analysere på. Da vi var flere om at transskribere udarbejdede vi, inden transskriptionerne blev lavet, nogle fælles skriveprocedurer for dem, for at gøre dem så ensartede og sammenlignelige som muligt. Disse bestod i at nedskrive interviewene i en detaljeret ordret form og medtage pauser samt fyldord, så vi undgik subjektive fortolkninger og herved øge pålideligheden af transskriptionerne (Kvale, 1997). De forskellige transskriptioner blev hver især lavet af de personer, som var med til interviewene, henholdsvis interviewer og referent. Dette gjorde vi blandt andet, da det ifølge Malterud (2004, s. 80) er: *”Den som selv deltager i samtalen, husker gjerne momenter som oppklarer uklarheter eller er av betydning for meningen i teksten, (...) og styrker validiteten av analysematerialet.*

6.11 Etiske overvejelser

Vi har igennem forløbet været opmærksomme på, at der kunne opstå etiske spørgsmål og problemstillinger. Blandt andet har vi prøvet at undgå, at problemstillingen skulle lyde negativ, da formålet med undersøgelsen ikke skulle udmunde i en kritik af informanternes arbejde, men derimod en nysgerrig og åben tilgang til deres oplevelser.

De overvejelser vi havde omkring informationsbrevet og samtykkeerklæringen, var at sikre informantens fortrolighed og tillid ved at anonymisere personlige data, så deres arbejdsplads og andre ikke kunne identificere deres udtalelser i projektet, når undersøgelsen blev offentliggjort. Informanterne blev også, som vi tidligere har nævnt, informeret om undersøgelsens formål og design samt brugen af deres oplysninger, så de vidste hvad de gik ind til. Desuden prøvede vi at sikre os, at de ikke følte sig tvunget til at deltage, ved at fortælle dem at de til enhver tid kunne afbryde interviewet og/ eller efterfølgende trække deres udtalelser tilbage (Kvale, 1997).

6.12 Dataanalyse/ Databearbejdning

Som analysemetode benyttede vi systematisk tekstkondensering, som er inspireret af Giorgi og modificeret af Kirsti Malterud, idet denne metode kunne være med til at undersøge vores informanternes erfaringer og livsverden inden for et bestemt felt. Analysen

blev gennemført i fire trin, som var: 1) at få et helhedsbillede, 2) at identificere meningsbærende enheder, 3) at kondensere indholdet i de enkelte meningsbærende enheder og 4) at sammenfatte betydningen af dette (Malterud, 2004).

6.12.1 Helhedsindtryk

Vi læste transskriptionerne igennem individuelt for at danne os et helhedsbillede af materialet og se efter temaer, der på en eller anden måde belyste problemstillingen. Vi forsøgte at tilsidesætte vores forforståelse og teoretiske referenceramme, for at være åbne overfor nye indtryk. Under læsningen ønskede vi at modstå trangen til at ville systematisere. Derefter blev der i fællesskab udarbejdet nogle fælles temaer, som belyste problemstillingen tydeligst. Disse fik et midlertidigt navn (Malterud, 2004).

Temaerne var:

- Ergoterapeutiske refleksioner
- Arbejdsopgaver
- Samarbejde med de andre faggrupper
- Faglig selvopfattelse
- Faglig udvikling
- Referencerammer og værdier i det tværfaglige team
- Svært at være ergoterapeut

6.12.2 Meningsbærende enheder

Vi organiserede den del af materialet som skulle studeres nærmere, ved at skille relevant tekst fra irrelevant tekst, som kunne tænkes at belyse vores problemstilling.

Først blev de meningsbærende enheder individuelt kodet, ved at udføre en systematisk gennemgang af materialet linje for linje for at identificere og klassificere enhederne (Malterud, 2004). Derefter blev den samme proces gjort i fællesskab for at få flere indfaldsvinkler og vi diskuterede, hvilke meningsbærende enheder der var relevante samt hvilke koder de hørte til.

Vi valgte at kondensere de meningsbærende enheder for at skabe et bedre overblik, da de var taget direkte fra transskriptionerne og derfor både var lange og med mange fyldord.

Informanterne fik tildelt hvert et bogstav og det blev anført hvilke linjer i transskriptionen de meningsbærende enheder stammede fra.

Et eksempel kunne se således ud: (A, 364-375).

For visuelt at danne os et overblik over hvilke informanter der havde sagt hvad og i hvilke koder de meningsbærende enheder hørte til, var det nyttigt at udarbejde en matrice (Bilag 6) (Malterud, 2004).

6.12.3 Kondensering

Endnu engang kondenserede og sorterede vi de meningsbærende enheder, da der var for mange repræsenteret i matricen. Der blev i fællesskab diskuteret om de meningsbærende enheder hørte under andre koder eller ved nærmere eftertanke, ikke kunne regnes for at være en meningsbærende enhed.

Samtlige meningsbærende enheder blev gennemgået inden for hver kodegruppe og det konkrete indhold i tekststykkerne blev omskrevet til abstrakt mening (Malterud, 2004). For eksempel hvis én informant svarede ”ja” på et spørgsmål, blev citatet omskrevet ved at lade spørgsmålet indgå i svaret, eller hvis sætningskonstruktionen ikke gjorde udsagnet forståeligt, blev det også omformuleret, dog med fokus på ikke at ændre meningen i det sagte.

Derefter inddelte vi kodegrupperne i subgrupper. Subgrupperne blev udarbejdet i fællesskab for at skabe plads til flere fortolkninger og herved undgå, at materialet blev præget fra én synsvinkel (Malterud, 2004).

Vi skrev subgrupperne ind i matricen for at danne os et overblik over, hvad der indholdsmæssigt gik igen, så vi kunne udarbejde en indholdsbeskrivelse i resultatafsnittet. Vi fandt ud af at kode 6, som var ”referencerammer og værdier i det tværfaglige team”, kunne laves om til en subgruppe under kode 3, fordi den relaterede sig til denne. Ydermere slettede vi kode 7, som var ”svært at være ergoterapeut”, da de meningsbærende enheder i denne relaterede sig bedre til en subgruppe i kode 3.

Vi endte ud med følgende koder og subgrupper i nedenstående tabel 1.

Tabel 1. Beskrivelser af koder og subgrupper

Koder	Subgrupper
1. Ergoterapeutisk refleksion	- Brugen af ergoterapeutiske referencerammer - Ergoterapeutisk ræsonnering
2. Arbejdsopgaver	- Opleves som ergoterapeutiske - Opleves som ikke-ergoterapeutiske
3. Samarbejde med de andre faggrupper	- Samarbejdsformer - Videreformidle ergoterapeutisk viden - Referencerammer og værdier - Anerkendelse fra de andre faggrupper - Andre faggruppers viden om ergoterapi
4. Faglig selvopfattelse	- Påvirkning af faglig selvopfattelse - Faglige kompetencer - Personlig eller faglig tilgang til arbejdet
5. Faglig udvikling	- Indflydelse fra andre faggrupper - Indflydelse fra andre ergoterapeuter - Mulighed for deltagelse i faglige kurser

6.12.4 Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreber

I resultatpræsentationen udarbejdede vi indholdsbeskrivelser for hver kode og tilhørende subgrupper. Indholdsbeskrivelserne blev udarbejdet ud fra de meningsbærende enheder og der blev udvalgt de citater, som beskrev indholdet i subgrupperne og problemstillingen bedst (Malterud, 2004).

7. Præsentation af resultater

I dette afsnit præsenteres de resultater som i mere eller mindre grad relaterer til vores tre fokusområder som er ergoterapeutisk ræsonnering, udøvelse af ergoterapi og integrering af faglig viden i det tværfaglige team.

7.1 Ergoterapeutiske refleksioner

Koden handler om hvilke ergoterapeutiske referencerammer der bruges, hvorfor de er vigtige, hvordan de bruges samt hvordan ergoterapeuterne gør brug af ergoterapeutisk ræsonnering i arbejdet med beboerne.

7.1.1 Brugen af ergoterapeutiske referencerammer

Ved brug af ergoterapeutiske referencerammer menes både de teorier og modeller, der er specifikt ergoterapeutiske samt teorier fra andre fag, som ergoterapeuter ofte benytter sig af i deres arbejdsprocesser.

Nogle af ergoterapeuterne giver udtryk for at de bruger ergoterapeutiske teorier og modeller, blandt andet virksomhedsteorien og MoHO. Én synes at de er meget brugbare i forhold til det ergoterapeutiske aktivitetsperspektiv, når hun laver handleplaner, en anden anvender virksomhedsteorien med nærmeste udviklingszone og siger: *I forhold til virksomhedsteori, så handler det om at graduere aktiviteten, i forhold til hvor den enkelte beboer befinder sig lige præcis på det tidspunkt* (F, 181-188).

Andre giver også udtryk for, at de bruger teorien om nærmeste udviklingszone for at vide, hvor meget støtte beboeren har brug for i hverdagen og dennes udfordringer. Én udtaler at: *Nuzo er enormt vigtigt for at finde lige præcis det punkt, hvor at man kan klare en udfordring på egen hånd eller med lidt støtte, så man ikke risikerer at stagnere, enten fordi det er for kedeligt eller fordi det er for svært* (B, 249-260).

At ergoterapeuterne oplever at det har en effekt, at de bruger de forskellige ergoterapeutiske teorier, fremgår af en af ergoterapeuternes oplevelse med at arbejde med

en psykisk syg dame, som var meget styret af angst og neuroser. Ergoterapeuten lavede en aktivitetsanalyse samt en fuldstændig struktureret plan for, hvordan beboerens hverdag skulle se ud og fik sine kolleger til at følge op på denne plan. Hun oplevede en markant forandring i beboerens adfærd og slutter sin beretning med ordene: *Hun blev bare så god, at hun gik ned og fik sig et job i vores kantine samt flyttede i egen lejlighed og er medicinfri* (E, 349-356).

Én af ergoterapeuterne anvender meget de canadiske modeller med nærmeste udviklingszone og nævner specifikt CMOP'en da hun oplever, at den har alle aspekter med: *Både spirituality, som jeg synes er utrolig vigtig, da det er der meningsfuldheden kommer ind og så de fysiske, psykiske og kognitive funktioner i samspil med omgivelserne og rammerne og alt fra økonomi til netværk* (F, 158-177).

Nogle af ergoterapeuterne beskriver også, at de anvender mål og midler for at finde ud af, hvordan de bedst kan hjælpe beboerne. Én beskriver at, det at lave sociale handleplaner, er som en forhandlingssituation, idet beboeren siger, hvad denne ønsker og hvor ergoterapeuten er der for at hjælpe beboeren i denne proces. Hun siger: *Jeg er der til at vurdere og guide beboeren i at sætte nogle realistiske mål. Så sætter vi nogle delmål og måske et langsigtet mål* (F, 554-561).

Ikke alle ergoterapeuterne oplever at de teorier og modeller de lærer om på deres uddannelse, er noget de bruger i det virkelige arbejdsliv. En ergoterapeut udtaler: *Jeg kan huske at vi brugte meget tid på den der MoHO for eksempel da jeg læste derinde. Hold da op, jeg kan overhovedet ikke huske, hvad den handler om i dag* (B, 800-804).

En anden gør sig flere tanker om den manglende teoretiske baggrund, hun oplever at have på sit arbejde nu og siger blandt andet: *Skal jeg være helt ærlig, så ligger de ergoterapeutiske teorier og modeller meget fjernt for mig, så det er faktisk ikke noget jeg bruger til daglig* (A, 202-213) (...) *og gad vide om jeg skal et andet sted hen, hvor jeg har brug for at bruge det og kan jeg det så ikke* (A, 350-353).

7.1.2 Ergoterapeutisk ræsonnering

Med ræsonnering mener vi de ergoterapeutiske tanker og refleksioner, ergoterapeuterne gør sig i samarbejdet med beboerne samt de tanker, de selv gør sig fagligt under disse forløb.

Mange af ergoterapeuterne oplever, at de gør sig en del refleksioner omkring beboernes symptomer og sygdomsbillede. For nogle fylder disse refleksioner meget. Én siger blandt andet, at hun hele tiden gør sig refleksioner om beboernes symptomer og sygdomsbillede. Endnu én giver udtryk for, at hendes fokus i disse refleksioner er mere psykologiske end ergoterapeutiske. Hun bruger blandt andet sin viden omkring psykose eller personlighedsstrukturer til at være fokuseret på, hvad der sker i samspillet mellem hende og beboeren. Andre derimod oplever at de har disse refleksioner, men det er ikke dem der fylder mest. De er mere optaget af andre ting i forhold til beboerne. For eksempel siger én: *Jeg synes at aktivitetsproblematikkerne er meget mere relevante* (F, 227-228). En anden siger: *Jeg ser mere på personen og deres ressourcer* (C, 134-136).

En del af ergoterapeuterne har erfaringer med at gøre sig mange overvejelser, omkring hvilke forhold der skal ændres, for at beboerne kan få et meningsfuldt liv, både nu og i fremtiden. Én af ergoterapeuterne arbejder konkret med CMOP, da hun føler at den er god til at skitsere de forskellige aspekter omkring et meningsfuldt liv, såsom det kognitive, fysiske, økonomi, netværk og det samfundsmæssige. En anden oplever at det er, når de sociale handleplaner laves, at hun har mulighed for at tale med beboerne og derigennem finde ud af, hvilke ressourcer de har i sig og spørge dem: *Hvad skal der så ske fremover? Hvad er dine drømme og hvordan når vi så derhen?* (E, 280-298).

Nogle af ergoterapeuterne oplever at det at have samtaler med beboerne og spørge relevant ind til deres ønsker og behov for både nutiden og fremtiden, har en positiv effekt på arbejdet med beboerne. Én tænker meget i aktiviteter og delprocesser, for derigennem at hjælpe beboeren til at nå de mål de har sat sig. En anden bruger det klientcentrerede perspektiv, når hun spørger ind til beboernes ønsker og siger: *Jeg bruger klientcentrering ved at spørge ind til, hvordan de synes at vi kan nå målene. Så støtter og vejleder jeg og spørger ind til, hvad de synes om det og det* (C, 158-169).

Selv om flere oplever at have mange overvejelser og refleksioner med i deres arbejde omkring beboerne, er der også én der oplever det modsatte. Hun ved som udgangspunkt ikke, hvad beboerne fejler og har derfor svært ved at reflektere over deres sygdomsbillede. Hun giver udtryk for, at hun gerne vil være bevidst om de ting hun gør i sit arbejde, men siger så: *Jeg må da nok indrømme at i dagligdagen, der kører det bare derud af, uden at tænke over hvad det egentlig er man gør* (A, 328-331).

7.2 Arbejdsopgaver

Nedenstående viser at ergoterapeuternes arbejdsopgaver spænder vidt.

Afsnittet belyser både hvilke arbejdsopgaver ergoterapeuterne finder ergoterapeutiske og ikke-ergoterapeuterne samt hvorfor.

7.2.1 Opleves som ergoterapeutiske

Her menes de arbejdsopgaver som ergoterapeuterne oplever, er ergoterapeutiske.

Flere af ergoterapeuterne fortæller, at når de oplever deres arbejdsopgaver som ergoterapeutiske, er det fordi det handler om beboernes aktiviteter i dagligdagen. Det kan være i forbindelse med de sociale handleplaner, hvor der tages udgangspunkt i aktivitetsproblematikker og der sættes mål. En ergoterapeut fortæller:

Jeg opfatter i højeste grad mine arbejdsopgaver som værende ergoterapeutiske, specielt i forbindelse med sociale handleplaner, hvor vi støtter målbare mål, taler om meningsfuldhed, tager udgangspunkt i aktivitetsproblematikker og sætter nogle mål (F, 423-428)

En anden mener at arbejdsopgaverne er så ergoterapeutiske, at de andre faggrupper også udfører ergoterapi. Andre arbejdsopgaver som de finder ergoterapeutiske, handler blandt andet om at hjælpe og støtte beboerne i at finde frem til, hvad der er meningsfuldt for dem og hvordan en hverdag kan hænge sammen. Arbejdsopgaverne kan for eksempel bestå i at lave en aktivitetsanalyse på en beboer, som måske er mellem en og tre timer om at komme i bad og få tøjet på.

Mange af ergoterapeuterne har fundet en ergoterapeutisk tilgang til deres arbejdsopgaver, men beskriver samtidig at det også afhænger meget af, om man har en ergoterapeutisk indstilling til tingene. Én af ergoterapeuterne giver udtryk for, når hun nu kommer ind med sine ”ergobriller” på, så synes hun lynhurtigt, at det er ergoterapi hun kan gå og gøre. En anden ergoterapeut siger: *Jeg synes det er meget ergoterapeutiske opgaver jeg laver, men jeg tror også, det er hvad man gør det til. Jeg kunne stå ude i køkkenet og lave mad med en beboer og så lade være med at tænke ergoterapeutisk. Så det er hele tiden et valg at jeg gør* (F 438-443).

7.2.2 Opleves som ikke-ergoterapeutiske

Med dette mener vi, de arbejdsopgaver som ergoterapeuterne ikke oplever, er ergoterapeutiske.

Af de arbejdsopgaver som ergoterapeuterne oplever som ikke-ergoterapeutiske, er både praktiske og administrative opgaver. De administrative opgaver kan også bestå af opdatering af medicinark, handleplaner, opdatere og få skrevet i kalenderen samt skrive i notatark. Én af ergoterapeuterne siger om sine administrative opgaver at: *Jeg har typisk sådan nogle opgaver som at dokumentere og skrive journaler og skrive vurderinger* (B 690-693).

For nogle af ergoterapeuterne kan de praktiske arbejdsopgaver for eksempel bestå i at administrere medicin samt have ansvaret for, at det bliver givet og doseret rigtigt. En anden af ergoterapeuterne beskriver sine praktiske arbejdsopgaver som: *Vi har én der er meget plejekrævende i afdelingen, så der indgår også deciderede plejeopgaver, tøjvask, rengøring i køkkenet. Der er forskellige praktiske opgaver såsom at hente vaskemønter og lave regnskaber og handleplaner* (C 69-74).

Selvom arbejdsopgaverne ikke nødvendigvis opleves som ergoterapeutiske kan ergoterapeuterne godt være glade for opgaverne. Én af ergoterapeuterne fortæller i den forbindelse at:

De opgaver som jeg ikke føler, er ergoterapeutiske, er for eksempel med en beboer som er meget velfungerende og sagtens kan gå i byen selv, men synes det er meget

hyggeligt at jeg går med. Så gør jeg det mest for hyggens skyld og for at have en relation til hende (D 652-655).

Flere af ergoterapeuterne fortæller om hvordan de oplever de administrative og praktiske opgaver. Mange af dem giver udtryk for, at dokumentationen af deres arbejde er nødvendigt og vigtigt for dem, blandt andet i forhold til at berettige deres tilstedeværelse. Én af ergoterapeuterne fortæller: *Jeg synes det er meget vigtigt at dokumentere for at kvalitetssikre vores arbejde (F, 480).*

Det opleves som en del af jobbet, at der skal løses en masse praktiske ting for at det kan fungere. Én mener ikke at det administrative fylder så meget, at det tager tid fra beboeren. Omvendt mener en anden, at der går tid af fra beboerne og det er på sin vis rigtig ærgerligt, men det er beboerne til gavn i sidste ende.

Selvom ergoterapeuterne oplever at det er nødvendigt og vigtigt at dokumentere deres arbejde, er der nogen der føler, at det ikke altid er lige spændende, men absolut nødvendigt, både for at kunne formidle viden til dem som ikke lige er på arbejdet på samme tid, men også for at beboerne ikke skal opleve for meget usikkerhed og mangel på struktur fra personalets side. Én af ergoterapeuterne udtaler om de administrative opgaver at:

Nogle gange så kan jeg godt blive enormt frustreret over alt det her administrative, altså jeg kan godt blive, ej, skal jeg nu ind og skrive det igen og det er da så ligegyldigt, men det er jo også en måde, at nedfælde min tavse viden på. Jeg kan godt synes det er helt vildt træls og tungt, men jeg tror det er godt for noget (E 671-685).

7.3 Samarbejdet med de andre faggrupper

Med dette mener vi, de oplevelser ergoterapeuterne har med at arbejde på sammen med andre faggrupper, og hvilke påvirkninger det kan have på dem som fagpersoner.

7.3.1 Samarbejdsformer

De samarbejdsformer som ergoterapeuterne oplever at arbejde under og hvilken betydning de har for deres fagspeciale.

Flere af ergoterapeuternes holdning til at arbejde sammen med forskellige faggrupper er at det er rigtig vigtigt, idet man tager det bedste fra hinanden. De kan nogle forskellige ting og kommer med forskellige tilgange og indgangsvinkler til individet og til hvordan man skal gribe tingene an. Én af ergoterapeuterne udtaler:

At arbejde i et tværfagligt team og på lige fod, synes jeg er fedt. Jeg synes også det er fint, at man laver de samme ting, men måske med nogle forskellige indfaldsvinkler og forskellige refleksioner. Det giver et bredere perspektiv, end hvis det kun havde været monofagligt (D, 1076-1080).

En anden ergoterapeut kommer med hendes bud på, hvorfor hun synes at nogle faggrupper er mere vigtige end andre:

I vores tilfælde så er der nogen der får depot-injektioner, og i og med at vi som ergoterapeuter og pædagoger ikke tager vare omkring det, så er det assistenter vi skal have ansat. Var der ikke injektioner, så synes jeg ikke at det var nødvendigt med assistenter, fordi de ikke har den relevante uddannelse. De er ikke specialuddannede i psykiatri (F, 39-81).

Flere af ergoterapeuterne mener at fællesfaglighed beskriver deres arbejdsplads bedst. De oplever at de overlapper hinanden meget og faggrupperne løser opgaverne på samme måde. Én af ergoterapeuterne føler dog, at der er flere måder at gøre tingene på og dér kommer det tværfaglige ind, fordi man har nogle forskellige måder at omgås et problem på. En ergoterapeut som beskriver fællesfaglighed på hendes arbejdsplads siger: *Vi sparrer jo og vi snakker om vores forskellige indfaldsvinkler, men vi laver stort set det samme. Den eneste forskel det er at SOSU-assistenterne står for medicinen (C, 373-380).*

Flere af ergoterapeuterne fortæller hvordan det, at de har den samme fremgangsmåde i forhold til beboerne og de samme opgaver, gør det svært at være ergoterapeut. Én af ergoterapeuterne fortæller at hun har en tendens til at flyde med i den der fællesfaglighed, hvor det hele bare smelter sammen og faggrænserne udviskes.

Adspurgte hvordan fællesfagligheden påvirker måden der udøves ergoterapi på, svarer en ergoterapeut: *Det kan betyde, at det kan være svært at etablere sin faglighed, så man kan arbejde med den og gøre den synlig, både for sig selv og andre og bruge det man rent faktisk har lært (B, 732-744).*

Fællesfagligheden kan betyde at man er nødt til og se bort fra nogen af de måder, som man almindeligvis ville gribe tingene an på. Én synes at det passer hende meget godt i hendes

måde at arbejde på og det giver stor frihed, til at kunne prøve det man har lyst til og synes er rigtigt.

Et par af ergoterapeuterne mener at tværfagligt samarbejde beskriver deres arbejdsplads bedst, idet de som faggrupper ikke er ens, men udveksler deres faglige viden og har forskellige indfaldsvinkler. Én af ergoterapeuterne fortæller hvorfor hun mener at der arbejdes tværfagligt i hendes team: *Jeg synes at jeg bruger mine kompetencer og jeg kan se, at de kompetencer jeg kører med, er ikke nogen pædagogerne og assistenterne kører med* (E, 549-556).

De oplever ikke at den samarbejdsform hverken begrænser eller byder på nogle muligheder for at udøve ergoterapi, idet det er op til den enkelte at arbejde ergoterapeutisk med beboerne. Den ene fortæller faktisk at: *Det tværfaglige samarbejde gør mig jo overbevist om, at min retning er rigtig, at det jeg gør, er okay og jeg er ikke længere i tvivl om, at det specifikke jeg går og gør, det er godt nok* (E, 593-596).

7.3.2 Videreformidle ergoterapeutisk viden

Her menes, på hvilke måder ergoterapeuterne får videreformidlet deres faglige viden og hvordan det påvirker dem i samarbejdet med de andre faggrupper.

En del af ergoterapeuterne får videreformidlet deres ergoterapeutiske refleksioner om beboerne til de andre faggrupper. Dette foregår blandt andet i handleplaner, ved faglige fora samt ved team- og personalemøder. Én af ergoterapeuterne synes for eksempel, at hun byder meget ind med hendes observationer, ideer og refleksioner om beboerne og hvordan man kan gøre målene målbare i de sociale handleplaner. En anden ergoterapeut bidrager med viden om meningsfulde aktiviteter. Endnu én giver udtryk for, at hun er god til at byde ind med sine refleksioner på personalemødet og kommer med et eksempel på, hvad hun synes kunne være et problem i madlavningssituationen med beboerne:

Det kunne være at jeg synes at frokosten foregår træls og jeg synes, det kunne være federe hvis det var beboeren, der var med til at stille tingene frem og få dækket bordet, frem for at vi bare gjorde det, eller hvis der ikke dukker nogen op til madhold, hvad gør vi så? (E, 812-824).

Nogle af ergoterapeuterne har på deres arbejdsplads fortalt om eller bidraget med ergoterapeutiske arbejdsredskaber som COPM og ADL-taxonomien, mens andre ikke har prøvet at dele ud af deres ergoterapeutiske viden til de andre faggrupper.

Et par af ergoterapeuterne fortæller at de godt kan opleve konflikter, når de taler med de andre faggrupper om de refleksioner de har gjort sig om beboerne. Men folk er pæne mennesker, så det er ikke på den grimme måde.

7.3.3 Referencerammer og værdier

Med dette menes de referencerammer og værdier, der præger arbejdspladsen og hvilken betydning det kan have for ergoterapeuternes tilgang til deres arbejdsopgaver.

Mange af ergoterapeuterne oplever at de arbejder under nogle specifikke referencerammer og én giver udtryk for, at referencerammerne skifter tema hvert år. Blandt andet arbejder en af dem med misbrug og sundhed, deriblandt kost og motion. Andre oplever at det er den medicinske tilgang til beboerne der præger arbejdspladsen, hvor man mener, at det at give patienten en pille kan få dem til at have det bedre.

En af de konkrete referencerammer ergoterapeuterne arbejder med, er recovery. En ergoterapeut oplever at det er nemt at udøve ergoterapi, da hun syntes at tankegangen ligger meget tæt op ad den ergoterapeutiske. En anden fortæller at de også arbejder med recovery hos hende, men at det er hver medarbejder frit for at arbejde ud fra de referencerammer, man finder anvendelige i arbejdet med beboerne og slutter med ordene: *Så det er en blanding af recovery og ens egen faglighed* (F, 145-152).

Der er dog også en ergoterapeut der ikke arbejder under nogen referenceramme på hendes arbejdsplads. Hun siger:

Det er ikke valgt nogen overordnet referenceramme her på stedet og det er der selvfølgelig delte meninger om, men det er blandt andet fordi vi ikke er et behandlingssted (A, 166-172).

En del af ergoterapeuterne har mange erfaringer med de mere bløde værdier på deres arbejdspladser og mange oplever at det er positivt. Nogle af værdierne handler om at

behandle hinanden med respekt og ligeværd, åbenhed og tolerance. Én af ergoterapeuterne siger:

Jeg er i et rigtig godt team, altså hvor at der er meget meget stor åbenhed omkring nye tiltag, nye tanker og hvis man kan argumentere godt for sin sag, så synes jeg bestemt der er plads til det og jeg synes at socialpsykiatrien er meget meget åben for andre vinkler (E, 697-700).

Flere siger at de værdier der kender tegner deres arbejdsplads, er meget samstemmende med deres ergoterapeutiske værdier eller deres egne personlige værdier i det hele taget. Om dette, siger den ene af dem: *Jeg synes de tværfaglige værdier stemmer meget godt overens med de ergoterapeutiske værdier, men det er også måske fordi, det stemmer meget godt overens med mine personlige værdier (D, 459-464).*

7.3.4 Anerkendelse fra de andre faggrupper

Dette skal forstås som den oplevelse ergoterapeuterne har af at føle sig anerkendt eller ej, både i forhold til personlige og faglige kompetencer.

Der er forskellige oplevelser af følelsen af at blive anerkendt på arbejdspladsen. Generelt har de alle positive erfaringer omkring det at blive anerkendt, men der er forskellige holdninger til, hvad det er de bliver anerkendt for. Én synes at hun bliver anerkendt for sine kompetencer og sit kontaktpersonsarbejde. Nogle føler sig ikke specielt anerkendt som ergoterapeuter, men til gengæld anerkendt som personer, enten personligt eller i det generelle arbejde. Herom siger én af ergoterapeuterne: *Det er svært at sige, om det er det ergoterapeutiske arbejde de anerkender, men de anerkender mig. Men om det lige er fordi at de synes, hold da op, sikke noget ergoterapeutisk fantastisk. Jeg er ikke altid helt sikker på de ved, hvad det lige er jeg går og gør (E, 890-893).*

7.3.5 Andre faggruppers viden om ergoterapi

Her menes den viden som de andre faggrupper har eller ikke har omkring ergoterapi og hvordan den udøves.

Flere af ergoterapeuterne i undersøgelsen har den erfaring, at mange af dem de samarbejder med, ikke rigtig er klar over, hvad en ergoterapeut er og hvad denne laver. Den ene fortæller at selv om hendes kolleger har arbejdet andre steder, hvor der er masser af ergoterapeuter, spørger de hende alligevel om, hvad det er hun laver som ergoterapeut. En anden siger at kollegerne ikke udfordrer hende nok, fordi de ikke helt præcist ved hvad det er hun laver som ergoterapeut. Én af dem siger: *Jeg synes at de andre faggrupper er nysgerrige på mit fag. Jeg tror med ergoterapi, at der er mange der ikke ved så meget om det og det kan også godt være ret diffust* (D, 858-863).

7.4 Faglig selvopfattelse

Med faglig selvopfattelse skal forstås de faktorer, som gør sig gældende eller kan have indflydelse på ergoterapeuternes måde at forstå deres egen faglighed på.

7.4.1 Påvirkning af faglig selvopfattelse

Med dette forstås de faktorer som kan opleves at påvirke den faglige selvopfattelse.

Nogle af ergoterapeuterne giver udtryk for hvorledes deres erfaring med at arbejde i socialpsykiatrien, spiller en rolle for i hvilken grad de føler sig kompetente. Én med halvandet års erfaring udtaler at: *Det her er mit første job som ergoterapeut. Så jeg føler ikke jeg kan så meget* (A, 798-799), hvor en anden som har arbejdet med ergoterapi i seks år beskriver at: *Min erfaring gør jo også, at jeg kan se forskellen på os meget tydeligt og det er ikke sikkert, hvis man kun har været her et år eller to, at man kan det. Men det synes jeg godt jeg kan nu* (F, 1121-1127).

For nogle ergoterapeuter har det at kunne sparre med egen faggruppe, gjort at de er blevet mere bevidste om egen faglighed. For eksempel fortæller én at: *Jeg har mulighed for at sparre med andre ergoterapeuter i hverdagen og jeg synes dette gør mig fagligt stærkere. Det sætter fokus på nogle ergoterapeutiske indfaldsvinkler, som jeg måske glemmer lidt nogen gange* (D, 402-424).

Flere af ergoterapeuterne oplever at de har svært ved at holde fokus på deres egen faglighed, når de arbejder fællesfagligt, da faggrænserne er flydende og fordi at de tit

varetager de samme arbejdsopgaver som de andre faggrupper. Blandt andet siger én at: *Jeg er ikke selv så opmærksom på min faglighed. Så jeg har en tendens til at flyde med i den der fællesfaglighed, hvor det hele bare smelter sammen og faggrænserne udviskes* (B, 1065-1075).

En ergoterapeut som arbejder tværfagligt, oplever hvordan det styrker hendes faglige selvopfattelse og udtaler: *Det tværfaglige samarbejde gør mig jo overbevist om, at min retning er rigtig, at det jeg gør, er okay og jeg er ikke længere i tvivl om, at det specifikke jeg går og gør, det er godt nok* (E, 593-596).

7.4.2 Faglige kompetencer

Den oplevelse ergoterapeuterne har af, hvad de rent fagligt kan byde ind med.

Der er nogle af ergoterapeuterne, som føler sig godt forankret i deres faglighed og som føler, at de kan bidrage med noget som de andre faggrupper ikke kan. Her fortæller én af dem: *Vi er uddannet inde for at sætte mål og gøre dem målbare ud fra beboerens ønsker, behov og meningsfuldhed. Det synes jeg at vi er rigtig gode til som ergoterapeuter og det er de andre ikke uddannet i og det kan man også godt se og mærke på nogen* (F, 615-632). Andre af ergoterapeuterne føler sig i mindre grad velfunderet i deres faglighed og tænker derfor ikke så meget over de forskellige ergoterapeutiske teorier og modeller. Én af dem siger: *Jeg er ikke så stærk i hele den der teoretiske del af ergoterapien. Det har været så langt fra mig og jeg går måske heller ikke så skide meget op i det, hvis det kommer til stykket* (A, 264-269).

7.4.3 Personlig eller faglig tilgang til arbejdet

Ergoterapeuternes oplevelse af, hvilken tilgang de har til deres arbejde.

En del af ergoterapeuterne har en oplevelse af, at det i højere grad er deres egen personlighed og erfaring end deres faglighed de gør brug af. Én af dem udtaler: *Jeg har meget tendens til at være mere mig selv end at være ergoterapeut i hverdagen* (C, 467-468).

7.5 Faglig udvikling

Inden for dette felt har undersøgelsen vist, at det der kendetegner ergoterapeuternes muligheder for faglig udvikling, både er indflydelsen fra egen og andre faggrupper samt muligheden for at deltage i ergoterapirelevante kurser.

7.5.1 Indflydelse fra andre faggrupper

Her menes den indflydelse de andre faggrupper kan have på ergoterapeuternes faglige selvopfattelse.

Flere af ergoterapeuterne oplever i deres samarbejde med de andre faggrupper, at de på den ene eller anden måde, bliver udfordret på deres faglige kompetencer. For nogle af ergoterapeuterne har det et positivt udfald, at de andre faggrupper er nysgerrige og spørger ind til, hvad man kan som ergoterapeut. For eksempel fortæller én af dem at: *Jeg synes at de andre faggrupper udfordrer mig på mine ergoterapeutiske kompetencer. De er gode til at stille nogle nysgerrige spørgsmål (...) Det tvinger mig til at reflektere over, hvorfor jeg gør som jeg gør og blive bevidst om de ting jeg gør* (F, 575-600).

Andre ergoterapeuter oplever at de mangler at blive udfordret på deres faglige kompetencer, både på grund af tidspres i teamet eller som en af ergoterapeuterne fortæller: *Nogle gange spørger kollegerne mig: Hvad er det nu en ergoterapeut egentlig laver? Og så er det altså svært for dem at komme til at udfordre, når de ikke en gang ved hvad det er jeg skulle lave* (B, 1037-1042).

7.5.2 Indflydelse fra andre ergoterapeuter

Her menes den indflydelse ergoterapeuterne indbyrdes kan have på hinandens faglighed.

Mange af ergoterapeuterne har i det daglige mulighed for at sparre med andre ergoterapeuter. Nogle gør det og andre har et ønske om at gøre det. For flere af dem gælder det at de oplever, at den monofaglige sparring styrker deres faglighed. Blandt andet bliver der sagt at:

Vi stiller hinanden nogle spørgsmål som får os til at reflektere over, hvorfor vi gør som vi gør, sætter ord og kobler teorier på. Vi giver hinanden inspiration og nye

ideer til, hvordan vi kunne gribe tingene an og om ADL-taxonomien ville være relevant for den enkelte, eller vi kunne bruge COPM (F, 320-344).

7.5.3 Mulighed for deltagelse i faglige kurser

Hvordan det kan påvirke ergoterapeuterne hvis de enten har mulighed for eller er begrænset i deltagelse af kurser der er rettet mod faget.

Ingen af ergoterapeuterne er blevet tilbudt kurser, som opleves ergoterapeutisk relevante og de har den klare opfattelse af, at hvis de vil deltage i den slags kurser, så skal de selv ud at opsøge og betale for det. Flere af dem har deltaget i kontaktpersonuddannelsen. Dette oplevede de dog ikke som ergoterapeutisk udviklende. En af ergoterapeuterne udtaler:

Vi skal på kontaktpersonkursus, men det er ikke specielt ergoterapeutisk. Men jeg ved at det der med de deciderede ergoterapeutiske kurser, der tror jeg selv at jeg skal ud og betale. Det er meget generelt de kurser vi kommer på her. Man skal ikke forvente, at du kommer på et ergoterapeutkursus og de betaler (C, 747-764).

8. Diskussion af resultater

I dette afsnit vil vi præsentere udvalgte resultater fra vores undersøgelser, som forholder sig mere eller mindre direkte til vores fokusområder. Resultaterne bliver diskuteret ud fra egne refleksioner samt relevant empiri og teori.

Diskussionen deles op i forhold til de tre fokusområder:

- Ergoterapeutisk ræsonnering
- Udøvelse af ergoterapi
- Integrering af faglig viden i det tværfaglige team

8.1 Ergoterapeutisk ræsonnering

En del af ergoterapeuterne fortæller, at de gør brug af ergoterapeutiske referencerammer, i form af modeller og teorier samt ergoterapeutisk ræsonnering. Dog er der nogle af ergoterapeuterne som giver udtryk for, at de ergoterapeutiske refleksioner, teorier og modeller ligger meget fjernt for dem. Én af ergoterapeuterne giver udtryk for, at teorierne og modellerne er blevet så fremmede for hende, at hun slet ikke bruger dem og udtrykker bekymring, omkring hvorvidt hun kunne varetage et arbejde, hvor hun ville få brug for sine ergoterapeutiske kompetencer. En anden giver udtryk for, at hun den dag i dag, ikke kan huske hvad MoHO handler om til trods for, at hun brugte meget tid på den i forbindelse med uddannelsen.

Vi har en formodning om, at arbejdsopgaverne og de omgivelser som ergoterapeuterne indgår i, kan have en vis indflydelse på, i hvor høj grad der ræsonneres ergoterapeutisk.

Mange af ergoterapeuterne der arbejder fællesfaglig giver udtryk for, at de varetager de samme arbejdsopgaver som de andre faggrupper. Det er et velkendt fænomen inden for socialpsykiatrien, at der arbejdes på tværs af faggrænser og vægten lægges på personlige kompetencer og relationer frem for fagspecifik viden og kompetence. Der er fare for at indsatsen ikke foregår på et optimalt fagligt niveau, men snarere ud fra en laveste fællesnævner (Adolph et al, 2000). Det vidner om at der ikke stilles de store faglige krav til de enkelte medarbejdere, hvorfor de så ikke er nødsaget til at gøre sig så mange faglige refleksioner og disse derfor ikke udvikles og benyttes.

Vi ved at omgivelser der udfordrer ens kapacitet, har en tilbøjelighed til at fremkalde engagement og maksimal ydelse, hvorimod omgivelser der forlanger ydelser som ligger under ens kapacitet, kan fremkalde kedsomhed og mangel på interesse (Kielhofner, 2006). Det kunne tyde på at de ergoterapeuter som i høj grad gør brug af ergoterapeutiske ræsonneringer, bliver mere udfordret på deres kapacitet end de ergoterapeuter, som i mindre grad ræsonnerer ergoterapeutisk.

Vi kan ikke give et klart svar på årsagen til, at nogle ergoterapeuter gør sig mange refleksioner mens andre ikke gør det, men et bud kunne være at der var en forholdsvis proportionel sammenhæng, mellem de udfordringer ergoterapeuterne stilles overfor og de refleksioner de gør sig.

8.2 Udøvelse af ergoterapi

Mange af ergoterapeuterne oplever at de arbejdsopgaver de har, er ergoterapeutiske. En overvejende grund hertil er, at opgaverne handler om beboernes aktiviteter i hverdagen. Flere af ergoterapeuterne har ansvar for de sociale handleplaner og via dem, tages der udgangspunkt i beboernes aktivitetsproblematikker og der bliver sat både mål og delmål. Andre arbejdsopgaver som de finder ergoterapeutiske, handler om at hjælpe og støtte beboerne med, at finde frem til hvad der er meningsfuldt for dem og hvordan en hverdag kan hænge sammen.

Flere af ergoterapeuterne har ganske enkelt fundet en ergoterapeutisk tilgang til deres arbejdsopgaver og siger om dette, at det handler meget om at have en ergoterapeutisk indstilling til de ting man laver. Én af dem siger at grunden til, at hun syntes hendes arbejdsopgaver er ergoterapeutiske, er fordi at hun vælger at tage sine ”ergobriller” på. En anden siger at det med at se det ergoterapeutiske i sine arbejdsopgaver, handler meget om et bevidst valg hun gør sig.

At have en ergoterapeutisk tilgang til sine arbejdsopgaver, mener vi i et vist omfang kræver, at man gør brug af sin ergoterapeutiske ræsonnering. For nogle af ergoterapeuterne opleves det, at de gør sig mange refleksioner i forbindelse med arbejdsopgaverne, for andre er det knap så meget. Hvad kan denne forskellige oplevelsesverden skyldes? En mulig grund kan være at ergoterapeuternes følelse af handleevne er forskellig. Handleevne kan defineres som ens følelse af kapacitet og effektivitet (Kielhofner, 2006).

Vi mener at nogle af ergoterapeuterne oplever en større forståelse fra de andre faggrupper, i forhold til deres udøvelse af ergoterapi end andre, og denne anerkendelse kan være med til at øge lysten til at bruge sit fag i hverdagen.

Når vi har en opfattelse af os selv som værende dygtige og effektive, er vi tilbøjelige til at handle og skabe endnu flere beviser for vores talent. Vi vil som mennesker være tilbøjelige til, at gå i gang med det vi føler os dygtige til og undgå det, som truer os med nederlag (Kielhofner, 2006).

Omvendt vil følelsen af at skulle holde sin faglighed tilbage, ikke virke befordrende for ens fagidentitet og det kan endda resultere i, at man mister grebet om sin faglige grundkerne.

Når vi får et syn på os selv som udygtige og ineffektive, føler vi os helt naturligt tvunget i en anden retning.

Når skam eller frygt for nederlag styrer en persons følelse af kapacitet, er der et manglende incitament til at tage risici, lære nye færdigheder eller få det bedste ud af det, man har. Et syn på ens kapacitet, som er plaget af negative sammenligninger med tidligere kapacitet eller med andres kapacitet kan være lige så begrænsende som en persons faktiske funktionsnedsættelse (Kielhofner, 2006).

Noget kan altså tyde på at anerkendelse fra de andre faggrupper, kan have en indflydelse på, i hvor høj grad ergoterapeuterne gør brug af deres faglige kompetencer.

En undren vi har haft omkring ergoterapeuternes samarbejdsformer er, at uanset om de arbejder tværfagligt eller fællesfagligt, føler at de i en eller anden grad bidrager med ergoterapeutisk viden til de andre faggrupper. Dette stemmer ikke overens med definitionen af samarbejdsformer, idet der i det fællesfaglige bliver lagt mere vægt på de personlige kompetencer end de faglige, og kun i det tværfaglige samarbejde fremgår det, at man vidensdeler. Denne tilsyneladende forvirring omkring begreberne og hvad de betyder, kan selvfølgelig godt skyldes, at ergoterapeuterne og deres arbejdsplads som udgangspunkt har en egen defineret holdning, til hvilken betydning der ligger i disse begreber. Langt mere sandsynligt er det dog, at vi i interviewsituationen ikke har fået forklaret dem nok om samarbejdsformerne og at de derfor ikke har haft ordentlige forudsætninger for at udtale sig om de forskellige arbejdsformer og deres betydning.

En grund til at ergoterapeuterne kan opleve det som svært at holde fokus på egen faglighed og dermed udøve den, er at flere af dem arbejder fællesfagligt. Én af ergoterapeuterne siger at det at arbejde fællesfagligt gør det svært for hende at være opmærksom på sin faglighed. Hun føler hun flyder med i fællesfagligheden, hvor alt smelter sammen og egne faggrænser

udviskes. En anden syntes at hun laver stort set det samme som de andre faggrupper. På trods af at faggrupperne sparrer og taler om deres forskellige indfaldsvinkler, er der alligevel ingen forskel i det arbejde de udfører, på nær at det er SOSU-assistenterne der står for medicinen. Ifølge Strong og Robinson (in Hughes, 2001) kan den manglende afgrænsede fagidentitet påvirkes af, at ergoterapeuter pålægges generelle arbejdsopgaver samt forventninger om, at de skal arbejde ud over de faglige grænser. Dette kan være med til at svække ergoterapeuters muligheder for at udvikle sine faglige kompetencer.

Noget kan tyde på, at den rolle man forventes at have på sin arbejdsplads, tilsyneladende har en stor indflydelse på, hvor meget ens faglighed fylder og bruges i hverdagen, både i forhold til samarbejde og vidensdeling. At opleve sin fagspecifikke rolle være nedprioriteret er derfor ikke det bedste udgangspunkt, for at kunne integrere og udøve sin faglige viden til de andre faggrupper eller i ens arbejdsgang, da denne manglende forventning til ens fagspeciale, vil påvirke ens eget syn på sin faglighed, med risiko for at det blegner og træder mere og mere i baggrunden (Kielhofner, 2006).

Med dette in mente er det derfor interessant at erfare, at de ergoterapeuter der oplever at deres arbejdstilgang er tværfaglig, føler sig meget mere anerkendte for deres ergoterapeutiske baggrund og derfor har et helt andet positivt forhold til det at vidensdele og gøre brug af de fagspecifikke kompetencer. Vi mener at de virker mere bevidste omkring deres faglighed, mere reflekterende over de modeller og teorier de anvender i praksis og mere afklarede omkring, hvad de fagligt kan byde ind med, som de andre faggrupper ikke kan. Dette falder i god tråd med følgende citat om tværfagligt samarbejde:

Tværfagligt samarbejde er en arbejdsform hvor man udnytter de enkelte faggruppers fagspecifikke viden og tilgang i en integreret, helhedsorienteret indsats, for eksempel i form af teamarbejde. I denne arbejdsform anerkender man typisk at der både er fagspecifikke og fællesfaglige arbejdsopgaver, og at faggruppernes indsats nok er ligeværdig, men ikke ens (Adolph et al, 2000).

Der kan være belæg for at sige at samarbejdsformerne har en indflydelse på ergoterapeuternes muligheder for at udøve ergoterapi. Det tværfaglige samarbejde kan på mange måder virke befordrende for ens fagspeciale, hvorimod det fællesfaglige samarbejde kan svække ergoterapeuternes muligheder for at udvikles fagligt.

En af ergoterapeuterne har udtalt, at arbejdsopgaverne på hendes arbejdsplads er så ergoterapeutiske, at de andre faggrupper også udfører ergoterapi. Denne opfattelse af arbejdsopgaverne har fyldt os med en del undren. Hvilket belæg har hun mon for at komme med sådan en udtalelse? Hvad er hendes argument for at have denne holdning? Forholder det sig sådan som hun siger og hvis det gør, hvordan påvirker det så samarbejdet mellem hende og de andre faggrupper?

Vi må desværre erkende, at vi ikke har svarene på disse spørgsmål. Dette kunne sagtens skyldes, at vi i interviewet med pågældende ergoterapeut, ikke har været fokuseret nok på denne udtalelse og derfor heller ikke fået spurgt nærmere ind til, hvad der kunne ligge bag den. Vi vil derfor prøve at belyse de mulige årsager til, hvad der kan ligge bag denne holdning til arbejdsopgaverne samt hvilke eventuelle konsekvenser, denne indstilling kan have på hendes arbejdstilgang.

Vi ved fra vores forforståelse at, det at arbejde i socialpsykiatrien kan byde på mange faglige udfordringer, fordi fagene er så sammensmeltede og der arbejdes meget ud fra personlige kompetencer i stedet for faglige. At skulle jonglere mellem sådanne to rollesæt på ens arbejdsplads, en faglig og en personlig, må nødvendigvis stille store krav til den der skal udøve disse roller. For det første er der ens egen rolleopfattelse. Måske ser man sig selv som ergoterapeut med stort ”E”, men på arbejdspladsen er der ingen forventning om, at man udfylder denne faglige rolle. Den faglige specialisering der ligger i rollen, er ikke efterspurgt på arbejdet og man kan opleve et tab af sin faglige rolleidentitet.

Bag alle roller skjuler der sig rollemanuskripter. Det er strukturer, der leder folk under udøvelsen af deres adfærdsmønstre. De giver rolleindehaverne en generel ide om, hvad der forventes af dem, og hvem de forventes at interagere med. Disse manuskripter er ikke et sæt eksplicitte instrukser, men rettesnore for, hvordan man skal improvisere en rolle (Kielhofner, 2006).

Tab af identitet og selvagtelse kan opstå når man påtager sig roller, som man finder mindre vigtige eller når man mister roller (Kielhofner, 2006).

Der ligger altså en mulig risiko for tab af den faglige rolleidentitet, når der ikke er nogen forventninger til ens faglighed på arbejdspladsen.

Dette mener vi kunne være én af grundene til, at føromtalt ergoterapeut pludselig ser alle sine arbejdsopgaver som værende ergoterapeutiske. Hun er ikke længere i stand til, fagligt, at redegøre for hvilke arbejdsopgaver der er ergoterapeutiske og hvilke der ikke er. En anden og meget mere tilforladelig grund til hendes udtalelse kunne være den, at de på hendes arbejdsplads, arbejder rigtig meget med dagligdagsaktiviteter. Disse aktiviteter er

netop et af ergoterapifagets kerneområder og når det er det, hun oplever at arbejde mest med på sin arbejdsplads, kunne man forestille sig at hun dermed drager den konklusion, at det er arbejdsopgaver der er så fyldt med ergoterapi, at det ikke kun er hende, men også de andre faggrupper der varetager dem.

8.3 Integrering af faglig viden i det tværfaglige team

Ud fra vores undersøgelsesresultater kan vi se, at flere af ergoterapeuterne forsøger at videreformidle deres faglige viden til de andre faggrupper, igennem både handleplaner, faglige fora, team- og personalemøder. Én af dem fortæller, at grunden til hun syntes det er så vigtigt at videreformidle og dokumentere det hun laver er fordi, hun derigennem har muligheden for at kvalitetssikre sit arbejde. Nogle oplever det som en meget naturligt ting at videreformidle deres faglige viden og gør det meget, mens andre stort set ikke benytter sig af det.

Denne forskel i vidensdeling kan der være flere grunde til. En årsag kunne være, at det kan være svært at bidrage med deres ergoterapeutiske viden hvis deres fagidentitet er svækket, og de derfor ikke er så bevidste om deres faglighed. Dette må ses i forhold til at der, i socialpsykiatrien, overvejende fokuseres på personlige, frem for faglige kompetencer, og dette kan bevirke at det kan være svært at identificere og afgrænse den enkelte medarbejders faglige baggrund. Derfor er det på ingen måde underligt, at nogle medarbejdere kan blive usikre, fordi de er i tvivl om deres faglige særkende og hvad de kan tilbyde (Fagligt netværk socialpsykiatri, xxxx).

En anden årsag kunne være den forventning omgivelserne har til ergoterapeuternes rolle som kollega og medarbejder. Ingen af ergoterapeuterne er ansat som ergoterapeut, men i stedet som henholdsvis kontaktpersoner, handleplansansvarlige og cafémedarbejder. Vi formoder derfor at der ikke umiddelbart i ansættelseskriteriet, er en forventning om, at de varetager rollen som ergoterapeut, men derimod at de varetager arbejdsopgaver som også varetages af de andre faggrupper.

Til trods for at ergoterapeuterne formodentlig altid vil have en vis frihed i måden de udformer deres arbejdsrolle på, er det alligevel meget sandsynligt at kollegernes forventning til denne rolle, vil kunne lægge et socialt pres på dem og hvis forventningen er, at man ikke har en fagspecifik tilgang til sine arbejdsopgaver, er der en reel fare for at ergoterapeuterne fralægger sig denne fagspecifikke rolletilgang og i stedet påtager sig en

mere neutral samarbejdsrolle. *Behovet for social accept fra samarbejdspartnere, behovet for tryghed i arbejdssituationen samt frygten for konflikter gør det altid fristende at tilpasse sig forventningerne, selv om de mere eller mindre strider imod den enkeltes egne opfattelser* (Lauvås og Lauvås, 2006).

Ifølge Peck and Norman (1999) berettes det at ergoterapeuter kan enten forsvare deres enestående kompetencer, roller og ansvarlighed overfor deres fag, og modstå presset mod at blive ækvivalent med andre faggrupper i teamet, og derved løbe den risiko at blive opfattet som vanskelig og blive marginaliseret, eller ergoterapeuter kan acceptere, at de kan substituere for andre faggrupper i teamets aktiviteter og derved løbe risikoen at miste deres specifikke bidrag til ergoterapi.

På baggrund af denne viden formoder vi, at jo mindre anset eller jo mindre almindeligt det er på arbejdspladsen at dele ud af sin fagspecifikke viden til de andre faggrupper, jo mindre får man det gjort.

Flere af ergoterapeuterne udtaler at de bidrager aktivt med deres ergoterapeutiske viden. Én af dem syntes for eksempel at hun byder meget ind med sine observationer, refleksioner og ideer om beboerne og en anden af ergoterapeuterne udtaler, at hun føler hun arbejder på lige fod med sine andre kolleger. Og selv om de i sidstnævnte team laver de samme ting, er det alligevel med nogle forskellige indfaldsvinkler og refleksioner. Denne ergoterapeut føler sig både meget anerkendt og meget tryk i samarbejdet med sine kolleger. Dette mener vi kunne tyde på, at en af forudsætningerne for at kunne bidrage med sin faglige viden, er at man både er bevidst om, samt vedligeholder den ved at gøre brug af den.

At være bevidst omkring sin faglighed og være i stand til at vedligeholde den afhænger derfor meget af, hvordan de sociale omgivelser man arbejder i, anerkender denne faglighed. Det har stor betydning for ens faglige selvopfattelse, at man er godt integreret i sin faglighed og både føler sig tilstrækkelig anerkendt og kompetent til at kunne videreformidle den (Kielhofner, 2006).

Vi har erfaret at der er stor forskel på i hvor høj grad ergoterapeuterne føler sig anerkendt, men også forankret i deres faglighed og derfor i hvor høj grad, de bidrager med faglig viden og tænker over de forskellige ergoterapeutiske teorier og modeller.

At opleve, at ens fag ikke er særlig synligt på ens arbejdsplads, har flere af ergoterapeuterne erfaringer med. Vi har prøvet at belyse nogle af de vigtigste årsager til

dette med ergoterapeuternes egne ord samt ud fra relevant teori. Men en sidste væsentlig grund til at det kan forholde sig sådan er muligvis, at mange af deres kolleger ikke ved, hvad ergoterapi er og at det derfor er svært at arbejde med sit fag og få den fornødne forståelse og erkendelse af dets nødvendighed fra omgivelserne. Én af dem siger om dette, at selv om hendes kolleger har arbejdet andre steder, hvor der er masser af ergoterapeuter, så spørger de hende alligevel om, hvad det er en ergoterapeut egentlig laver. Denne problematik bekræftes af en anden af ergoterapeuterne, der oplever at hun mangler den faglige udfordring fra hendes kollegers side, fordi de simpelthen ikke helt præcist ved, hvad hendes rolle er som ergoterapeut. Dette stemmer også overens med, den i problembaggrunden belyste problemstilling omkring, at mange ergoterapeuter synes at det er svært at oplyse andre faggrupper om hvad det egentlig er de laver (Ergoterapeutforeningen, 2004).

En mulig forklaring på denne problematik kan være, at ergoterapifagets paradigme har været underlagt flere skift igennem det sidste århundrede. Paradigmet har gennemgået en stor, radikal forandring og faget befinder sig den dag i dag, midt i endnu et paradigmeskifte (Kielhofner, 2002).

Begrebet paradigme defineres i Gyldendals leksikon som en:

Filosofisk og videnskabelig betegnelse for et sammenhængende teorikompleks eller en metode, hvorfra en sag eller et problem ansues og behandles. Paradigmet er dermed en grundlæggende verdensanskuelse, der er bestemt af teori, begreber og det sprog, som den er formuleret i. Inden for videnskabsteorien har navnlig Thomas Kuhn arbejdet med paradigmebegrebet som ramme for enhver teoretiseren. Han hævder at en teoris gyldighed må testes ud fra holdbarheden af det paradigme, som den forudsætter, og at det gældende paradigme må udskiftes, hvis for mange videnskabelige problemer ikke kan løses ud fra det (Gyldendals leksikon, 2002, s.18).

En fælles, faglig kultur betyder, at man har fælles overbevisninger og perspektiver, som både er meningsgivende og styrer eller regulerer faglig handling. Som fagets kultur sætter paradigmet terapeuterne i stand til at forstå, hvad de foretager sig når de praktiserer på en meget generel måde; Det vil sige, at det giver dem en god forståelse af arbejdets karakter, dets primære anliggender og metoder samt dets værdier. Disse forskellige elementer i paradigmet giver den individuelle udøver og hele faget en synsvinkel og en selvopfattelse. Kort sagt paradigmet tilvejebringer faglig identitet (Kielhofner, 2002).

Men hvilken betydning kan det have for faget og dets udøveres fagidentitet, hvis paradigmet af flere omgange har været udsat for skift af fagets grundlæggende værdier og antagelser?

Ifølge Thomas Kuhn, amerikansk videnskabshistoriker og filosof, så involverer overgangen fra et paradigme til et andet et slags mellemstadium med krise, hvor medlemmerne af faget forkaster de vejledende principper, der er repræsenteret i det gamle paradigme. Forkastelse af tidligere paradigme kan for eksempel skyldes kritik af områdets paradigme fra eventuelle indflydelsesrige udenforstående eller en manglende evne til at tackle nogle af de nye problemer, som faget kan blive stillet over for. Da paradigmet er fagområdets basale kultur og begrebsmæssige synspunkt, er det sandsynligt at medlemmerne finder det foruroligende at opgive de tankebaner og fremgangsmåder som paradigmet foreskriver. Det er en vigtig kendsgerning, at et paradigmeskift på et fagområde, ændrer identitetsoplevelsen og visionen om praksis, som medlemmerne deler (Kielhofner, 2002).

To gange inden for det sidste århundrede, har ergoterapeuter oplevet at deres fag har været underlagt et paradigmeskifte. I øjeblikket befinder faget sig midt i endnu et paradigmeskift, hvor gamle tænkemåder og definitioner af faget forkastes og nye opstår. I dette ligger der store udfordringer for ergoterapeuter, for på trods af at: *En ny faglig kultur søger at fange det bedste fra de to tidligere paradigmer og opnå en stærk oplevelse af faglig identitet* (Kielhofner, 2002).

- Så indeholder den mellemliggende tid, fra det gamle er forkastet til det nye er integreret, en tid fuld af turbulens og faglig usikkerhed samt svagere fagidentitet imellem ergoterapeuterne. På baggrund af det, ergoterapeuterne har udtalt i interviewene, ligger der tilsyneladende et stort arbejde forude med at få faget ordentligt implementeret, videreformidlet og synliggjort, både i forhold til ergoterapeuternes egen opfattelse af deres faglighed, men i lige så høj grad i forhold til omgivelserne og deres viden, eller mangel på samme, omkring faget.

Dette kan være med til at belyse hvorfor det for nogle af ergoterapeuterne kan være svært at holde fast i deres faglige identitet og dermed videreformidle deres faglige viden til de andre faggrupper, og stemmer godt overens med at en medvirkende årsag til ergoterapeuters usikre fagidentitet også kan skyldes, at de, som nævnt i

problembaggrunden, igennem det seneste århundrede har haft et skiftende paradigme og en uklar faglig rollebeskrivelse (Kielhofner, 2002).

På baggrund af alle disse resultater, kan vi se at, et flere af ergoterapeuterne gør brug af både deres ræsonnering, deres udøvelse og deres integrering af ergoterapifaget på deres respektive arbejdspladser. De har gjort sig mange refleksioner omkring faget i forbindelse med interviewet og det har givet en masse spændende svar omkring de oplevelser og udfordringer, der ligger i at arbejde tværfagligt i et socialpsykiatrisk regi som ergoterapeut.

9. Diskussion af metode og materiale

9.1 Forskningstype og undersøgelsesmetode

Den kvalitative metode har været brugbar som forskningstype, til at få svar på vores problemstilling da metoden er egnet til at indhente viden om menneskelige egenskaber, såsom vores informanternes oplevelser. På grund af en forholdsvis begrænset viden og erfaring omkring ergoterapeuters praksis i socialpsykiatrien, var den kvalitative metode god at bruge, fordi vi på forhånd ikke havde en oversigt over relevante svarmuligheder på vores problemstilling. Den fænomenologiske tilgang var god at bruge, idet at essensen af informanternes udsagn forblev intakte. Dog kan vi ikke udelukke at vi kan have fortolket undervejs, da man som forsker i en eller anden grad, befinder sig mellem det beskrivende og fortolkende (Malterud, 2004).

Det kvalitative forskningsinterview har været brugbart som undersøgelsesmetode, da vi fik en åben og nuanceret beskrivelse af informanternes livsverden, samtidig med at vi havde fokus på bestemte temaer (Kvale, 1997). Metodens åbenhed bidrog også til, at vi fik mange spændende resultater som vi i starten ikke havde søgt efter.

9.2 Udvalgelse af informanter

Med henblik på vores kriterier viste det sig, at de ikke alle blev opfyldt. Kriterierne om at informanterne skulle have arbejdet tværfagligt og varetaget samme stilling på et socialpsykiatrisk bocenter i minimum to år, måtte vi gå på kompromis med, da nogle af dem vi fik fat i, kun havde været ansat i halvandet år. Kriteriet om at udfylde rollen som kontaktperson, blev heller ikke opfyldt for alle informanternes vedkommende, idet vi ikke var opmærksomme nok på, at få spurgt ind til dette i forbindelse med den telefoniske kontakt. Konsekvensen af ovenstående har muligvis givet sig til udtryk ved, at det for nogle af informanterne var svært at svare relevant på nogle af vores spørgsmål, som relaterede sig til arbejdsopgaverne og kontakten med beboeren. Vi synes at antallet af informanter var tilpas dækkende for at svar på vores problemstilling, da det var vores oplevelse, at ergoterapeuternes faglighed og måderne de arbejdede på, spændte vidt fra en svag til en stærk faglighed og fra at arbejde fællesfagligt til tværfagligt. Men omvendt har

vi også haft overvejelser omkring, at flere informanter ville have givet en større datamætning (Kvale, 1997).

9.3 Kontakt til informanter

Det kan have påvirket informanternes svar, at vi i informationsbrevet og i den telefoniske kontakt, fortalte hvad undersøgelsen omhandlede og opfordrede dem til at reflektere over, hvordan det opleves, at arbejde med sin monofaglighed i det tværfaglige samarbejde som ergoterapeut i socialpsykiatrien. Hvis vi have holdt formålet med undersøgelsen tilbage, ville vi måske få ergoterapeuternes mere umiddelbare synspunkter om emnet. Vores hensigt med at fortælle om formålet, var at informanterne med denne information havde bedre mulighed for at forberede og gøre sig nogle tanker omkring deres praksis samt at de vidste, hvad de gik ind til (Kvale, 1997).

9.4 Interviewform

Som nævnt i metodeafsnittet valgte vi at benytte os af det semistrukturerede interview. Det viste sig dog, at vores interviewform blev noget mere struktureret end den semistrukturerede tilgang lægger op til og informanterne derfor ikke fik mulighed for at tale så frit, som vi havde til hensigt. Dette kan have betydet at deres udtalelser ikke var særlig righoldige og nuancerede. Det vil afhænge af det særlige design der er valgt, om spørgsmålene og deres rækkefølge er forudbestemt og bindende for interviewerens, eller om hvor tæt hun skal følge guiden og hvorvidt hun skal forfølge informantens svar. Den semistrukturerede form indeholder en skitse over emner der skal dækkes og forslag til spørgsmål. Men vi valgte i vores tilgang, at alle vores spørgsmål skulle stilles i samme rækkefølge til alle informanter, med henblik på at lette den videre bearbejdning af materialet (Kvale, 1997).

9.5 Udarbejdelse af interviewguide

Interviewguiden var velegnet til at indsamle data som belyste vores problemstilling. Dog erfarede vi, at nogle af interviewspørgsmålene ikke var så dynamiske og forståelige som først antaget. Det viste sig i flere af interviewene, at interviewerens måtte forklare hvad der mentes med et spørgsmål eller gentage det. I de situationer var det gavnligt at vi havde

nedskrevet stikord til interviewspørgsmålene, som interviewer kunne forklare ud fra, hvis informanten ikke forstod spørgsmålet eller gik i stå. Spørgsmålenes udformning blev formentligt påvirket af vores egen forforståelse samt en vis grad af indforståethed. Idet at informanterne fandt nogle af spørgsmålene svært forståelige, kan der sås tvivl om gyldigheden af deres udsagn, da de kan have opfattet nogle af spørgsmålene anderledes end hvad der var tilsigtet. Et eksempel på uforståelige spørgsmål var blandt andet om værdier i det tværfaglige team og hvordan disse påvirkede ergoterapeutens valg i at udøve ergoterapi på. Intervieweren måtte til tider selv prøve at forklare meningen med disse spørgsmål. Når forklaringen informanterne fik, ikke nødvendigvis har været enslydende, har de ikke haft de samme forudsætninger at basere deres svar på.

9.6 Pilotinterview

Vi valgte ikke at anvende data fra pilotinterviewet, da interviewet var kortfattet og hensigten udelukkende var at bruge det til at korrigere vores interviewguide. Endvidere kendte intervieweren og informanten hinanden, da de arbejdede samme sted. Dette kunne skabe en interessekonflikt og stille både intervieweren og informanten i et dårligt lys på arbejdspladsen.

Udfaldet af pilotinterviewet var at nogle af vores spørgsmål blev slettet, idet informanten følte at hun havde svaret på nogle spørgsmål flere gange i interviewet. Andre spørgsmål blev omformuleret, da de ikke var adækvate i forhold til at besvare vores problemstilling.

9.7 Interviewers rolle

Det var godt at bruge den samme interviewer til alle seks interviews, da hun fik erfaring og rutine i sine spørgeteknikker, i forhold til hvordan hun skulle indhente data der besvarede vores problemstilling. Hun udviklede herved sine kompetencer i interviewstilen (Kvale, 1997).

Intervieweren oplevede at vores spørgsmål nogle gange, kunne virke lidt konfronterende i forhold til informanternes faglighed, hvorfor nogle af informanterne havde en tendens til at gå lidt i forsvarsposition eller føle sig stødt. Intervieweren følte i disse situationer et behov for i højere grad, at være anerkendende overfor deres udsagn, vise forståelse samt skabe en rar og mere afslappet stemning. Dette med henblik på at informanterne følte sig sikre nok til at tale åbent og frit om deres oplevelser og følelser (Kvale, 1997).

9.8 Interviewsituationen

Intervieweren oplevede i de første par interviews, at hun på grund af uerfarenhed omkring det at interviewe, ikke fik spurgt så meget ind til meningen i det informanterne sagde. I de senere interviews blev intervieweren bedre til, at stille afklarende spørgsmål med det formål at få svar der var relevante for vores problemstilling.

Briefingen var god at bruge til at fortælle om interviewets formål og de praktiske ting med interviewet. Herigennem fik informanterne genopfrisket, hvad undersøgelsen gik ud på og kunne komme med spørgsmål inden interviewets start.

Debriefingen fungerede godt i forhold til at få bekræftet, om informanternes udsagn var opfattet korrekt og så kunne de også komme med supplerende oplysninger, hvis der var noget de ville uddybe.

9.9 Dataindsamling

At optage interviewene på mp3-optager var en god måde at indsamle data på, fordi denne fremgangsmåde gjorde data lettere tilgængelige og mere håndterbare (Andersen et al, 1999). Vi havde dog en episode, hvor vi først fandt ud af, at optageren ikke var tændt ved interviewets afslutning. Vi måtte derfor udføre interviewet igen. Dette kan muligvis have påvirket informantens refleksioner ved det andet interview, idet hun havde hørt spørgsmålene før.

9.10 Transskribering

Vi oplevede at de udførlige retningslinjer vi havde lavet for transskriptionerne generelt fungerede godt, da vi hver især ikke var i tvivl om, hvordan vi skulle skrive dem.

Transskriptionerne blev nedskrevet ordret for at undgå subjektive fortolkninger, hvilket øgede pålideligheden (Kvale, 1997). Vi vil også mene at det, at de forskellige transskriptioner blev lavet af de personer som var til stede under interviewene, gjorde at eventuelle misforståelser blev ryddet af vejen (Malterud, 2004). Vores transskriptioner havde måske været mere pålidelige, hvis vi havde fået en anden, der ikke var til stede ved interviewene, til at kontrollere dem (Kvale, 1997).

9.11 Etiske overvejelser

Vi oplevede ikke at vores problemstilling blev opfattet negativt af informanterne, men nogle af informanterne følte at de spørgsmål der blev stillet, var ligesom at være til eksamen. Et par af ergoterapeuterne gav udtryk for, at det var pinligt, at de ikke kunne svare på nogle af vores spørgsmål omkring hvilke teorier og modeller de brugte. Det vi kunne have gjort anderledes var, at undlade at udspørge dem mere end højst nødvendigt, hvis de ikke kunne svare på et spørgsmål, idet de her følte sig nødsaget til at svare. Omvendt kunne det så have haft den konsekvens, at vi ikke fik uddybet svarene tilstrækkeligt til at belyse vores problemstilling.

9.12 Dataanalyse/ Databearbejdning

Systematisk tekstkondensering var god at bruge som analysemetode, da den havde fire strukturerede trin til bearbejdning af kvalitative data. Metoden var dog en meget omfattende og tidskrævende måde at bearbejde data på.

Første trin med at danne sig et helhedsbillede af materialet og finde temaer fungerede godt, da vi havde en fælles opfattelse af, hvilke overordnede temaer der var i vores data.

Andet trin med at finde meningsbærende enheder var omfattende, fordi vi havde 130 sider materiale vi skulle gennemgå.

Kondenseringen som var tredje trin, var en god metode at bruge, da vi ved at fjerne pauser, fyldord og irrelevante udsagn samt omskrev nogle udsagn til abstrakt mening, fik indsigt i og taget essensen ud af, hvad der blev sagt om de forskellige koder. Det gav også et bedre overblik af materialet ved at placere det i en matrice.

Subgrupperne gav os en mere detaljeret indsigt i svarene. Det blev herved også mere overskueligt at se, hvilke data der var relevante at arbejde videre med.

I overgangen mellem tredje og fjerde trin udarbejdede vi ikke kunstige citater som metoden anbefaler, men skrev i stedet indholdsbeskrivelserne direkte fra matricen, da denne gav os et godt overblik over, hvad der gik igen i subgrupperne.

10. Konklusion

Vi vil i dette afsnit forsøge at besvare vores problemstilling, ud fra det vi er kommet frem til i diskussionen

Hvordan oplever ergoterapeuter deres praksis i et tværfagligt samarbejde på socialpsykiatriske bcentre?

De tre fokusområder som omhandler ræsonnering, udøvelse og integrering af ergoterapi i det tværfaglige team viser sig alle at være forbundet med hinanden, forstået på den måde at både udøvelse og integrering forudsætter at man ræsonnerer omkring sin faglige tilgang.

Undersøgelsens resultater viser at mange af ergoterapeuterne, på trods af faglige udfordringer, ræsonnerer og arbejder ud fra de ergoterapeutiske teorier og modeller i en eller anden grad og selv om arbejdsopgaverne er de samme som dem de andre faggrupper varetager, har mange af ergoterapeuterne alligevel fundet en ergoterapeutisk tilgang til arbejdsopgaverne. I hvor høj grad ergoterapeuterne føler sig anerkendt for, og forankret i deres faglighed, kan have indflydelse på i hvor høj grad, de bidrager med faglig viden.

På baggrund af det undersøgte, kan vi konkludere, at ergoterapeuterne gør brug af de tre fokusområder i deres socialpsykiatriske arbejde.

De oplever at det at arbejde i dette regi, byder på flere faglige udfordringer i hverdagen, men det er vores klare indtryk at de gør brug af et positivt livssyn til at tackle disse udfordringer på bedst mulige måde. Mange af dem ser muligheder i stedet for begrænsninger, i det faglige samarbejde. De virker fleksible i forhold til at rette deres fagspecifikke tilgang ind efter teamets fælles faglige samstemmighed i forhold til aktiviteter og prioriteringer. På trods af at det ikke er dem alle der er lige stærke i, at italesætte de forskellige ergoterapeutiske teorier og modeller de gør brug af, er det samlede billede alligevel, at de i forskellig grad, har en faglig rygsæk på i deres arbejdstilgang og gør brug af den i den udstrækning de formår og med de muligheder for det de har.

11. Perspektivering

I dette afsnit sættes undersøgelsens resultater i perspektiv og forslag til yderligere undersøgelser vil også blive angivet.

Ergoterapeuterne har givet udtryk for blandede erfaringer omkring fagets synlighed i socialpsykiatrien. Mange af dem er dog af den opfattelse at de andre faggrupper, ved utroligt lidt om hvad ergoterapi står for og hvad det er ergoterapeuter kan. Flere mener at det er svært at sige, om det er dem personligt, kollegerne anerkender på arbejdet eller om det er deres faglige kunnen. På baggrund af dette og med den viden vi har indhentet omkring hvilke kriser et fag kan opleve under et paradigmeskifte, kunne det være relevant at undersøge hvilke konsekvenser det kan have for ergoterapeuter i socialpsykiatrien, at arbejde under et paradigmeskifte, som man ser i faget nu.

Da socialpsykiatrien er et forholdsvis nyere regi at arbejde i og derfor er i færd med at skabe sig et selvstændigt arbejdsområde, samt en fælles platform for teorier og metoder der er relevante at bruge i dette forum, syntes vi det kunne være interessant at få belyst hvordan sådanne store faktorer at arbejde under, påvirker ergoterapeuterne i deres arbejdsliv.

Ved at anvende en kvantitativ metode, ville vi få mange, men mindre uddybende svar. Vi ville have haft mulighed for at lave en undersøgelse der spænder meget mere bredt og ville derigennem kunne have fået en ide om, hvor vidt de problematikker, der er gældende for ergoterapeuterne i vores undersøgelse, også opleves andre steder.

Ergoterapeuterne har så forskellige oplevelser af hvordan det påvirker at arbejde fællesfagligt kontra tværfagligt, at vi mener der kunne være et behov for at lave en nærmere undersøgelse af disse samarbejdsformers påvirkning af ergoterapeuter i socialpsykiatrien, med fokus på de styrker og svagheder samarbejdsformerne repræsenterer for faget.

12. Formidlingsovervejelser

I forhold til formidlingen af vores projekt har vi overvejet at lave et seminar, for ergoterapeuter og deres samarbejdspartnere i socialpsykiatrien. Begrundelsen for dette, er at vi herigennem ville kunne nå ud til vores målgrupper med mulighed for at kunne give disse ny viden og kendskab til hvordan ergoterapeuter oplever at arbejde i praksis på de socialpsykiatriske bcentre, samt hvilke ressourcer de som faggruppe kan bidrage med. Samtidig håber vi, at vi på denne måde, kunne få de relevante målgrupper inddraget i en spændende og udfordrende dialog på tværs af faggrænserne og på denne måde, være med til at skabe debat omkring hvilke udfordringer der kan ligge i et tværfagligt samarbejde.

Tegn uden mellemrum: 82.251

13. Referenceliste

Andersen, D., Havsteen, B., Riis, P., Almind, G., Bock, E., Hørder, M. (1999).

Sundhedsvidenskabelig forskning – en introduktion (5. udg). FADL's Forlag.

Adolph, E., Eriksen, H., Jensen, P., Hagel, A., Klint, S., Krause-Jensen, K. og Tellefsen, A. W. (2000). *Kvalitet i socialpsykiatrien* (2. udg, 2. oplag). Videnscenter for Socialpsykiatri.

Adolph, E. og Pedersen, P. (1998). *Vi kalder det socialpsykiatri – men hvad er det?*

Psykiatri-Information 02/1998. Psykiatrifonden. Lokaliseret 07.10.2007 på World Wide Web: <http://www.psykiatrifonden.dk/info/9802/vikalder.html>, 1 side.

Borg, T., Runge, U. og Tjørnov, J. (2003). *Basisbog i ergoterapi - Aktivitet & deltagelse i hverdagslivet* (1.udg 2. oplag). Munksgaard Danmark.

Borg, T., Runge, U., Tjørnov, J., Brandt, Å. og Madsen, A. J. (2007). *Basisbog i ergoterapi - Aktivitet & deltagelse i hverdagslivet* (2. udg 1. oplag). Munksgaard Danmark.

Ergoterapeuten (2004). *Etf har skærpet profilen*. Ergoterapeuten, 2004 (nr. 16), 1 side.

Ergoterapeutforeningen (2004). *Ændringer i psykiatrien*. Ergoterapeutforeningen (19.11.2004). Lokaliseret 18.10.2007 på World Wide Web:

http://www.etf.dk/ergoterapi/psykiatri/aendringer_i_psykiatrien_hb_bilag.htm, 4 sider.

Fagligt netværk socialpsykiatri (xxxx). *Hvor er socialpsykiatrien på vej hjem?*

Videnscenter for Socialpsykiatri. Lokaliseret 14.10.2007 på World Wide Web: www.socialpsykiatri.dk, 6 sider.

Greaves, A. J., King, R., Yellowlees, P., Spence, S., Lloyd, C. (2002). *The competence of mental health occupational therapists*. British Journal of Occupational Therapy 2002 Aug; 65(8): 381-6.

Gyldendals leksikon (2002). Gyldendals leksikon - bind P-Å (1. bogklubudgave, 1. oplag). Gyldendalske Boghandel. Nordisk Forlag.

Hughes, J. (2001). *Occupational therapy in community mental health teams: a continuing dilemma? Role theory offers an explanation*. British Journal of Occupational Therapy 2001 Jan; 64(1): 34-40.

Kielhofner, G. (2002). *Det begrebsmæssige grundlag* (2. udg 2. oplag). FADL's Forlag.

Kielhofner, G. (2006). *MOHO- Modellen for menneskelig aktivitet*. FADL's Forlag

Kvale, S. (1997). *Interview- En introduktion til det kvalitative forskningsinterview* (5. oplag). Hans Reitzels Forlag.

Lauvås, K. og Lauvås, L. (2006). *Tværfagligt samarbejde – Perspektiv og strategi* (2. udg. 1. oplag). Forlaget Klim.

Malterud, K. (2004). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (2.opplag). Universitetsforlaget.

Mattingly, C. & Fleming, M.H. (1994). *Clinical Reasoning- Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*. F. A. Davis Company

Peck, E., Norman, I. J., (1999). *Working together in adult community mental health services: exploring inter-professional role relations*, Journal of Mental Health 1999 Jun; 8(3): 231-42.

Townsend, E., Stanton, S., Polatajko, H., Baptiste, S., Thomson-Franson, T., Kramer, C., Swedlove, F., Brintnell, S., og Campanile, L. (2003). *Fremme af menneskelig aktivitet – Ergoterapi i et canadisk perspektiv* (1. udg 3. oplag). FADL's Forlag
Ergoterapeutforeningen - Munksgaard Danmark.

Videnscenter for Socialpsykiatri (xxxx). *Hvad er socialpsykiatri?* Videnscenter for Socialpsykiatri. Lokaliseret 08.10.2007 på World Wide Web:

<http://www.socialpsykiatri.dk/frontpage.dsp?area=57>, 1 side.

14. Bilagsoversigt

Bilag 1: Informationsbrev

Bilag 2: Interviewguide

Bilag 3: Fokusområder

Bilag 4: Samarbejdsformer

Bilag 5: Samtykkeerklæring

Bilag 6: Matrice

Bilag 1 - Informationsbrev til informanter

København d. _____

Kære _____

Tak fordi du har indvilliget i at deltage i vores undersøgelse.

Hermed fremsender vi som aftalt lidt informationer, inden vi mødes til interviewet i uge 45. Vi er 4 ergoterapeutstuderende, som er ved at skrive vores afsluttende opgave i ergoterapi, der omhandler hvordan ergoterapeuter oplever det at arbejde tværfagligt i socialpsykiatrien.

I den forbindelse vil vi gerne bede dig om at reflektere lidt over, hvordan det opleves at arbejde med sin monofaglighed i det tværfaglige samarbejde, når man er ergoterapeut i socialpsykiatrien.

Vi forventer at interviewet vil vare omkring 1 time. Under interviewet vil der være to studerende til stede, hvor den ene primært er interviewer og den anden sørger for det tekniske samt stiller supplerende spørgsmål, hvis der er behov for det. Interviewet optages på bånd og vil efterfølgende blive transskriberet.

Båndet vil blive slettet efterfølgende og dit navn og øvrige personfølsomme data vil ikke optræde i projektet.

Endnu engang tak fordi du vil deltage. Vi glæder os til at se dig på _____ d. _____ kl. _____

Hvis du har nogle spørgsmål, kan du altid kontakte os på telefonnummer XX XX XX XX (Kalinka Thomasen).

Mange venlige hilsner

Kalinka Thomasen
Mette Kathrine Christiansen
Johnny Halfdan Pedersen
Theresa Dunkan Kjærulff

Bilag 2 - Interviewguide

Problemstilling:

Hvordan oplever ergoterapeuter deres praksis i et tværfagligt samarbejde på socialpsykiatriske bcentre?

Briefing

Introduktion:

Først og fremmest tak fordi du vil lade dig interviewe. Vi har sat en time af til interviewet, men det er ikke sikkert at det vil vare så længe.

Formålet med interviewet er at høre noget om, hvordan du oplever at arbejde som ergoterapeut i et tværfagligt team.

Du må endelig sige til, hvis der er nogle af spørgsmålene, som er svære at forstå.

Vi har delt interviewet op i tre temaer, som vi gerne vil afdække.

Det første tema drejer sig om din ergoterapeutiske ræsonnering i dit arbejde i det tværfaglige team, altså hvordan du tænker ergoterapi ind i det arbejde.

Det andet tema drejer sig om, hvordan du oplever at udøve ergoterapi i et tværfagligt samarbejde.

Det tredje og sidste tema handler om, hvordan du oplever det, at integrere din ergoterapeutiske viden i det tværfaglige team.

Jeg vil fortælle dig hvornår vi taler om hvilke temaer og for at gøre det nemmere at overskue, er her et stykke papir med temaerne.

Inden vi går i gang skal jeg høre om du har nogle spørgsmål?

Afventer svar!

Så vil jeg gerne spørge dig om:

- Hvor gammel er du?
- Hvor længe har du været uddannet?
- Hvor lang tid har du været ansat i din nuværende stilling?
- Hvilke faggrupper arbejder du sammen med?
- Synes du at det er vigtigt, at der er flere faggrupper på arbejdspladsen? – hvorfor?
- Hvilke ansvarsområder har du?
- Hvad består dine arbejdsopgaver af?
- Kan du give mig to, tre eller flere udsagn om, hvad du mener, er væsentlig for et godt liv?
- Hvilken overordnet referenceramme er der valgt på stedet? For eksempel Recovery, kognitiv terapi eller andet?

1. Ergoterapeutisk ræsonnering

Forskerspørgsmål/ Teori	Interviewspørgsmål	Stikord
Benytter ergoterapeuten sig af ergoterapeutiske begreber i interaktionen med en beboer? <i>Klinisk ræsonnering</i>	Kan du fortælle om nogen ergoterapeutiske teorier og modeller, som du synes er særlig vigtige at arbejde med i socialpsykiatrien?	Nuzo, aktivitet og deltagelse, klientcentrering. Hvorfor er de vigtige?
Benytter ergoterapeuten sig af ergoterapeutiske refleksioner i interaktion med beboerne? <i>Klinisk ræsonnering</i>	Kan du beskrive hvordan du har disse ergoterapeutiske teorier og modeller med i dit arbejde med beboerne?	Fortæl om nogle situationer.
Benytter ergoterapeuten sig af klinisk ræsonnering som beskrevet af Mattingly? Tænker ergoterapeuten over patientens sygdom og hvordan hun kan lette aktivitetsproblematikker? <i>Proceduretænkning</i>	Gør du dig nogle refleksioner om beboernes symptomer og sygdomsbillede? Hvilken rolle man tildeler disse ting?	Psykologiske referencerammer. Psykiatriske referencerammer Agere overfor for eksempel psykotisk beboer. Konkrete eksempler.
Tænker ergoterapeuten over om hun har en klientcentreret tilgang til beboerne? <i>Interaktionstænkning</i>	Beskriv hvordan du tager udgangspunkt i den enkelte beboers egne ønsker og behov?	Hvorfor/ hvorfor ikke? Kan du beskrive en situation? Tænker du sådan generelt?
Tænker ergoterapeuten om beboerens interesser, ønsker, behov og egenopfattelse af sygdommen? <i>Interaktionstænkning</i>	Hvis du tænker på de beboere du selv er kontaktperson for, synes du så at du har en forståelse for, hvordan de opfatter deres egen sygdom og den situation de er i?	Forstå patienternes egenopfattelse af sin sygdom/ lidelse.
Tænker ergoterapeuten, patientens problemer ind i en bredere fysisk og social kontekst? <i>Betingelsestænkning</i>	Gør du dig nogen overvejelser om hvilke betingelser der skal ændres, for at beboeren kan få et meningsfuldt hverdagsliv både nu og fremtiden?	Udslusning/ bolig. Sociale netværk. Støtteforanstaltninger. Støtte-/ kontaktperson. Arbejde. Økonomi.
	Fortæl om nogle succeshistorier fra dit arbejde?	Opfattes det som generelt eller ergoterapeutisk?

<i>Aktivitetsidentitet</i> <i>Aktivitetskompetence</i> <i>Aktivitetsadaptation</i>	Arbejder du sammen med andre ergoterapeuter?	Hvordan gør i det?
	Har I mulighed for at sparre sammen og styrke samt udfordre hinanden rent fagligt?	Kom med eksempler?
	Oplever du at denne sparring gør dig fagligt stærkere?	

2. Udøvelse af ergoterapi

Forskerspørgsmål/ Teori	Interviewspørgsmål	Stikord
Hvilken indflydelse har den tværfaglige gruppes kultur på de ergoterapeutiske arbejdsopgaver? <i>Kultur</i>	Hvilke værdier præger det tværfaglige team?	Bocenterets værdigrundlag. Faglige værdier.
<i>Kultur/ Roller</i>	Hvilke værdier stemmer overens og hvilke er forskellige fra de ergoterapeutiske værdier?	Ergoterapeutiske værdier.
<i>Kultur/ Omgivelser</i>	Beskriv hvilken betydning det tværfaglige teams værdier har, for den måde du vælger at udøve ergoterapi på?	Uddybes.
Hvordan påvirker samarbejdsformerne ergoterapeutens praksis? <i>Samarbejdsformer</i>	De arbejdsopgaver du har, er det de samme, som dem de andre faggrupper varetager?	Hvis ikke, beskriv hvordan?
<i>Samarbejdsformer</i>	Hvilket af begreberne: Flerfaglighed, fællesfaglighed og tværfagligt samarbejde, vil du mene beskriver din arbejdsplads bedst?	(Se papir). Hvorfor?
<i>Samarbejdsformer</i>	Hvordan oplever du denne samarbejdsform påvirker den måde du udøver ergoterapi på?	

<i>Roller</i>	Opfatter du dine arbejdsopgaver som værende ergoterapeutiske?	Hvad i selve opgaven gør dem ergoterapeutiske?
Glemmer man ergoterapeutiske begreber, når man arbejder med ikke-ergoterapeutiske opgaver? <i>Aktivitetskompetence</i>	Hvordan oplever du fordelingen af ergoterapeutiske arbejdsopgaver i forhold til ikke-ergoterapeutiske arbejdsopgaver?	Hvad består de forskellige af?
<i>Omgivelser</i>	Er der nogen forventninger på arbejdspladsen om, hvor meget tid du skal bruge på de administrative opgaver?	Hvilke administrative arbejdsopgaver? Handleplaner, kardex, journaler.
<i>Roller</i>	Opfatter du disse opgaver som vigtige og/ eller nødvendige?	Hvorfor? Mere eller mindre tid til beboerne.
Føler ergoterapeuten at der er plads til at kunne arbejde ergoterapeutisk på bocenteret? <i>Omgivelser</i>	Synes du at samarbejdet i det tværfaglige team byder på nogle muligheder for at arbejde ergoterapeutisk med beboerne?	Kom med eksempler.
<i>Omgivelser</i>	Synes du at der er noget i det tværfaglige team, der begrænser dine muligheder for at arbejde ergoterapeutisk med beboerne?	Kom med eksempler. Ændre det den måde du rent praktisk udfører dit ergoterapeutiske arbejde på?
<i>Aktivitetsidentitet</i>	Når du er på arbejde, er der så noget du finder specielt tilfredsstillende og rart at udføre som ergoterapeut?	Hvad gør den tilfredsstillende?
<i>Aktivitetskompetence</i>	Føler du, at de andre faggrupper udfordrer dig på dine ergoterapeutiske kompetencer?	Hvordan? Positivt/ negativt. Nysgerrige kollegaer. Kæmpe for at få noget igennem.
<i>Roller/ Aktivitetsidentitet</i>	Hvordan påvirker det dit daglige arbejde?	

3. Integrering af ergoterapeutisk viden i det tværfaglige team

Forskerspørgsmål/ Teori	Interviewspørgsmål	Stikord
	Føler du, at du med din ergoterapeutiske baggrund, kan bidrage med en viden, som de andre faggrupper ikke har?	
Får ergoterapeuten videregivet sine faglige refleksioner om beboerne til de andre faggrupper? <i>Aktivitetskompetence</i> <i>Aktivitetsadaptation</i>	Får du videregivet de ergoterapeutiske refleksioner du har om beboerne, til de andre faggrupper? Oplever du nogen konflikter i den sammenhæng?	Hvilke refleksioner? Fortæl om hvordan du gør det. De har en anden tilgang.
<i>Omgivelser</i>	Bliver du tilbudt/ opsøger du selv kurser/ efteruddannelse, der bidrager til at udvikle dine ergoterapeutiske kvalifikationer?	Hvilke? Hvordan udvikler det dig ergoterapeutisk?
<i>Aktivitetskompetence</i>	Hvad er dine erfaringer med at dele ud af din ergoterapeutiske viden. For eksempel observations- eller undersøgelsesredskaber til de andre faggrupper? Når du har været på kursus, taler du så med de andre faggrupper om det du har lært?	Er det ergoterapeutisk viden du videreformidler?
<i>Aktivitetsadaptation</i>	Føler du at de andre faggrupper anerkender dit ergoterapeutiske arbejde?	
<i>Aktivitetsadaptation</i>	Hvordan påvirker det din faglige selvopfattelse?	

Debriefing

Afslutning: Johnny, Kalinka eller Theresa nævner nogle hovedpunkter fra interviewet med henblik på vores tre temaer.

Afventer feedback fra informanten.

Jeg har ikke flere spørgsmål. Har du mere, du gerne vil sige eller spørge om, før vi afslutter interviewet?

Afventer svar fra informanten.

Så siger vi tusind tak for din deltagelse!

Bilag 3 - Fokusområder

Ergoterapeutisk ræsonnering i det tværfaglige team

Udøvelse af ergoterapi i det tværfaglige team

Integrering af ergoterapeutisk viden i det tværfaglige team

Bilag 4 - Samarbejdsformer

Overordnet definition af 3 samarbejdsformer

1)*Flerfaglighed*: Kan bruges som en betegnelse for en arbejdsform, hvor de forskellige faggrupper arbejder relativt selvstændigt med hver sit ansvarsområde. Samarbejdet består hovedsageligt af udveksling af informationer og den nødvendige koordinering.

2)*Fællesfaglighed*: En arbejdsform hvor fagene smelter sammen og udviskes. Faggrupperne løser samme opgave på samme måde og vægten lægges på personlige kompetencer og relationer frem for fagspecifik viden og kompetencer.

3)*Tværfagligt samarbejde*: En arbejdsform hvor man udnytter de enkelte faggruppers fagspecifikke viden og tilgang i en integreret og helhedsorienteret indsats. Arbejdsformen består typisk af fagspecifikke og fællesfaglige opgaver. Faggruppernes indsats er ligeværdig, men ikke ens.

(Adolf et al, 2000)

Bilag 5 - Samtykkeerklæring

Jeg giver hermed tilladelse til, at de informationer jeg frembringer, vil blive brugt til udarbejdelse af et afsluttende professionsbachelorprojekt i ergoterapi af nedenstående 4 studerende.

Ligeledes giver jeg tilladelse til, at resultaterne efterfølgende vil blive offentliggjort på Ergoterapeutforeningens hjemmeside, på Ergoterapeutuddannelsens bibliotek i København samt eventuelt i en artikel i det ergoterapeutiske fagblad "Ergoterapeuten".

Jeg er bekendt med, at interviewet vil blive båndet på Mp3 for senere hen, at kunne blive transskriberet med henblik på udarbejdelse af vores resultatopgørelse.

Jeg er hermed blevet informeret om, at min identitet og arbejdsplads er og vil forblive anonym, samt at alle oplysninger vil blive behandlet fortroligt og efterfølgende destrueret.

Jeg er blevet oplyst om projektet og dets formål. Jeg kan til enhver tid afbryde interviewet, og/ eller efterfølgende trække mine udtalelser tilbage.

Dato

Underskrift

Ergoterapeutuddannelsen i København

Hold 2004B. Bachelorgruppe 4

Studerende:

Kalinka Thomasen

Mette Kathrine Christiansen

Johnny Halfdan Pedersen

Theresa Dunkan Kjærulff

Bilag 6 – Matrice

Kode 1 Ergoterapeutiske refleksioner	Informant A	Informant B	Informant C	Informant D	Informant E	Informant F
1.1 Brugen af ergoterapeutiske referencerammer	(202-213) <i>Skal jeg være helt ærlig så ligger de ergoterapeutiske teorier og modeller meget fjernt for mig, så det er faktisk ikke noget jeg bruger til daglig.</i> Det er der nok flere årsager til. Jeg har ikke arbejdet som ergoterapeut andet i end 1½år Men umiddelbart så kan jeg huske virksomhedsteorien. Hedder det ikke virksomhedsteori i? Fordi vi ikke er	(232-240) Sådan noget som Nuzo og flow, det tænker jeg trods alt over en gang imellem. Ja og så selvfølgelig sådan noget med meningsfulde aktiviteter. (249-260) <i>Nuzo er enormt vigtigt for at finde lige præcis det punkt hvor at man kan klare en udfordring på egen hånd eller med lidt støtte. Så man ikke risikerer at stagnere enten fordi det er for kedeligt eller fordi det er for</i>	(110-116) Jeg tænker meget i den nærmeste udviklingszone når jeg arbejder. Det er beboeren der er ekspert på sit eget liv, hvor jeg ligesom går ind og kommer med nogle gode råd. Jeg vil aldrig nogensinde gå ind for det man kalder et overgreb, hvor man ligesom går ind og tager over. (120-129) Den nærmeste udviklingszone; der går jeg meget ind og støtter de ting som beboerne kan med hjælp og det kan være et dilemma i forhold		(161-172) Jeg synes vores tilgang til aktiviteter, vores aktivitetsperspektiv, er enormt brugbart, blandt andet virksomhedsteorier og MoHo. Så det har jeg med mig, når jeg laver handleplaner. Men også aktivitetsanalysen, synes jeg faktisk også jeg bruger rigtig tit. (349-356) jeg har haft en dame, som var rigtig syg, vi taler afføring på gulvet, hun kunne ikke finde ud af at gå på toilettet, og var fuldstændig styret af tvang og neuroser. Der lavede jeg en aktivitetsanalyse, og	(158-177) Det jeg selv anvender, er virksomhedsteorien med nærmeste udviklingszone og så bruger jeg også meget de canadiske modeller med nærmeste udviklingszone, samt CMOP'en. Jeg har faktisk tænkt mig at bruge CMOP'en på en af beboerne, fordi den har alle aspekter med, <i>både spirituality, som jeg synes er utrolig vigtig, da det er der meningsfuldheden kommer ind, og så de fysiske, psykiske og kognitive funktioner i samspil med omgivelserne, og rammerne og alt fra økonomi til netværk.</i> (181-188)

	behandlingssted, bruger jeg det ikke så meget. (264-269) Jeg kan godt erkende at jeg ikke så stærk i den teoretiske del af det. Det har været så langt fra mig og jeg går måske heller ikke så skide meget op i det hvis det kommer til stykket. (350-353) For mig er det nok druknet lidt. Plus at jeg nok ikke er en person som går så meget op i de teorier der er og følger dem. Men det er også noget jeg tænker over. <i>Gad vide om jeg skal et andet</i>	svært, og sådan noget som flowteori kan man jo også bruge i utrolig mange af de sammenhænge. (284-302) Mål og midler, det bruger jeg da i hvert fald når jeg skal prøve at finde ud af hvordan jeg bedst hjælper en beboer. Men også rehabiliteringsforløbet, i forhold til hvilke faser de befinder sig i, og hvad de så har behov for i de her faser. (800-804) <i>Jeg kan huske at vi brugte meget tid på den der MoHO for eksempel, da jeg</i>	til recovery, fordi man snakker meget om at give ansvaret videre. Det er beboerne der har ansvaret, men man skal hele tiden se det i forhold til det niveau beboerne befinder sig på, hvor meget ansvar man giver dem. Der tænker jeg netop på den nærmeste udviklingszone. Der er nogle ting hvor vi ligesom er nødt til at gå ind og hjælpe dem lidt mere, for at den person ikke lider flere nederlag end de har gjort i forvejen. Hvis de påtager sig mere end de er klar til, har det den modsatte virkning.		fuldstændig struktureret plan for, hvordan hendes dag skulle se ud, og fik alle mine kolleger til at følge op på den plan. <i>Hun blev bare så god at hun gik ned og fik sig et job i vores kantine, samt flyttede i egen lejlighed og er medicinfri.</i> (818-822) Jamen det kunne være at, jeg synes at frokosten foregår træls, og jeg synes det ku være federe hvis det var beboeren der var med til at stille tingene frem, og få dækket bordet, frem for at vi bare gjorde det, eller at vi bare gik rundt og bragte maden på bordet, at vi skal være fælles om det. Det er immervæk dem der skal spise	<i>I forhold til virksomhedsteori, så handler det om at graduere aktiviteten i forhold til hvor den enkelte beboer befinder sig lige præcis på det tidspunkt. Jeg observerer hele tiden beboernes koncentrationsevne, humør og symptomer. Så det hele er med i baghovedet hele tiden synes jeg.</i>
--	---	---	--	--	---	--

	<i>sted hen hvor jeg har brug for at bruge det og kan jeg det så ikke.</i> (870-872) Jeg har ikke brugt de ergoterapeutiske teorier og modeller i rigtig mange år, og jeg bruger det faktisk heller ikke her og skal ikke bruge det her, og det giver mig da lidt dårlig samvittighed.	<i>læste derinde. hold da op, jeg kan overhovedet ikke huske hvad den handler om i dag.</i>			maden, så lad da dem komme ud og deltage i det og tage ansvar for det.	
1.2 Ergoterapeutisk ræsonnering	(328-331) Jeg har været bevidst om at nu skal jeg huske at tænke over hvorfor jeg gør som jeg gør, <i>Men jeg må da nok indrømme at i dagligdagen, der kører det</i>	(314-318) Jeg gør mig rigtig mange tanker om deres symptomer og sygdomsbillede, men det er måske ikke de ergoterapeutiske teorier der træder så meget	(134-136) Ind imellem ser jeg på beboerens symptomer og sygdomsbillede, men det er ikke det dominerende. <i>Jeg ser mere på personen og deres ressourcer.</i>	(182-223) Jeg gør mig nogle refleksioner om beboernes symptomer og sygdomsbillede, men det vægtes ikke højest. Deres virkelighed kan se anderledes ud end min, så det handler	(221) Jeg gør mig hele tiden refleksioner omkring beboernes symptomer og sygdomsbillede. (280-298) Når jeg laver sociale handleplaner så taler jeg med beboerne, for	(227-228) Symptomerne er vi selvfølgelig opmærksomme på, men <i>jeg synes at aktivitetsproblematikkerne er meget mere relevante.</i> (249-251) Jeg tager udgangspunkt

	<i>bare derudaf uden at tænke over hvad det egentlig er man gør.</i> (361-367) Som udgangspunkt ved jeg ikke hvad personen fejler, så det kan godt være lidt svært at reflektere over beboerens sygdomsbillede, så når jeg møder en ny beboer så ved jeg slet ikke hvad de fejler og hvad for nogle symptomer de har.	i kraft, nærmere de psykologiske. (345-348) Jeg bruger min viden omkring psykose eller personlighedsstrukturer osv. i forhold til hvordan jeg skal være opmærksom på, hvad der sker mellem mig og beboeren. (365-367) Det kan både være direkte spørgsmål i forhold til lige nu og her, men det kan også handle om at høre lidt om deres livshistorie, eller hvad for nogle ting der har gjort sig gældende førhen.	(158-169) Jeg tager udgangspunkt i beboerens ønsker og behov ved at jeg stiller spørgsmål om: Hvad er det du godt kunne tænke dig? Hvordan ser du din fremtid? Hvad er det du gerne vil med dit liv? Hvis de for eksempel godt kunne tænke sig at lave mad, tænker jeg om det er for hyggens skyld eller fordi de gerne vil lære at lave mad? Hvis det er for at lære noget træder jeg mere i baggrunden og er en guide. Hvis det er for at hyggens skyld, er opgaven bare at hygge og snakke. <i>Jeg bruger klientcentrering ved at spørge ind til hvordan de</i>	om ikke at proppe mine normer og min virkelighed ned over dem. Jeg synes det er vigtigt at lære personen at kende og hvad det er for en person jeg har med at gøre. Jeg kan ikke lige huske hvad de forskellige ting hedder, men jeg har selvfølgelig læst om symptomerne, hvis de er psykotiske, men jeg synes tit det handler om en vurdering i situationen. (241-283) Jeg tager udgangspunkt i beboernes behov og ønsker i form af en samtale med den pågældende person, og spørger ind til, hvad de har lyst til og hvorfor.	at finde ud af hvilke ressourcer de har i sig, og <i>hvad skal der så ske fremover? Hvad er dine drømme og hvordan når vi så derhen?</i> Hvis det overordnede er, at komme ud og bo på den anden side, hvad skal der så til. Er vi ovre i noget praktisk orienteret eller noget mere psykisk.	i den enkelte beboers egne ønsker og behov blandt andet via vores sociale handleplaner. Så det er meget klintcentreret. (284- 292) Jeg gør mig helt klart overvejelser om hvilke betingelser der skal ændres for at beboeren kan få et meningsfuldt hverdagsliv, både nu og i fremtiden og det er igen ud fra CMOP'en. Der er nogle aspekter der skal fungere, og det skitserer CMOP'en meget godt synes jeg. Så det er alt lige fra det kognitive til det fysiske, økonomi, netværk og samfundsmæssige. (554-561) Det der gør de sociale handleplaner tilfredsstillende, det er at de er så klientcentrerede. Vi sætter os nogle målbare
--	---	--	---	--	--	--

			<i>synes at vi kan nå målene. Så støtter og vejleder jeg, og spørger ind til, hvad de synes om det og det.</i>	At få dem til at forestille sig og tænke over løsninger på hvordan de kan gøre de ting, i stedet for at jeg kommer med dem. Jeg kan nok ikke helt lade være med at tænke ergoterapi i aktiviteter. Jeg tænker også meget i delprocesser i aktiviteter, hvad der kunne være gavnligt for den pågældende person, hvad de kunne få noget ud af, og så vejlede på den måde. Jeg tror, jeg tænker lidt nærmere over aktiviteterne end andre faggrupper. For eksempel at der ligger mere i det end bare at gå ud og handle, fordi jeg bare skal have noget mad, men		mål. At lave sociale handleplaner er også en slags forhandlingssituation, fordi beboeren siger hvad han eller hun ønsker, hvor <i>jeg så er der til at vurdere og guide beboeren i at sætte nogle realistiske mål. Så sætter vi nogle delmål og måske et langsigtet mål.</i>
--	--	--	---	--	--	---

				også at der ligger noget social færdighedstræning idet at komme ud blandt andre mennesker. Der ligger mange ting i det, at kunne strukturere en indkøbstur. (313-345) Jeg gør mig nogle overvejelser om hvad der skal ændres for at beboerne kan få et meningsfuldt liv. De overvejelser jeg gør mig er for eksempel, om misbruget begrænser beboere i at gøre ting og hvad der ligger bag misbruget. Om de er i stand til at varetage et arbejde og hvordan deres udviklingsmuligheder og fremtidsudsigter er.		
--	--	--	--	--	--	--

Kode 2 Arbejdsopgaver	Informant A	Informant B	Informant C	Informant D	Informant E	Informant F
2.1 Opleves som ergoterapeutiske		(851-852) Det der gør opgaverne ergoterapeutiske er hvis det får det der aktivitetsperspektiv.	(398-406) Det der gør arbejdsopgaverne ergoterapeutiske er jo den måde jeg tænker det ind. For eksempel når jeg laver mad med beboeren, der tænker jeg hele tiden at det er en læresituation, og derfor skal holde mig tilbage. Hvorimod de andre faggrupper tænker, at ”nu skal vi bare lave mad”. (445-449) Du kan sagtens tænke det ergoterapeutiske ind, også når du sidder og snakker med personen. Bare det der med at gå ud og sidde og hygge og spille kort	(579-603) Jeg opfatter mange af mine arbejdsopgaver, som værende ergoterapeutiske, fordi det handler ekstremt meget om dagligdagsaktivitet er. Jeg synes næsten det er mere ergoterapeutisk end nogen af de andre faggrupper. Så på den måde vil jeg sige at, jeg arbejder med ergoterapi, men det gør de andre så også. Det handler også om at identificere hvor de har problemer i deres dagligdagsaktivitet er. Jeg synes faktisk det er meget ergoterapeutisk,	(607-614) Om jeg opfatter mine arbejdsopgaver som ergoterapeutiske? Ja, helt vildt. Almindelig daglig levevis, det er da simpelthen så ergoterapeutisk som noget kan være. (643-646) Jamen altså hvis jeg kigger på ADL opgaver, så synes jeg her er rigtig meget, jeg tror det kommer meget an på, med hvilke briller at man kommer ind, nu kommer jeg ind med mine ergobriller og så synes jeg at det, at jeg synes lynhurtigt at det er ergoterapi jeg kan gå og gøre.	(423-428) <i>Jeg opfatter i højeste grad mine arbejdsopgaver som værende ergoterapeutiske, specielt i forbindelse med sociale handleplaner, hvor vi støtter målbare mål, taler om meningsfuldhed, tager udgangspunkt i aktivitetsproblematikker og sætter nogle mål.</i> (438-443) <i>Jeg synes det er meget ergoterapeutiske opgaver jeg laver, men jeg tror også det er hvad man gør det til. Jeg kunne stå ude i køkkenet og lave mad med en beboer, og så lade være med at tænke ergoterapeutisk. Så det er hele tiden et valg at jeg gør.</i>

			eller have en samtale med en af beboerne, det kan være meget ergoterapeutisk, også når du går i byen med dem og hvordan du forbereder dig.	det jeg laver. (612-616) Jeg føler at der er elementer af ergoterapi i mine arbejdsopgaver. Det kan også bare være at, der er en der har lyst til at tage ud af huset, fordi de har lyst til at opleve et eller andet, og der behøver ikke at være alt muligt andet i det.		
2.2 Opleves som ikke ergoterapeutiske	(667-681) Nede hos os er det jo så bare den rolle jeg har påtaget mig. Både fordi at jeg kan lide det, og fordi at jeg er god til, at løse nogle af de der praktiske opgaver, og det er noget jeg har måttet acceptere,	(159-165) Jeg hjælper folk med at administrere deres medicin og har ansvaret for at det bliver givet og doseret rigtig. (690-693) Jeg har typisk sådan nogle opgaver som at	(69-74) <i>Vi har én der er meget plejekrævende i afdelingen så der indgår også deciderede plejeopgaver, tøjvask, rengøring i køkkenet. Der er forskellige praktiske opgaver såsom at hente vaskemønter og</i>	(652-655) <i>De opgaver som jeg ikke føler, er ergoterapeutiske er for eksempel med en beboer, som er meget velfungerende og sagtens kan gå i byen selv, men synes det er meget hyggeligt at jeg går med. Så gør jeg det mest for</i>	(671-685) <i>Ja, nogle gange så kan jeg godt blive enormt frustreret over alt det her administrative, altså jeg kan godt blive, ejjj, skal jeg nu ind og skrive det igen og det er da så ligegyldigt, men det er jo også en måde, at nedfælde min tavse viden på. Jeg kan</i>	(455-470) Der er ikke sat et specifikt tidsrum af, at vi skal lave administrative opgaver, men der er dokumentation fx handleplaner og notatark. Hos os dokumenterer vi rigtig meget så jeg kan snildt bruge en times tid på det, men det varierer.

	og sådan er det, det kan faktisk ikke rigtig være anderledes, så det jo bare en del af jobbet, at der skal løses en masse praktiske ting for at de kan fungere.	<i>dokumentere og skrive journaler og skrive vurderinger.</i> (937-945) Mine administrative opgaver kan være fx opdatering af medicinark, handleplaner, opdatere og få skrevet i kalenderen og skrive i notat ark (955-965) De administrative opgaver er ikke altid lige spændende men absolut nødvendige. At dokumentere, er jo vigtigt når man arbejder på en arbejdsplads, hvor vi ikke alle sammen er der	<i>lave regnskaber og handleplaner.</i> (467-468) Det er også en af vores arbejdsopgaver at skrive og dokumentere. (469-476) Man går ind og dokumenterer noget glædeligt, negativ udvikling og noget der har været ekstra ordinært. Det er meget vigtigt. (479-481) Vi fører regnskab på vores interne budget og når vi har været ude og købe ind. Vi fører også kalender. (483-484) Handleplaner er kun en gang i kvartalet at vi går	<i>hyggens skyld og for at have en relation til hende.</i> (680-683) Nogle gange kan det godt opleves som en generel opgave at lave mad med en beboer. (708-712) Vi skriver selvfølgelig lidt på beboerne hvis der sker nogen ting. (739-745) Jeg synes ikke at det administrative fylder så meget, at det tager tid fra beboeren.	<i>godt synes det er helt vildt træls og tungt, men jeg tror det er, det er godt for noget.</i>	(480) <i>Jeg synes det er meget vigtigt at dokumentere for at kvalitetssikre vores arbejde.</i> (495-497) Det er et spørgsmål om prioritering med de administrative opgaver og selvfølgelig går der tid af fra beboerne. Det er på sin vis rigtig ærgerligt, men jeg mener også at det er beboerne til gavn i sidste ende.
--	--	--	---	--	--	--

		på samme tid. Så er det rigtig vigtigt at kunne formidle viden til hinanden så beboerne ikke skal opleve for meget usikkerhed og ustrukturerehed fra vores side.	ind og laver det. L(492-497) Jeg synes dokumentationen er særlig vigtig. Det handler jo også om vores berettigelse, der hvor jeg skriver om aktiviteter. Det synes jeg er vigtigt, fordi det ligesom kan berettigge vores tilstedeværelse.			
Kode 3 Samarbejde med de andre faggrupper	Informant A	Informant B	Informant C	Informant D	Informant E	Informant F
3.1 Samarbejdsformer	(61-65) Jeg kan godt lide tanken om at man tager det bedste fra hinanden. Den tanke er helt klart noget jeg støtter. Jeg er ikke sådan en der er ergoterapeut og så er det er kun	(106-113) Jeg synes at det er vigtigt med flere faggrupper samlet da vi kan nogle forskellige ting og kommer med forskellige tilgange til hvordan man skal gribe tingene an. Jeg synes det er	(373-380) Fællesfaglighed beskriver min arbejdsplads bedst. Det kan være at det efterhånden bliver et mere tværfagligt samarbejde. Vi sparrer jo og vi snakker om vores forskellige indfaldsvinkler, men vi laver jo	(475-491) Det er svært ligefrem at udøve ergoterapi sådan praktisk. Det er der faktisk ikke så meget af, da jeg jo laver de samme ting som de andre. Jeg synes nærmest, at der hvor vi er forskellige, det er grundtanken for	(60-66) På den her arbejdsplads, synes jeg det er rigtig rigtig vigtigt at vi er flere forskellige faggrupper, fordi vi har forskellige indgangsvinkler til individet. Der er nogle der er rigtig gode til noget og så kan vi noget andet	(39-81) Jeg arbejder sammen med social- og sundhedsassistenter, pædagoger og ergoterapeuter. Jeg synes at det er vigtigt at der er flere faggrupper på arbejdspladsen. <i>I vores tilfælde så er der nogen der får depotinjektioner, og i og med</i>

det jeg laver (252-253) Vi har erkendt at fagligheden forsvinder lidt i alt det her tværfaglighed. (509-517) Men jeg vil sige at trods det vi er af forskellige uddannelser, så er vi ret enige om tingene og jeg tror det hænger sammen med at man ikke bare kan være pædagog, fysioterapeut, eller ergoterapeut. Man bliver nødt til at lave alt muligt andet, og det er alle indforstået med. Og jeg tror at det er ret vigtigt, men det kan	rigtig godt, for man kan hurtigt komme til at ride med på en eller anden form for ræsonnering, som man nu er vant til. Når man arbejder i et team som er så tværfagligt, er der mange der går ind og skubber til ens forudfattede ideer om hvordan tingene ser ud. Det er noget af det der er rigtig godt ved det. (627-635) Man skal have den samme fremgangsmåde i forhold til beboerne og det gør det svært at være ergoterapeut for eksempel. Vi	stort set det samme. <i>Den eneste forskel det er at SOSU-assistenterne står for medicinen</i>, men ellers så laver vi jo pleje.	eksempel med recovery, der falder rigtig nemt til mig. (527-553) Fællesfaglighed beskriver min arbejdsplads bedst, og så kan der godt komme lidt af tværfaglighed ind også. Det er egentlig ikke fordi at fællesfagligheden har været der så meget. Jeg kunne sagtens forestille mig, at hvis der kom nogle opgaver, hvor man tænkte at det her ville jeg kunne løse bedre på grund af min baggrund, så ville der være fuldstændig plads til det og folk ville også kunne tolerere og kunne	som ergoterapeuter. (204-213) Jeg kan høre at vi arbejder forskelligt her, hvilket jeg synes er en rigtig god ting, men jeg kan bare høre at når man har supervision og personalemøder hvor vi har dialoger omkring beboerne, at vi har forskellige indgangsvinkler. (549-556) Jeg vil vove at sige tværfagligt samarbejde, fordi jeg synes, at jeg bruger mine kompetencer, og <i>jeg kan se, at de kompetencer jeg kører med, er ikke nogen pædagogerne og assistenterne kører med</i>. Jeg ser sådan og sådan, jeg synes vi skal gøre sådan og sådan, hvor at de siger; Det kunne	<i>at vi som ergoterapeuter og pædagoger ikke tager, tager vare omkring det, så er det assistenter vi skal have ansat. Var der ikke injektioner så synes jeg ikke at det var nødvendigt med assistenter, fordi de ikke har den relevante uddannelse. De er ikke specialuddannede i psykiatri. Man kunne sagtens ansætte specialepsykiatri sygeplejersker. Vi har en del pædagoger nede ved os. Jeg synes helt sikkert at det er relevant de også er der. Det kunne så være fint også at de var mere specialeuddannede i forhold til psykiatri, for de har intet med psykiatri at gøre. Så vi prøver at tage folk ind, der har erfaring inde for psykiatri.</i> (403-420)
---	--	---	---	--	---

	måske også være farligt fordi man så glemmer sin faglighed. (574-583) Jeg vil sige at vi overlapper hinanden meget, vi arbejder meget fællesfagligt. Før vi lavede vores nye aktivitetsplan gik jeg jo ind og dækkede fysioterapeuten Maries hold. (1059-1062) Ja altså fagligheden er usynligt i forvejen , så hvis du laver rigtig mange forskellige ting kan den blive endnu mere usynlig altså.	vælger en tilgang og så er det ret ligegyldigt hvad ergoterapeutiske teorier siger om den tilgang. (732-744) Vi arbejder fællesfagligt her, og det kan betyde at det kan være svært at etablere sin faglighed, så man kan arbejde med den og gøre den synlig, både for sig selv og andre, og bruge det, man rent faktisk har lært. (749-772) Fællesfaglighed en har gjort at jeg er blevet nødt til og se bort fra nogen af de måder som jeg		synes det var en god ide. Jeg vil mest sige fællesfaglighed, fordi faggrupperne løser opgaverne på samme måde. Dog er det ikke nødvendigvis sikkert at det bliver løst på samme måde, hvis det er den ene eller den anden, men det er ikke sådan at vi tænker nu skal du gøre det fordi du er ergoterapeut. Vi er meget åbne omkring at der er flere måder at gøre tingene på. Det handler meget om ens baggrund, tror jeg. Det er der det tværfaglige kommer ind, at man har nogle forskellige måder at omgås et problem på.	jeg også, hvor jeg ved, nej det kan du ikke. Altså, det er skide frækt at sige, men det ved jeg. (593-596) <i>Det tværfaglige samarbejde gør mig jo overbevist om, at min retning er rigtig, at det jeg gør er okay, og jeg er ikke længere i tvivl om, at det specifikke jeg går og gør, det er godt nok.</i> (1127-1132) Så kan man jo shoppe hos hinanden. Har jeg brug for noget sparring hos en SoSu, så kan jeg hoppe derhen og så kan jeg shoppe hos en pædagog, hvis jeg lige har brug for noget der. Og de kan gøre det samme hos mig.	Tværfagligt samarbejde beskriver helt klart min arbejdsplads bedst, fordi at vi er bestemt ikke ens, men vi udveksler vores faglige viden, så på den måde krydser vi ind over hinanden men samtidig med respekten for den enkelte faggruppe. Jeg synes faktisk ikke at den samarbejdsform påvirker den måde jeg udøver ergoterapi på, men det er nok også fordi vi arbejder meget selvstændigt. Selvom vi arbejder i teams, så når man er i kontakt med den enkelte beboer, så vil jeg gøre det uanset om vi var tre ergoterapeuter eller om vi var assistenter resten af bundet. (519-523) Jeg synes ikke decideret at samarbejdet i det tværfaglige team byder på nogle muligheder for
--	--	---	--	--	--	--

	For en person som mig som måske ikke står så stærkt på alle de her teorier og sådan noget, er det måske specielt farligt, så det skal man jo lige være opmærksom på.	almindeligvis ville angribe ting på. En af de ting man gør her ved at give alle medicinkompetence, hvilket absolut ikke ligger inden for det ergoterapeutiske kompetenceområde, gør at vi kommer til at ligne hinanden rigtig meget i forhold til det vi kan, og kan være medvirkende til at fagene smelter sammen og udviskes. (1064-1075) Jeg er ikke selv så opmærksom på min faglighed. Så jeg har en tendens til at flyde med i den der		(563-576) Jeg oplever at arbejdsformen gør det lidt svært at holde fast i at være ergoterapeut, fordi vi har meget de samme opgaver. Jeg oplever også meget i den her arbejdsform, at vi har forskellig baggrund, men personligheder spiller selvfølgelig også meget ind. Jeg synes dog ikke det er negativt, fordi det passer mig meget godt i min måde at arbejde på. (776-789) Jeg synes ikke at det er det tværfaglige teams skyld, hvis jeg bliver begrænset i at arbejde ergoterapeutisk. Vi diskuterer tingene,		at arbejde ergoterapeutisk med beboerne. Det er meget op til hver enkelt ergoterapeut at arbejde ergoterapeutisk, så jeg mener ikke det tværfaglige har en påvirkning på den måde. (531-543) Jeg synes ikke at der er noget i det tværfaglige team som begrænser mine muligheder for at arbejde ergoterapeutisk med beboerne, fordi det er nok op til mig hvad jeg vil gøre. Vi har frie hænder, så det er meget selvstændigt arbejde selvom vi arbejder i teams.
--	---	--	--	--	--	---

		fællesfaglighed hvor det hele bare smelter sammen og faggrænserne udviskes.		og der kan være forskellige syn på det, men jeg synes stadig at der er stor frihed til at kunne prøve det man har lyst til og synes er rigtigt. (1076-1080) <i>Generelt at arbejde i et tværfagligt team og på lige fod synes jeg er fedt. Jeg synes også det er fint at man laver de samme ting, men måske med nogle forskellige indfaldsvinkler og forskellige refleksioner. Det giver et bredere perspektiv, end hvis det kun havde været monofagligt.</i>		
3.2 Videregående ergoterapeutisk viden	(237-248) Men det er ikke sådan at jeg går ind og siger til	(1244-1250) Jeg må tilstå, at jeg ikke får delt ret meget ud af	(425-528) Jeg kunne godt tænke mig at få indført COPM og	(904-923) Jeg synes at jeg kan bidrage med en viden som de	(812-824) I mine handleplaner er jeg god til at beskrive mine faglige	(606-632) Jeg føler i allerhøjeste grad at jeg med min ergoterapeutiske

	dem der laver mad, har I tænkt over det og det. Men det er så også én af de ting vi mangler i cafeen, for vi har så travlt at vi nogle gange glemmer at tage den faglige diskussion, omkring hvad det egentlig er vi gør og hvorfor vi gør det. For umiddelbart skiller jeg mig ikke ud som ergoterapeut og Peter skiller sig ikke ud som pædagog.	min ergoterapeutiske viden, til de andre faggrupper.	det arbejder vi også med. Der er også nogle fra vores faggrupper og andre i vores hus, der godt kunne tænke sig det, fordi de synes at vi mangler et ordentligt måleredskab. Det er kun et par af vores pædagoger der er interesseret i COPM, men efterhånden som de har læst manualen, så skal vi selvfølgelig også brede det ud, og se om de andre også ser det som en mulighed at bruge. (650-660) Jeg føler i allerhøjeste grad at jeg med min ergoterapeutiske baggrund kan bidrage med en viden som de andre	andre faggrupper ikke har, blandt andet i forhold til aktiviteter. Her handler vores meget mere om meningsfuldhed og hvad det kan gøre for en person, at de har noget meningsfuldt i deres hverdag. Det er også sådan noget med at tænke mange ting i forskellige aktiviteter, hvor nogen af de andre måske kan tænke at: ”nu skal vi bare lave mad”, hvor jeg tænker over andre ting i forhold til den aktivitet. I forhold til madlavning kunne det jo være, om de overhovedet kan finde ud af at strukturere det. Jeg synes som regel at jeg kan videregive	refleksioner, og så er jeg god til at sige noget på vores personalemøder. <i>Det kunne være at, jeg synes at frokosten foregår træls, og jeg synes det kunne være federe hvis det var beboeren der var med til at stille tingene frem, og få dækket bordet, frem for at vi bare gjorde det, eller hvis der ikke dukker nogen op til madhold, hvad gør vi så.</i> (830-832) Jeg da godt opleve konflikter i faglige diskussioner, men folk er pæne mennesker heroppe, så det er ikke den grimme måde og det kommer også an på hvordan man selv sender sit budskab ud.	baggrund kan bidrage med viden som de andre faggrupper ikke har, for eksempel på det udviklingsmæssige perspektiv. Vi er uddannet inde for at sætte mål og gøre dem målbare ud fra beboerens ønsker, behov og meningsfuldhed. Det synes jeg at vi er rigtig gode til som ergoterapeuter og det er de andre ikke uddannet i, og det kan man også godt se og mærke på nogen. (634-653) Jeg synes at jeg får videregivet de ergoterapeutiske refleksioner jeg har om beboerne til de andre faggrupper, specielt ved teammøderne. Vi arbejder i to teams og holder teammøder hver 14. dag. Der gennemgår vi hver beboer i det
--	---	---	--	---	--	---

			faggrupper ikke har. Det er blandt andet i et fagligt forum, som er et møde vi har hver måned, hvor vi går ind og diskuterer decideret fagspecifikke ting. Der udfordrer vi hinanden og kommer ind med vores viden og diskuterer.	mine ergoterapeutiske refleksioner om beboeren til de andre faggrupper. (986-996) Mine erfaringer med at dele ud af de ergoterapeutiske redskaber er ikke særlig stor, fordi det har jeg faktisk ikke rigtig gjort endnu. Jeg har fortalt dem om COPM, men det er kun blevet ved talen.		team i forhold til sociale handleplaner og hvad der skal ske de næste 14 dage i relation til det. Så der byder jeg selvfølgelig ind med de observationer jeg har gjort mig og de ideer og refleksioner jeg kan have i forhold til de andre beboere også. Jeg er selvfølgelig også lydhør for hvad mine kollegaer kan byde ind med. De sociale handleplaner er meget i fokus og der synes jeg, at jeg byder meget ind i forhold til at gøre målene målbare. Jeg synes den sociale handleplan lægger op til at gøre det målbart, men der mangler lige et sidste punkt der hedder, hvornår har jeg så nået målet. (658-672) Jeg oplever ikke nogen konflikter i at videregive mine
--	--	--	--	---	--	---

						ergoterapeutiske refleksioner. Jeg synes at mine kollegaer er meget lydhøre overfor og tager gerne imod ideer og inspiration. (704-750) Jeg har delt ud af undersøgelsesredskaber i forhold til en af mine kollegaer som er kontaktperson for en ung mand, hvor jeg tænkte at ADL-taxonomien ville være super god i forhold til ham. Så gik jeg ind og varetog det fordi at jeg var ergoterapeut og lavede den i samarbejde med ham, og satte nogle kollegaer ind i hvordan det fungerede.
3.3 Referencerammer og værdier	(541-542) Jamen værdierne synes jeg stemmer meget godt overens med den jeg er. Så jeg kommer	(206-213) I år har vi haft fokus på misbrug og sundhed fx kost og motion, men det er for hele	(286-289) Generelt, så er vi meget klientcenteret alle sammen. Vi går meget op i at det er beboerne som er i	(135-139) Referencerammern e er meget forskellige fra hus til hus, men i mit hus er det specielt meget recovery-	(444-447) Her er respekt for hinandens fag og for beboerne. Det synes jeg faktisk præger stedet, at man har respekt for hinanden,	(145-152) Vi arbejder ud fra recovery hernede, men ellers så er det sådan set hver enkelt medarbejder frit for at arbejde ud fra de referencer, som man

frem med det jeg vil. (166-172) <i>Det er ikke valgt nogen overordnet referenceramme her på stedet og det er der selvfølgelig delte meninger om men det er blandt andet fordi vi ikke er et behandlingssted.</i> Her er en pædagog som går ind for recovery, men i princippet må vi ikke udføre det, ikke hvad jeg ved af i hvert fald (509-511) Ja altså nu kan jeg ikke helt huske husets værdier. Det må	huset. På min afdeling forsøger vi at arbejde ud fra en systemisk referenceramme (564-566) Nogle af vores værdier handler om at behandle hinanden med respekt og ligeværd, jeg kan altså ikke huske dem alle sammen, men det er da i hvert fald noget af det der skinner igennem.	centrum, det er dem som er eksperter på deres liv. De skal være med, og tage del i deres udvikling, og det er ikke os som skal sidde og trække noget ned over hovedet på dem. (297-320) Det er meget medicinsk. Det mærker man stadig i forhold til vores ledelse, fordi det er en sygeplejerskefaglig leder vi har. Men jeg synes egentlig faggrupperne dernede, både pædagogerne og SOSU-assistenterne, er meget centreret om at det er beboeren der bestemmer. Man går ikke så meget ind og behandler.	orienteret. (442-447) Værdierne der præger det tværfaglige team det er meget åbenhed, tolerance, det at kunne tage imod kritik fra andre faggrupper og det at kunne se problemstillingerne fra alle mulige vinkler. Det går vi rigtig meget op i. (459-464) <i>Jeg synes de tværfaglige værdier stemmer meget godt overens med de ergoterapeutiske værdier, men det er også måske fordi det stemmer meget godt overens med mine personlige værdier.</i>	uanset om man bor her eller om man medarbejder her. (460-465) Nogle har meget medicinske briller på og mener at hvis vi giver dem en pille så får de det nok bedre. Så kan der komme nogle interessante snakke om, hvad en pille kan gøre frem for en god snak, eller en gåtur. Men jeg synes faktisk, at jeg har været rigtig heldig heroppe, fordi de er meget alternative i deres tænkemåder. De er nemme at arbejde med og præge, vi fungerer rigtig godt sammen heroppe, så det har været meget nemt. (697-700) <i>Jeg er i et rigtig godt team, altså hvor at</i>	synes er anvendelige i forhold til den enkelte beboer. <i>Så det er en blanding af recovery og ens egen faglighed.</i> (351-366) Jeg synes at de værdier der præger det tværfaglige team er meget respekt for den enkelte og ens udvikling. Jeg synes egentlig ikke, at der er så meget forskelligt rent værdimæssigt fra mine ergoterapeutiske værdier. Ikke hvis vi sætter respekt som hovedoverskriften, så synes jeg ikke at den er forskellig fra om du er pædagog, assistent eller ergoterapeut. (374-386) Den måde jeg vælger at udøve ergoterapi på, er også ud fra mine egne overbevisninger og værdier, så jeg tror ikke
--	---	---	--	--	--

	i selv gå ind og læse. Vi har ikke diskuteret de faglige værdier i vores gruppe og det er måske også en mangel. (528-533) Vi er nogle gange er lidt for søde og lidt for overbærende, og det kan betyder at man nogle gange ikke får sagt fra hvis der er noget der irriterer en. Det kan både være positivt og negativt.		(330-335) De værdier vi har, det er recovery og derfor udøver jeg den selvfølgelig, men det er ikke svært for mig, fordi hele den tankegang er jo meget lig ergoterapi, fordi det er klientcentrering. Det er beboeren der er i centrum, det er beboerens liv og det er dem som bestemmer hvordan deres liv skal udvikles. Det er ikke os som skal gå ind og trække noget ned over hovedet.		<i>der er meget meget stor åbenhed omkring nye tiltag, nye tanker og hvis man kan argumentere godt for sin sag, så synes jeg bestemt der er plads til det. Og jeg synes at socialpsykiatrien er meget meget åben for andre vinkler.</i> (142-150) Vi arbejder ud fra nogle forskellige værdigrundlag, og der bliver lavet et nyt værdigrundlag hvert år. Men vi arbejder ud fra at det er forskellige individer der er her, og at de skal have hjælp på det niveau de er og ud fra de ønsker og mål de har.	det ville være anderledes om jeg arbejdede i det tværfaglige eller ikke gjorde. Så jeg synes faktisk ikke at det tværfaglige teams værdier påvirker den måde jeg udøver ergoterapi på.
3.4 Anerkendelse fra andre faggrupper	(913-914) Jeg ret sikker på de vil anerkende min faglighed når det bliver	(1260-1269) Jeg føler de anerkender mig, både mit kontaktpersonsa	(784-791) De anerkender den måde jeg tænker på og selvfølgelig har vi diskussioner,	(999-1011) Jeg føler at de anerkender mit arbejde, måske ikke lige i forhold	(890-893) <i>Det er svært at sige om det er det ergoterapeutiske arbejde de</i>	(200-203) Så psykiateren lytter meget til hvad vi har at sige om beboeren i forhold til vurderingen.

	mere synligt.	rbejde og mine kompetencer, men det er vist også hvad det kan svinges op til, tror jeg.	men det er jo fordi vi kommer fra forskellige faggrupper, men jeg synes altid at de er saglige. Der er aldrig noget med at vi skændes eller det er fuldstændigt usagligt, og vi smækker med dørene eller noget. Man lytter og man er godt klar over at vi har forskellige synspunkter, og vi prøver at finde et kompromis. Jeg synes de er meget lydhøre trods alt. (795-798) Jeg synes de anerkender tit én, hvis man siger et eller andet, de synes er godt og de kan bruge. (808-812) Jeg bliver især glad, når folk gider	til det ergoterapeutiske, men mere generelt.	<i>anerkender, men de anerkender mig. Men om det lige er fordi at de synes, hold da op, sikke noget ergoterapeutisk fantastisk, jeg er ikke altid helt sikker på de ved, hvad det lige er jeg går og gør.</i>	(704-750) Vi har også et kontaktpersonsafsnit hvor kontaktpersonen laver et indsatsområde, i forhold til beboeren, som beboeren ikke er vidende om og der har jeg oplevet nogle af mine kollegaer har haft lidt vanskeligheder med og lave nogle målbare mål. De har så kommet til mig og spurgt om jeg ku bistå dem lidt. Det synes jeg da er en anerkendelse af mit arbejde og mit fag.
--	---------------	---	--	--	---	--

			at høre om hvad jeg gider lave eller hvad vores fag går ud på og hvad det er helt præcis vi kan tilbyde og gerne er interesseret i at læse om COPMén. Jeg synes da det er fedt, det er da bare opfordring til os, at de er interesseret i os, altså det vi kan og byde ind med.			
3.5 Andre faggruppers viden om ergoterapi	(760-763) Ulempen for mange ergoterapeuter er at der ikke rigtig er nogen der ved hvad det er vi laver, hvor en fysioterapeut det er lidt mere håndgribeligt, det ved alle sgu hvad er. Så det kan også være en af årsagerne til at det måske	(1036-1038) De fleste af mine kolleger har arbejdet steder, hvor der har været masser af ergoterapeuter, og alligevel spørger de mig: hvad er det nu en ergoterapeut egentlig laver?	(600-626) Jeg mener ikke at de andre faggrupper udfordrer mig nok, fordi de ikke helt præcis ved hvad vi som ergoterapeuter laver. Derfor har vi snakket om at lave en fælles profil.	(858-863) <i>Jeg synes at de andre faggrupper er nysgerrige på mit fag. Jeg tror med ergoterapi, at der er mange der ikke ved så meget om det og det kan også godt være ret diffust.</i>		

	er lidt sløret.					
Kode 4 Faglig selvopfattelse	Informant A	Informant B	Informant C	Informant D	Informant E	Informant F
4.1 Påvirkning af faglig selvopfattelse	(798-799) <i>Det her er mit første job som ergoterapeut. Så jeg føler ikke jeg kan så meget.</i>	(861-877) Når vi sidder og har nogen diskussioner og der er nogen der sidder og taler om deres kerneområder, så tænker jeg, det er da mit kerneområde. Jeg skal ærligt indrømme at jeg bliver mere og mere i tvivl om hvad mit kerneområde som ergoterapeut er, og så fordi at jeg er i gang med en anden uddannelse, så gør jeg måske heller ikke så meget for at holde fast i det.	(384-390) Jeg vil sige at jeg tænker ergoterapeutisk, men nogle gange kan jeg godt selv få problemer med at se min egen fagidentitet, fordi den bliver udvisket. Nogle gange kan man godt glemme den, fordi det går op i pleje og vi laver det samme. Så kan det godt være lidt svært at se, hvor min rolle som ergoterapeut er i det her.	(402-424) <i>Jeg har mulighed for at sparre med andre ergoterapeuter i hverdagen, og jeg synes dette gør mig fagligt stærkere. Det sætter fokus på nogle ergoterapeutiske indfaldsvinkler, som jeg måske glemmer lidt nogen gange. Det kan godt ryge i hverdagen, hvis der slet ikke er andre ergoterapeuter.</i> (563-564) Jeg oplever at det godt kan være lidt svært og holde fast i at være ergoterapeut fordi	(593-596) <i>Det tværfaglige samarbejde gør mig jo overbevist om, at min retning er rigtig, at det jeg gør er okay, og jeg er ikke længere i tvivl om, at det specifikke jeg går og gør, det er godt nok.</i> (1121-1127) <i>Min erfaring gør jo også at jeg kan se forskellen på os, meget tydeligt. Og det er ikke sikkert, hvis man kun har været her et år eller to, at man kan det. Men det synes jeg godt jeg kan nu. Og det er måske i forbindelse med at jeg selv udvikler min egen faglighed, at jeg kan mærke at det jeg</i>	(337) Jeg oplever helt sikkert at sparringen gør mig fagligt stærkere.

		(1065-1075) <i>Jeg er ikke selv så opmærksom på min faglighed. Så jeg har en tendens til at flyde med i den der fællesfaglighed hvor det hele bare smelter sammen og faggrænserne udviskes.</i>		vi har meget de samme opgaver.	gør, det er noget andet, end det de andre gør.	
4.2 Faglige kompetencer	(264-269) <i>Jeg er ikke så stærk i hele den der teoretiske del af ergoterapien, det har været så langt fra mig og jeg går måske heller ikke så skide meget op i det hvis det kommer til stykket.</i> (350-353)	(232-233) Jeg tænker ikke særligt meget over de ergoterapeutiske teorier og modeller, det er næsten pinligt. Men sådan noget som Nuzo og flow tænker jeg da trods alt over.			(373-380) Jeg synes ofte jeg har succeser i dialoger med beboerne. Jeg tror faktisk at jeg er rimelig god, og det er nok generelt for sådan nogle små ergoer som os, vi er skidegode med empatien, sætte os i et andet menneskes sted og høre på dem. Lige tage en slapper og lytte. Lytte på dem. Behovet.	(615-632) <i>Vi er uddannet inde for at sætte mål og gøre dem målbare ud fra beboerens ønsker, behov og meningsfuldhed. Det synes jeg at vi er rigtig gode til som ergoterapeuter og det er de andre ikke uddannet i, og det kan man også godt se og mærke på nogen.</i>

	For mig er det nok druknet lidt. Plus at jeg nok ikke er en person som går så meget op i de teorier der er og følger dem. Men det er også noget jeg tænker over. Gad vide om jeg skal et andet sted hen hvor jeg har brug for at bruge det og kan jeg det så ikke. (543) Jeg er ikke den der store faglige person.				(549-556) Jeg synes, at jeg bruger mine kompetencer, og jeg kan se, at de kompetencer jeg kører med, er ikke nogen pædagogerne og assistenterne kører med. Jeg ser sådan og sådan, jeg synes vi skal gøre sådan og sådan, hvor at de siger; Det kunne jeg også, hvor jeg ved, nej det kan du ikke. Altså, det er skide frækt at sige, men det ved jeg	
4.3 Personlighed eller faglighed	(64-66) Jeg er ikke sådan en der er ergoterapeut og så er det kun det jeg laver, for så tror jeg ikke jeg ville være et sted	(775-780) Jeg synes egentlig, at det der betegner mine kompetencer, i langt højere grad er den erfaring	(467-468) <i>Jeg har meget tendens til at være mere mig selv end at være ergoterapeut i hverdagen.</i>	(1167-1182) Jeg har meget tendens til at bruge mig selv, mere end min faglighed, men det hænger selvfølgelig sammen med at		

	som her. Jeg tror også det handler lidt om hvem du er som person.	jeg har med mig end den uddannelse jeg har med mig.		min faglighed er en del af mig. Det kan godt være at jeg gør det automatisk, men jeg tænker måske ikke helt så meget over at, nu var det ergoterapeutisk.		
Kode 5 Faglig udvikling	Informant A	Informant B	Informant C	Informant D	Informant E	Informant F
5.1 Indflydelse fra andre faggrupper	(241-253) Vi har så travlt og vi arbejder i hver sin retning at vi glemmer nogle gange at have den faglige diskussion, altså prøve at gå ind og snakke om hvad er det egentlig vi gør, og hvorfor gør vi det, kunne man gøre det på en anden måde. Umiddelbart når man kigger ned i al den her travlhed, så	(1037-1042) <i>Nogle gange spørger kollegerne mig: Hvad er det nu en ergoterapeut egentlig laver og så er det altså svært for dem at komme til at udfordre, når de ikke en gang ved hvad det er jeg skulle lave.</i>	(598-511) Vi er blevet spurgt om hvad det er vi kan som ergoterapeuter. De bad ligefrem om nogle eksempler, fordi vi snakker meget om netop det der med at kunne dokumentere og evaluere. Der synes de andre faggrupper at vi mangler et ordentligt redskab. Der har vi jo COPM. (650-660)		(777-779) Ja, nogle gange så føler jeg mig udfordret, fordi så skal man immervæk ind og argumentere for hvorfor man handler som man gør eller hvorfor man tænker som man gør, så en smule udfordring er der da. (789-791) Jeg kan godt lide udfordringer, jeg tror hvis ikke jeg følte mig udfordret her dagligt, når jeg kom, så ville jeg ikke	(575-583) <i>Jeg synes at de andre faggrupper udfordrer mig på mine ergoterapeutiske kompetencer. De er gode til at stille nogle nysgerrige spørgsmål. Jeg vil gerne have flere spørgsmål, men der har ikke været overskud til det i øjeblikket.</i> (590-600) I øjeblikket er det helt fint for mig at de ikke udfordrer mig mere, for jeg har heller ikke haft det store overskud. Det har sådan været

	skiller jeg mig ikke ud som ergoterapeut og Peter skiller sig ikke ud som pædagog, der er vi bare meget det samme. Det er måske lidt et problem og det har vi også erkendt at fagligheden forsvinder lidt i alt det her tværfaglighed.		Jeg føler i allerhøjeste grad at jeg med min ergoterapeutiske baggrund kan bidrage med en viden som de andre faggrupper ikke har. Det er blandt andet i et fagligt forum, som er et møde vi har hver måned, hvor vi går ind og diskuterer decideret fagspecifikke ting. Der udfordrer vi hinanden og kommer ind med vores viden og diskuterer.		komme her så mange morgener i træk.	gældende for hele gruppen, men det påvirker i en positiv retning. Jeg synes altid at nysgerrige og undrende spørgsmål er velkomne og fordi <i>det tvinger mig til at reflektere over hvorfor jeg gør som jeg gør og blive bevidst om de ting jeg gør.</i>
5.2 Indflydelse fra andre ergoterapeuter	(337-340) Jeg har prøvet at få fat i de ergoterapeuter som er i huset og spørge om vi		(438-444) Du skal hele tiden have i baghovedet, at det ikke bare bliver en rutine. Det skulle jeg tage	(412-416) Jeg oplever at sparringen med de andre ergoterapeuter gør mig fagligt	(204-207) jeg var så heldig da jeg startede her, at der var to andre ergoterapeuter ansat i boligen, så jeg blev	(320-344) Den faglige sparring med den ene ergoterapeut, gør mig helt sikkert fagligt stærkere.

	ikke lige skal mødes og diskutere lidt. Vi har faktisk snakket om at gøre det men vi har ikke lige fundet en dato. (796-799) Jeg håber selvfølgelig at vi får gang i de her ergoterapeutiske møder, for derigennem at bruge hinanden som ergoterapeuter. Vi er ikke så mange og det er mit første job som ergoterapeut, så jeg føler ikke jeg kan så meget.		mig i nogle gange, fordi der jo er mange ting man skal ind i. Der er det godt, at vi har ergo-frokoster, hvor vi snakker om hvordan vi egentlig gør tingene, så man nogle gange tager sig selv i nakken, at vi skal lige huske at tænke lidt mere.	stærkere, da det sætter fokus på nogle ting som jeg måske glemmer lidt i hverdagene	taget lidt hånd om, så der blev meget fokus på at jeg ikke skulle falde ind i en anden faggruppe, at man skulle hjælpe mig i gang med det hersens ergoterapihalløj. (408-409) jeg synes det er rigtig dejligt, at der er flere ergoer heroppe. Fordi vi er gode til netop, at gribe hinandens ideer. (412-447) Der er lige kommet en ny ergoterapeut herop, og jeg er helt sikker på at hun snart kommer med fx COPM osv., som jeg bare går og venter på at få fingrene i. Så der tror jeg, jeg får en hel masse ny viden. Susanne og jeg taler køkkentræning, og det rykker i hvert fald fagligt i mit hoved,	<i>Vi stiller hinanden nogle spørgsmål som får os til at reflektere over hvorfor vi gør som vi gør, sætter ord og kobler teorier på. Vi giver hinanden inspiration og nye ideer til hvordan vi kunne gribe tingene an og om ADL-taxonomien ville være relevant for den enkelte eller vi kunne bruge COPM.</i>
--	---	--	---	--	---	--

					det at få vendt tingene	
5.3 Mulighed for deltagelse i faglige kurser	(825-828) Jeg er ikke blevet tilbudt nogle kurser endnu men jeg holder øje med hvad der er. Problemet er at meget af det som kunne være enormt spændende for mig som ergoterapeut det er ikke noget jeg vil ikke kunne komme til at bruge i mit arbejde. (849-853) Der har været kurser, men det er ikke sådan at jeg bare kan sige		(747-764) Vi skal på kontaktperson-kursus, men det er ikke specielt ergoterapeutisk. <i>Men jeg ved at det der med de deciderede ergoterapeutiske kursus' er der tror jeg selv, at jeg skal ud og betale. Det er meget generelt de kursus vi kommer på her. Man skal ikke forvente, at du komme på et ergoterapeutkursus, og de betaler.</i>	(964-969) Indtil videre har jeg ikke været på nogen kurser. Jeg har været på kontaktpersonuddannelsen, men det er jo ikke decideret ergoterapeutisk overhovedet, og jeg synes egentlig ikke at det har udviklet mine ergoterapeutiske kvalifikationer.	(839-853) Hvis vi lige kører på det der ergoterapeut, så er jeg nok ikke så flittig til det. Men jeg har jeg været inde på ergoskolen, hvor der var noget omkring database søgning og videns søgning, men altså jeg kører mere på kurserne indenfor socialpsykiatrien, fx kontaktpersonuddannelse, misbrugskurser og recovery kompetence uddannelse.	(676-699) Her på stedet bliver man ikke tilbudt så meget i forhold til kurser og efteruddannelse. Jeg har selvfølgelig nogle interne kurser og kontaktpersonsuddannelsen som er eksternt kursus, men ellers så får man ikke noget specifikt ergoterapeutisk. Hvis jeg kom og sagde til min afdelingsleder, om jeg måtte tage på det her kursus som jeg selv betaler, og det kun strakte sig over nogle få dage, så tror jeg faktisk at de ville give mig lov til det, men de ville aldrig betale for det. Det tvivler jeg på og jeg synes ikke at de kurser jeg har været på, gør at

	at dem vil jeg have, sådan er det desværre ikke.					jeg kan udvikle mig ergoterapeutisk.
--	--	--	--	--	--	--------------------------------------