

Meiningsomgrep i helsetenestene

I dette kapittelet undersøkjer forfattaren kva ulike betydningane eit omgrep om meinings har, og kan få, i helsetenestene. Bør eit omgrep om meinings omfatte forståing av levd erfaring og deltaking?

Innleiing

I dei siste åra har kommunehelsetenestene i Noreg fått stor merksemd, med auka ansvar og fokus på kvalitet (Folkehelselova, 2011; Helse- og omsorgstjenestelova, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Modellen for kunnskapsbasert praksis er teken i bruk som styringsreiskap og har òg blitt integrert i det profesjonelle kvardagsspråket (Jamtvedt og Nortvedt, 2008; Ekeland, 2004). I denne modellen integrerer fagpersonen forskingsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukarkunnskap og brukarmedverknad. Denne modellen er kritisert for å favorisere den forskingsbaserte kunnskapen og redusere tillit til fagleg skjønn, samt føre til mindre merksemd mot dei kontekstuelle faktorane som speler inn i helsearbeid (Ekeland, 2004). Eg har undra meg over kva faktorar som bidreg til ein god og brukarorientert praksis. Denne undringa deler eg med fleire ergoterapeutar, då ergoterapi er eit fag som på same tid har veklagt motstridande perspektiv, både det meiningsfulle, subjektive og det biomedisinske, funksjonelle, som sentralt for å fremme helse (Kielhofner, 2001).

Eg vil i dette kapittelet sjå nærmare på meiningsomgrep i helsetenestene, ut i frå følgjande problemstilling: «I kva slags betydning kan eit omgrep om meinings bli gitt større plass i helsetenestene?» Denne problemstillinga inviterer til å sjå på kva slags betydningane meiningsomgrepet kan ha, som for eksempel den konkrete betydninga om å ha ei meinings. Det blir då relevant å sjå på kva meininger det er i praksis i helsetenestene frå før, og å spørje om kven sine meininger som eventuelt bør gis større plass? Meiningsomgrepet kan òg tolkast meir abstrakt og filosofisk, ved å spørje kva meinings som er eller blir skapt i praksis, i helsetenestene.

Helsetenestene er eit mangfaldig omgrep som Store norske leksikon vel å forklare på denne måten:

Helsetjeneste eller helsevesen er fellesbetegnelse på alle private og offentlige institusjoner og virksomheter i samfunnet som har til formål å forebygge, diagnostisere og behandle sykdom, å yte pleie og omsorg til syke mennesker eller å rehabilitera og attføre pasienter etter sykdom og skade. Avgrensningen mot sosialtjenesten og noen andre velferdstjenester kan være uklar (Nylen og Braut, 2014).

Helsetenestene er altså ganske omfattande. Eg kjem i dette kapittelet i hovudsak til å halde meg til norsk helsefagleg fagutøving. Sjølv om eg er klar over at dette er eit tema med tverrprofesjonell relevans, vil eg ta utgangspunkt i mine tidlegare erfaringar som ergoterapeut i kommunehelsetenesta. Eg er ut i frå dette opptekken av korleis me som fagpersonar kan støtte brukarar i prosessen med å føre sitt liv, noko som inneber at me må vere opptekne av deira kvardagsliv, og kva som påverkar dette.

Ulike omgrep om meinung kan bidra til å utvide vår forståing av brukarar, og vår praksis. I dette kapittelet vil eg gå nærmare inn på tre ulike betydningar av meiningsomgrepet. Det første bygger på ei betydning av meinung som å ha meininger; å ta standpunkt i høve til kva som skal telje og prioriteras. Eg vil vise at dette perspektivet for det første allereie har ein stor plass i helsetenestene, og for det andre at det aleine ikkje er tilstrekkeleg for å støtte helsepersonell i deira praksis med å bistå personar med å leve sitt liv med ein endra kropp etter sjukdom og skade.

Det andre og tredje perspektivet på meinung, meinung som levd erfaring og meinung som deltaking, er basert på ei meir filosofisk forståing av meiningsomgrepet. Desse perspektiva utfyller kvarandre med å setje lys på kontekstuelle, individuelle og relasjonelle aspekt som spelar inn i praksissituasjonar. Eg vil gjennom dette kapittelet hevde at det er desse siste to betydningane av meinung som bør gis større plass i praksis. Før eg går nærmare inn på desse, vil eg introdusere ei forståing av meinung som det som ein meiner er viktig.

Meinung som det ein meiner er viktig

Ifølgje Store norske leksikon kan meinung blant anna forståast som tanke, fornuftig samanheng eller oppfatning (Store norske leksikon, 2014). Eg tolkar denne betydninga slik at meininger er noko som ein trur på, står for og som ein meiner er viktig. Det blir derfor relevant å spørje seg; kva meininger er det som har stor plass, og som på forskjellige måtar kjem til uttrykk i helsetjenestene? Kva meiner ein, som brukar, tenesteutøvar eller helsepolitikar, at er og skal vere av betydning?

Kva vert tillagt vekt og skal prioriterast? Dette viser seg å vere eit dagsaktuelt spørsmål, og noko me skal undersøkje nærmare gjennom ei analyse av nokre sentrale helsepolitiske dokument.

I juni 2013 nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet eit offentlig prioriteringsutval som skulle gå gjennom prinsipp, kriterie, verkemiddel og prosessar for korleis ein skal prioritere ressursar innan helsevesenet (Regjeringen, 2013). Prioriteringsutvalet skulle òg sjå på korleis dei gjeldande prioriteringkskriteriane, utvikla av det såkalla Lønning II-utvalet, kunne operasjonaliserast og vektast. Dei leverte sin rapport i november 2014 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Utvalet satsa på ein open prosess, der alle hadde moglegheit til å melde innspel til deira arbeid (Prioriteringsutvalget, 2014).

Eg vil no gå gjennom dei tre prioriteringkskriteria som Lønning II-utvalet utarbeide og som ligg til grunn for prioriteringar i den norske helsetenesta (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997). Det første kriteriet handlar om tilstandens alvorlegheit. Jo meir alvorleg sjukdommen, tilstanden eller situasjonen er, jo høgare prioritet skal den ha. I sin rapport om prioriteringar i helsesektoren frå 2012 skriv Helsedirektoratet at «Det er viktig å merke seg at alvorlighet ikke bare handler om å overleve og vinne leveår, men også om livskvalitet knyttet både til fysisk og psykisk funksjonsnivå og evne til å mestre dagliglivet» (Helsedirektoratet, 2012, s. 24). Dette er det interessant og viktig å vere merksam på, men òg vanskeleg å avdekka; særleg om ein ikkje spør etter eller kommuniserer om forhold som berører livskvalitet og meistring.

Eit anna kriterie for prioritering er kravet om kostnadseffektivitet. Dette går ut på at det skal vere eit rimelig forhold mellom kostnadane ved behandlinga og forbtringa av pasienten sin helsetilstand som behandlinga er forventa å gi. Det siste kriteriet berører nettopp nytten av tiltaket; kor sannsynlig er det at pasienten eller brukaren faktisk vil få betre helse av dette tiltaket? Til hjelp og beslutningsstøtte for å prioritere i høve til dette, skal det ligge føre god vitskapleg dokumentasjon for at pasientens tilstand kan forbetras ved behandlinga eller helsehjelpa som gis (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997).

Kvaliteten på dokumentasjonen av effekt av dei ulike tiltaka skal leggjast vekt på. Det vil seie at tiltak med svak dokumentasjon skal gi låg prioritet. Og her viser Lønning II-utvalget til det medisinske dokumentasjonshierarkiet, som vist i figur 1 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997). Det klinisk kontrollerte forsøket, og kalla for gullstandarden for forsking, dokumenterer effekt av medisinsk behandling ved å ta ei helst veldig einsarta gruppe personar og randomisere, eller tilfeldig fordele desse i to grupper; ei kontrollgruppe, som ikkje får behandlinga, eller ein placebobehandling, og ei eksperimentgruppe som blir gitt den behandlinga ein

skal teste effekten av. I for- og etterkant måler ein pasienten på dei parametra ein tenkjer har betydning for å sjå effekten av behandlinga, og ved statistisk behandling av desse numeriske data, kan ein altså fastslå den eventuelle effekten (Malterud, 2002, s. 2468).

Denne gullstandarden er veleigna til å frambringe kunnskap som beslutningsstøtte i forhold til om me skal innføre nye typar legemiddel, eller om det til dømes er hensiktsmessig å operere meniskskade eller ei. Ergoterapeutar vert oppfordra til å i større grad undersøkje og dokumentere effekt av tiltak, og til å arbeide evidensbasert (Kristensen og Peoples, 2013). Det vert òg gjennomført forsking på ergoterapitiltak og arbeid som er i tråd med desse verdiane, som til dømes ein nyleg studie som undersøkjer om kvardagsrehabilitering gjev betre resultat enn standard rehabilitering (Tuntland et al. 2014). Likevel vil ein ikkje kunne nytte denne tilnærminga til å studere alle fenomen (Kristensen og Peoples, 2013, s. 454–455). Eit av dei mest vesentlege spørsmåla i forsking er å ta stilling til kva metode som kan vere mest veleigna til å besvare nettopp det forskingsspørsmålet ein er interessert i å finne ut av. Dersom ein for eksempel er interessert i å vite noko om kva menneske erfarer, kva verdiar dei har, og korleis dette påverkar deira val i høve til eiga helse, kjem randomiserte kontrollerte forsøk til kort (Malterud, 2002, s. 2468).

Forsøk på å forske fram effektar av til dømes ergoterapi, kjem så langt som til å seie at dette sannsynligvis har effekt, men peiker på at det er vanskeleg å seie noko heilt sikkert fordi ergoterapi ofte blir gitt med andre tenester, som heimeteneester

og fysioterapi (Steultjens et al., 2005). Vidare er brukarane av desse tenestene ofte i rike miljø som òg kan tenkjast å ha ein påverknad på deira eventuelle betring og endring i funksjonsnivå. Ergoterapeutar har òg rapportert at det er utfordrande å måle effekt av intervensionane dei set i verk, på grunn av at det kan vere vanskeleg å lage meiningsfulle, operasjonelle definisjonar av intervensionar knytt opp til aktivitet (Bowman, 2006). Så altså, det finnes situasjonar der ein ikkje godt kan dokumentere effekt av tiltak utan å sjå bort frå etiske retningslinjer og isolere personane medan terapien blir administrert.

Frå ein kommuneergoterapeut sin ståstad kan det virke som at kriteria for prioriteringar i helsevesenet har ei slagside mot det spesialiserte medisinske perspektivet. Gjennom samhandlingsreforma har kommunane fått ansvar for nye ressurskrevjande grupper, i tillegg til at dei framleis har ansvaret for helsa til alle innbyggjarane sine, som eldre og personar med samansette og kroniske lidningar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Folkehelsearbeid er òg blitt ei lovpålagt communal oppgåve (Folkehelseloven, 2011). Desse problemstillingane og brukargruppene; av til dømes eldre, kronisk sjuke, samansette lidningar, omsorg ved livets slutt, førebyggande helsearbeid og psykisk helsevern, vil muligens kome til kort når det gjeld prioriteringskriteriet om effekt av tiltak som målt gjennom det medisinske dokumentasjonshierarkiet.

Om ein tenkjer om meinung i betydninga det som betyr noko, som bør ha prioritet og der ein kan sjå dokumenterbar effekt, helst gjennom randomiserte og kontrollerte forsøk, så vil dette få konsekvensar for vektlegginga av behova til eldre, kronisk sjuke eller innanfor mykje av folkehelsearbeidet. Ein hegemonisk biomedisinsk måte å forstå helse og helseproblem på, gjer at andre forståingsformer vert marginalisert (Ekeland, 2001, s. 308). Meinung kan likevel ha ei anna betydning som er særleg aktuell når ein berører temaet helse; nemleg levd erfaring.

Meining knytt til levd erfaring med å vere i verda som kropp

Ein kan skilje mellom ulike sjukdomsomgrep; «illness» og «disease», som illustrerer to aspekt ved uhelse (Kleinman, 1978; referert i Mattingly og Fleming, 1994, s. 37–38). Desse to aspekta, som me skal sjå nærare på i dette underkapittelet, viser til ulike forståingar av sjukdom og sjukdomsopplevelingar som er relatert til kvarandre, og forbunde på ulike måtar. «Disease» kan seiast å representere den patologiske tilstanden og viser til den konkrete sjukdommen eller skaden. Illness-omgrepet på si side viser til meiningsa sjukdommen eller skaden har for personen som er ramma av den, erfaringane knytt til det å vere sjuk; kva meinung og konsekvens sjukdommen har for livet til denne personen. Både «disease»- og «illness»-perspektiva er viktige i helsearbeid.

Filosofen og legen Kay S. Toombs peikar på og kastar lys over avstanden mellom hjelpetrengande og hjelpar, gjennom si fenomenologiske analyse av meiningsa ved sjukdom (1993). Ho viser her at den levde erfaringa av sjukdom er fundamentalt annleis enn meiningsa ved sjukdom til nokon som ikkje sjølv lev denne erfaringa. Dimed vil pasientar og legar ha ulike og unike perspektiv, og kommunisere med kvarandre frå desse ståstadene, der kvar ståstad gjev ei ulik horisont av meinings (Toombs, 1993, s. XV). Ho skriv at medan legen fortolkar og intervenerer i forhold til pasienten sin tilstand som ein «disease» så møter pasienten tilstanden som ei unik, personleg hending (Toombs, 1993, s. 19–20). Om hjelpar og den hjelpetrengande trur dei snakkar om same verkelegheit, tek dei difor feil, og kan ende opp med å misforstå kvarandre og ende opp med mindre vellukka tiltak, løysingar og samarbeid. Sjølv om det kan vere utfordrande for den hjelpetrengande å artikulere sine erfaringar, er det likevel viktig å undersøkje og utforske meiningsar ved desse erfaringane, for å kunne vere ein god hjelpar, skriv Toombs.

Filosofen Maurice Merleau-Ponty understreker den ambivalente statusen kroppen har, ved at me både er kropp, og har ein fysisk kropp (Merleau-Ponty, 1994). Han viser at me kan ikkje sjå på kroppen lausriven frå forståinga av mennesket. Det som skjer med kroppen, skjer med mennesket, og med det opplevde forholdet mellom ein sjølv og verda. Han skriv blant anna at:

Kroppen er bæreren af væren-i-verden, og det at besidde en krop betyder for et levende väsen at slutte sig til et bestemt miljø, smelte sammen med särige forehavender og uafbrutt engagere sig deri (Merleau-Ponty, 1994, s. 20).

Dette uavbrutte engasjementet i verden kan bli påverka og forstyrra av sjukdom, skader eller uventa hendingar, som gjer at ein rettar fokus mot nettopp kroppen som fysisk konkret kropp. Det kan gjelde både den som eig og er kroppen, men også for dei rundt. Ved til dømes tilpassing av rullestol, kan det i utgangspunktet sjå ut som om det er den fysiske konkrete kroppen som er i fokus, og som skal få gjenopprettet og kompensert for sine moglegheiter til å manøvrere og handtere omgjevnadane. Kvalitative studier av relasjonar mellom menneske og teknologi demonstrerer likevel at tekniske hjelpemiddel ikkje er nøytrale konkrete objekt, men har symbolske meiningsar og bidrar i forståinga av oss sjølve og påverkar vår deltaking i verda (Ravneberg, 2012; Pettersson et al., 2007; Larsson Lund og Nygård, 2003).

Den svenske forskaren og ergoterapeuten Ingvar Pettersson studerte korleis personar erfarer sine hjelpemiddel eitt år etter at dei har hatt eit slag (Pettersson et al., 2007). Ho fann at dei slagramma var ambivalente til hjelpemiddla, ved at dei både vart erfart som nyttige og naudsynte, men at dei også kunne vere tungvinte å bruke og vere assosiert med negative kjensler. Brukarane hadde ulike erfaringar med korleis hjelpemiddla bidro inn i eit endra kvardagsliv (Pettersson et al., 2007).

Funksjonsnedsettingar eller sjukdom rammer eit liv, og ikkje berre ein kropp. Kva konsekvensar og erfaringar som er knytt til nettopp denne pasienten eller brukaren, kan ein ikkje lese ut i frå kva som feilar den fysiske kroppen.

For den einskilde brukaren står den levde meiningsa med sjukdommen eller skaden sentralt. Når helsetenesta skal støtte opp om personen si betring, er det difor naudsynt å ta omsyn til denne meiningsa. Amyotrofisk lateral sklerose, eller ALS, er eksempelvis ofte ein raskt progredierande sjukdom som rammer dei motoriske nervane i ryggmarg og hjerne. Her kan ein forvente dramatiske endringar i funksjonsnivå på ganske kort tid. Som kommuneergoterapeut bør ein altså opne opp for å tenkje tunge hjelphemiddel ganske tidlig i prosessen; som talehjelphemiddel, elektrisk rullestol og omgjevnadskontroll (King et al., 2009; Ball et al., 2004). Statistikk, sjukdomslære og aggregerte medisinske data er slik viktig kunnskap for ergoterapeuten i arbeidsprosessen med å føreseie og leggje til rette for å kunne kompensere for framtidig funksjonstap.

Ved å vere i forkant av behova og aktivitetsvanskane me antar at personen vil erfare, kan han få integrert hjelphemiddla slik at dei kan gjere seg bruk av desse og klarar å oppretthalde funksjon lenger. Ei ganske openberr utfordring her, er å introdusere personen for hjelphemiddel når han sjølv ikkje er klar for det. Å sjå føre seg eit liv med elektrisk rullestol og talehjelphemiddel er ikkje berre eit spørsmål om teknikk og funksjon, men berører erfaringa av livet sjølv (King et al., 2009). Som kommune-ergoterapeut i denne situasjon er det viktig både å ha eit blikk for sjukdommen og konsekvensane av sjukdom som patologisk tilstand, i tillegg til at ein må ta omsyn til den levde erfaringa til brukaren som kanskje ikkje er klar for å tenkje omkring framtida på den måten. Kunnskapen som trengs her, må vere situasjonsorientert og med forståing for den andre si personlege livsføring. Det er med andre ord vesentleg å få tilgang til og leggje vekt på brukaren sine subjektive perspektiv.

Klinikarar analyserer, tek stilling til og handlar ut i frå eit mangfold av faktorar i sin praksis (Mattingly og Fleming, 1994). Den kliniske resonneringa baserer seg ikkje berre på den forskingsbaserte prosedyrekunnskapen, men også på ei analyse og vurdering av dei særlege kjenneteikna ved nettopp denne brukaren i nettopp hans eller hennar situasjon (Mattingly og Fleming, 1994). I tillegg dreg klinikaren vekslar på si erfaring med denne, andre og liknande brukarar og eigne levde erfaringar.

Eg vil no gå inn på ei tredje betydning av meinings, som tilfører nokre nye omgrep som sensitiverer oss til å utvide perspektivet noko frå det individuelle, utan å miste nettopp dette av syn. Denne betydninga av meinings er knytt til korleis me fører vårt dagligliv, og eg har valt å kalle dette for deltaking. Med dette omgrepet trekk eg vekslar på ei retning av kritisk psykologi, som byggjer på innsikter frå den kultur-historiske skulen, og som den danske psykologen Ole Dreier har utvikla vidare (Dreier, 2011; Dreier, 2008).

Meining knytt til å vere deltakarar i ulike kontekstar

Eit deltakingsperspektiv på menneske, tek utgangspunkt i at menneske og omgjevnadar står i eit konstant og dialektisk forhold til kvarandre (Dreier, 2011; Dreier, 2008; Opsahl og Ravn, 2003). Menneske blir i dette perspektivet ikkje berre forstått som biologi, eller kropp og funksjon, men òg som eit sosialt, bevisst og kulturelt vesen. Omgjevnadane er her forstått som sosiale, samfunnsmessige, historiske og materielle omgjevnadar. Gjennom verksemder og handlingar og gjennom den sosiale praksis konstituerer og skaper mennesket og samfunnet kvarandre (Dreier, 2008; Opsahl og Ravn, 2003). Denne dynamikken, med at menneske og omverda samskaper kvarandre gjennom menneskelege verksemder, er skildra i figur 2.

Sjølv om personar sine mål, intensjonar og hensikter spelar inn i høve til korleis dei deltek, kan ein ikkje sjå på dette aleine for å forstå deltaking; deltaking inneber at me står i eit dialektisk forhold til omverda og dei sosiale og materielle faktorane i konteksten spelar inn i høve til vår deltaking (Dreier, 2008; Opsahl og Ravn, 2003). Slik sett så legg deltakingsperspektivet til grunn menneske som erfarande levd kropp, og tilbyr eit omgrevsapparat som opnar opp for vektlegging av det kollektive, samfunnsmessige i mennesket; at me handlar med andre i eit samfunn, noko som både gir muligheter og set rammer for oss til å utvikle oss sjølv og samfunnet (Dreier, 2008). Mellom anna gir dette perspektivet rom for å rette blikket mot kontekstar og omgjevnadsmessige faktorane som har betydning for vår væren i verda.

Eg vil klargjere kontekstomgrepet, eller handlingskontekst, som Dreier definerer som eit avgrensa lokalt sted i sosial praksis som vert reproduusert og endra av aktivitetane til deltakarane og gjennom deira forbindelsar med andre stader i ein struktur av sosial praksis (Dreier, 2008, s. 23). Ein handlingskontekst er vevd saman av personar, aktivitetar og objekt, og er òg, gjennom deltakarane sine handlingar, knytt saman med andre handlingskontekstar (Dreier, 2008). I løpet av dagen og livet er kvar av oss engasjert i og på tvers av fleire ulike og spesifikke lokale handlingskontekstar. Døme på handlingskontekstar kan vere bussen på veg til jobb, eller skulen, eit hagelagsmøte eller ein arbeidsplass. Sosiale kontekstar kan vere meir eller mindre flyktige eller stabile, og formål og oppgåver vert realisert av deltakinga til alle medlemmane (Dreier, 2008, s. 24). Ut i frå dette blir det klart at me ikkje kan forstå individuelle moglegheiter og endringsprosessar isolert ut i frå eit individuelt omgrep om subjektivitet og handling; me må sjå på personleg deltaking som eit særskilt aspekt ved sosial praksis. Det blir då naudsynt å gå ut over individet og undersøkje korleis spesifikke sosiale organiseringar og ordningar av sosial praksis bidrar til moglegheiter og barrierar for deltaking. Eg vil ta eit eksempel som illustrerer dette.

Ergoterapeut og forskar Cathrine Arntzen har saman med Torunn Hamran og Tove Borg utført ei kvalitativ studie som undersøker kva slagpasientar sine erfaringar med å vere i ein rehabiliteringskontekst på sjukehuset betyr for erfaringar med å kome heim etterpå (Arntzen et al., 2014). Å få eit slag er ei dramatisk hending som påverker deltaking i kvardagslege aktivitetar og korleis ein erfarer seg sjølv. Dei fleste slagramma som deltok i studien var på sjukehuset for intensiv rehabilitering, opp til eit halvt år. Forskarane fann at deltaking på sjukehuset var karakterisert av eit fokus på å gjenvinne kroppsfunksjonar, med ein instrumentell relasjon til aktivitetsvanskane som retta seg mot å betre dei fysiske konsekvensane av slag og trenе på dei grunnleggande daglege aktivitetane (Arntzen et al., 2014, s. 11). Fagpersonane og medpasientane utgjorde eit rehabiliteringsfellesskap som var oppmuntrande og støttande. Dei fysiske omgjevnadane var lagt til rette og fasiliterte trening. Det var imidlertid lite fokus på korleis dei slagramma skulle meistre deira deltaking i kvardagslivet etter sjukehusopphaldet. Og då dei kom heim, opplevde fleire overgangen til sine lokalsamfunn og kvardagsliv som vanskeleg (Arntzen et al., 2014).

Det rehabiliterande fellesskapet som deltakarane hadde nytt godt av på sjukehuset; for eksempel medpasientar som oppmuntra dei, dei profesjonelle fagpersonane som dei kunne konsultere med, samt den trygge rehabiliteringskonteksten, både dei materielle og sosiale aspekta, var ikkje lenger tilgjengeleg (Arntzen et al., 2014, s. 15). I tillegg bidro krava og utfordringane i kvardagslivet til at dei vart smertefullt klar over konsekvensane slaget hadde i høve til deira moglegheiter for å leve eit kvardagsliv. Dei slagramma hadde ikkje forventa at dei kroppslege endringane etter slaget skulle gjere det så vanskeleg å utføre daglege aktivitetar. Kroppen fungerte ikkje på same måte som før og dei meistra ikkje oppgråvene

som dei hadde tenkt. Dei måtte finne ut av situasjonen sin på ny. Dette var ein periode med frustrasjon og forhandlingar; også mellom dei slagramma og deira pårørande, som dei budde med eller forheldt seg til på andre måtar (Arntzen et al., 2014). Å vere sambuande pårørande til ein person som har hatt slag medfører òg endringar i kvardagslivet (Arntzen et al., 2014, Visser-Meily et al., 2006). Fleire pårørande bidro med praktisk assistanse og pleie, og relasjonane mellom slagramma og pårørande måtte slik reforhandlas og sto på spel (Arntzen et al., 2014, s. 16–17).

Denne studien viser slik tydeleg korleis deltaking blir forma i og av overgangen mellom ulike kontekstar, med sine ulike innhald, deltakarar og krav. Studien demonstrerer òg behovet for å vektlegge kvardagskontekst i rehabilitering for å førebu pasienten på dei framtidige utfordringane og bidra til å støtte prosessen med å leve eit endra kvardagsliv. Relevansen av studien for helsepersonell i kommunehelsetenesta er mellom anna at den løftar fram og set lys på kva brukarane kan ha med seg frå før, og at nettopp desse andre erfaringane frå andre situasjonarspeler inn og har betydning for deira deltaking heime.

Betydninga av ulike meiningsomgrep for praksis

Denne handsaminga av omgrepet om deltaking som vart gjeve ovanfor inkluderer og er relevant for eit omgrep om praksis. Praksis kan forståast på fleire måtar, men eg vil i denne samanhengen leggje vekt på tre ulike betydninga, eller rettare sagt nivå, av praksis; nemleg praksis som teori, som fagleg verksemd og som kvardagslivet. For det første er praksis eit teoretisk omgrep, som kan sjåast i samanheng med deltakingsomgrepet. I dette perspektivet, Ole Dreier sin teori, blir sosial praksis forstått som sosiokulturell og materiell aktivitet og samhandling i og på tvers av ulike sosiale og materielle kontekstar (Dreier, 2008, s. 22–23). Sosial praksis er organisert og vert endra gjennom menneskeleg deltaking i og på tvers av ulike og spesifikke lokale handlingskontekstar. Vidare peikar teorien på at deltakinga i desse kontekstane alltid er situert, noko som påverkar deltakarane sine handlingsmoglegheiter (Dreier, 2008).

For å forstå deltaking treng ein eit omgrep om lokalitet, eller deltakinga si kroppslege, situerte og praktiske forankring. Men ein treng òg eit omgrep om posisjonering, som knyt deltakinga til sosial og erfart posisjon (Dreier, 2008, s. 32–33). Som deltakar kan ein i varierande grad velje sin posisjon, og korleis ein vil utøve den makta som følgjer med denne posisjonen, avhengig av kva rammer og moglegheiter som konteksten og dei andre deltakarane gir. Deltakarane har ulike handlingsmoglegheiter i ulike handlingskontekstar. Maktrelasjonar og posisjonering i konteksten speler ei rolle i høve til deltakarane sine moglegheiter til å delta og til å påverke dei andre si deltaking (Dreier, 2008, s. 32). Personar si deltaking er slik alltid sosial,

det er ikkje berre opp til ein person å endre si deltaking, men dette avhenger òg av kva andre gjer, eller er interessert å gjere. For å forstå det individuelle subjektet si deltaking, er det difor ikkje tilstrekkeleg å avgrense fokus til berre å gjelde dette individet. Vår deltaking vert påverka av andre sine så vel som eigne moglegheiter og interesser og slik er deltaking både eit kompleks og dynamisk fenomen. For å få forståing for denne kompleksiteten, må ein undersøkje personar nettopp som *deltakarar*, slik som i studien til Arntzen og hennar kollegaer. Dette inneber å ikkje lausrive dei frå dei samanhengane dei deltek i. Og det inviterer til å vere undrande i høve til kva kontekstar personar deltek i, og korleis dei deltek.

Så langt praksis som eit teoretisk omgrep. Ei anna forståing er at praksis kan vise til ei særskilt verksemد eller yrkespraksis; som til dømes hjelphemiddelformidling i kommunehelsetenesta. Praksis kan òg forståast som den praksisen me alle har kjennskap til; kvardagslivet, som inneber deltaking i og på tvers av fleire handlingskontekstar. Desse to eksempla på praksis, kan forståast i lys av det teoretiske perspektivet på praksis. Hjelphemiddelformidling i kommunehelsetenesta kan til dømes forståast som ein teknisk rasjonell prosedyre. Hjelphemiddelet har i denne praksisen ein konkret funksjon; å avhjelpe eit aktivitetsproblem, og i søknaden om hjelphemiddelet må søkeren gjere greie for både behovet for hjelphemiddelet, samt sannsynlegheita for at hjelphemiddelet skal kunne avhjelpe problemet (Rikstrygdeverket, 2003).

Som nemnt tidlegare så skal effekt av tiltak helst målast gjennom forskingsdesign så høgt oppe i det medisinske dokumentasjonshierarkiet som mogleg (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997). For å imøtekomme dette, er det utført studiar for å måle effekten av innføringa av hjelphemiddel, som mellom anna måler bruksfrekvens av hjelphemiddelet eller tek utgangspunkt i strukturerte spørjeskjema eller kartleggingsinstrument (sjå til dømes Mortenson et al., 2013; Brandt et al., 2003; Mann et al., 1999; Phillips og Zhao, 1993). Slik effektforsking som ser på om hjelphemiddelet faktisk er kausalt ansvarleg for observerbare endringar, har to implisitte føresetnadar som er viktige å løfte fram. For det første, så inneber dette ei antaking om at hjelphemiddelet er den viktigaste faktoren i forhold til eventuelle endringar i brukaren sitt liv. For det andre inneber det at ein går ut frå at brukaren tek i bruk hjelphemiddelet akkurat slik som det skal brukast. Begge desse antakingane peikar på at brukaren er ein passiv mottakar, og at hjelphemiddel er nøytrale objekt. Desse synspunkta vert utfordra gjennom fleire kvalitative studiar av eldre som brukarar av teknologi og tekniske hjelphemiddel (sjå mellom anna Kyllberg et al., 2013; Loe, 2010; Löfqvist et al., 2009; Forchhammer, 2006).

Den danskepsykologen og forskaren Hysse Birgitte Forchhammer gjennomførte ein studie om korleis personar som har hatt slag, bruker tekniske hjelphemiddel og andre gjenstandar for å avhjelpe sine vanskar i dagleglivet (2006). Hennar forsking viser at relasjonane mellom brukar og hjelphemiddel er ulike, dynamiske og påverka

av sosiale og materielle forhold, i tillegg til brukar sine tankar om bruken av hjelphemiddelet. Deltakarane i hennar studie brukte både hjelphemiddelet, men òg andre gjenstandar kreativt og innovativt for å få bukt med sine vanskar. Mellom anna brukte ei kvinne stokken sin til å banke i taket på si blokkleilegheit for å signalisere til naboen at ho ville ha kaffibesøk, i staden for å ringe i telefonen. Ei anna kvinne som hadde fått ein rullestol, hadde gjenvunne gangfunksjonen, men likevel behaldt rullestolen og brukte den som ein kontorstol. Den var lettare å trille rundt enn den andre kontorstolen ho hadde, og den hadde òg hendige bremser som gjorde at ho kunne reise seg tryggare. Òg gjenstandar som ikkje var formidla som hjelphemiddel kunne bli brukt som hjelphemiddel; som møbler som ein kunne støtte seg til når ein gjekk gjennom stova (Forchhammer, 2006).

Desse eksempla illustrerer at brukarar kan vere aktive i sin bruk av teknologi blant anna ved å identifisere behov for, tilpasse og avvise teknologi for å manøvrere i ein utfordrande kvardag. Eksempla illustrerer òg at hensikta og bruken kan endre seg over tid. I min egen studie der eg undersøkte korleis eldre brukar hjelphemidla sine, såg eg at hjelphemiddelet kunne ha stor betydning for brukaren sjølv om dei ikkje brukte dette (Gramstad et al., 2014). Et eksempel på dette var hjelphemiddel som den eldre ikkje trong akkurat då, men som han kunne komme til å få bruk for om – eller når – han fekk eit dårlegare funksjonsnivå. Å ha desse hjelphemidla gav tryggleik, og følelsen av å ha kontroll. Dette er òg forhold som er assosiert med god helse.

Eg vil ta eit eksempel til frå studien til Forchhammer. Her finn me ei skildring av ei eldre kvinne med demens som fikk kalender av dottera og heimehjelpa for å holde seg orientert om tid, og for å holde orden på avtalane sine (Forchammer, 2006, s. 139). Dottera var bekymra for at mora ikkje var orientert om tida, og såg kalenderen som ein måte å knytte mora til «det verkelege livet». Inne på sjukehuset, og med hjelp av ergoterapeuten, meistra mora å bruke kalenderen, men då ho kom heim, tok ho ikkje sjølv initiativ til å skrive eller slå opp i kalenderen. Likevel vart kalenderen eit hjelphemiddel og reiskap for dei rundt henne, som pårørande og pleiarar, som brukte denne til å vidareformidle beskjedar og kommunisere med kvarandre (Forchhammer, 2006, s. 139). Det er fleire interessante tema å trekke vidare i denne korte case-skildringa. For det første viser eksempelet at hjelphemiddel kan påverke deltakinga til andre enn dei som det opphavleg var tenkt for. Betydning og bruk av hjelphemiddelet er dermed ikkje gitt, men noko som blir forhandla fram av dei ulike deltakarane, som har ulike mål og interesser av det. For det andre viser eksempelet at bruk og nytte av eit hjelphemiddel er situasjons- og kontekstspesifikt. Når mora bruker kalenderen i terapi, men ikkje heime, kan ein jo tenkje seg at ho bruker hjelphemiddelet, men det har ikkje nokon betydning i form av å støtte henne i å delta i andre handlingskontekstar i kvardagslivet hennar.

Ifølgje Ole Dreier inneber kvardagslivet å aktivt koordinere og handtere ulike aktivitetar og forpliktingar i og på tvers av ulike handlingskontekstar på ein slik måte at dei – og dermed kvardagslivet – heng saman (Dreier, 2011, s. 13). Det krev at ein meistrer det komplekse kvardagslivet som ein heilskap, og ikkje berre i einskildsituasjonar. Ved å ta i bruk deltaking som omgrep for å forstå kvardagsliv, blir me i større grad merksame på dei dynamiske, prosessuelle og relasjonelle aspekta i kvardagslivet. Overført til hjelpemiddelformidling kan ein seie dette perspektivet opnar opp for å sjå at hjelpemiddelen går inn i situerte praksistar, med fleire deltakrar, som deltek på ulike måtar, og at det gjev potensiale for andre meininger enn det som kanskje formidlaren hadde tenkt.

Konklusjon

Så innan kva type praksis skal kva slags meiningsomgrep gis ein større plass? Ein kan seie at meinung jo alltid har ein eller annan plass i praksis, òg i følgje den presenterte teoretiske forståing av praksis. Som fagpersonar og brukarar skaper me alltid meinung av og i dei praksisane og handlingskontekstane me er i. Men om me ser på dei tre betydningane av meinung som eg har teke utgangspunkt i, så er det tydeleg at det første, det som skal gis prioritet, allereie har ein stor plass i helsetenestene. Eg meiner det er dei to andre betydningane av meinung; knytt til brukarar sine levde erfaringar, med forståing for deira deltaking i ulike kontekstar, som bør få ein større plass, i praksis forstått som formidling av hjelpemiddel, til dømes. Dette impliserer at det òg er viktig å setje lys på korleis me som helsepersonell deltek med brukarane i ulike handlingskontekstar, og korleis me er posisjonert. Posisjoner handlar om kva posisjon deltakarane har i forhold til kvarandre, blant anna i forhold til makt, kunnskap og moglegheiter til å handle i den aktuelle konteksten (Dreier, 2008, s. 32–33). Helsepersonell si posisjoner speler inn på moglegheitene dei andre deltakarane har til å delta. Dersom me bruker hjelpemiddelformidling som eksempel, kan det vere aktuelt å sjå på korleis kommuneergoterapeuten er posisjonert, og korleis dette påverker kartleggings-situasjon og vidare oppfølging. Kva ser ho etter, kva legg ho vekt på, kva tenkjer ho om brukaren sin situasjon. Og kva tenkjer brukaren, kva legg han vekt på, kva tenkjer han om denne situasjonen?

Dersom kommuneergoterapeuten går ut i frå hjelpemiddelformidling som ein teknisk lineær prosess, med hovudvekt på å identifisere funksjonsvanskar i isolerte einskildsituasjonar, og brukaren på si side går ut i frå at det er ergoterapeuten som veit best, og gjerne òg har eit ynskje om å framstå som føyelig og ikkje klage, så kan ein ende opp med mindre heldige hjelpemiddelløysingar. Slik spelar det ei rolle ikkje berre kva ergoterapeuten kan og veit, men òg kor sensitiv forståande ho er for brukar sine ulike handlingskontekstar, så vel som si eiga deltaking.

Så korleis kan då brukarane si levde erfaring og deltaking bli gitt ein større plass i praksis? Helseminister Bent Høie sa i ein tale på kvalitetskonferansen i mai 2014 at det er vanskeleg å setje pasienten i sentrum viss det allereie står nokon der frå før (Høie, 2014). Ut i frå argumentasjonen eg har ført i dette kapittelet, der eg har fokusert på levd erfaring og deltaking, vil eg hevde at pasienten allereie er i sentrum, i sitt kvardagsliv. Og dersom ikkje brukaren er i sentrum for oss helsepersonell, då bør det vere me og ikkje brukaren som må flytte på seg. Dette kan me tilstrebe ved å utforske og vere merksame på kva me som fagpersonar bringer inn i relasjonen av forforståingar, prioriteringar og tiltak, og ved å anerkjenne brukarane som aktive deltakarar. Ei slik tilnærming vil vere i tråd med god og brukarorientert, kunnskapsbasert praksis.

Referansar

- Arntzen, C., Hamran, T. og T. Borg 2014, «Body, participation and self transformations during and after in-patient stroke rehabilitation», *Scandinavian Journal of Disability Research*, early online, s. 1–21.
- Ball, L.J., Beukelman, D. R. og G.L. Pattee 2004, «Acceptance of augmentative and alternative communication technology by persons with amyotrophic lateral sclerosis», *Augmentative and Alternative Communication*, 20 (2), s. 113–122.
<https://doi.org/10.1080/0743461042000216596>
- Bowman, J. 2006, «Challenges to measuring outcomes in occupational therapy: A qualitative focus group study», *British journal of occupational therapy*, 69 (10), s. 464–472.
<https://doi.org/10.1177/030802260606901005>
- Brandt, Å., Iwarsson, S. og A. Ståhl 2003, «Satisfaction with rollators among community-living users: a follow-up study», *Disability and Rehabilitation*, 25 (7), s. 343–353.
<https://doi.org/10.1080/0963828021000058495>
- Dreier, O. 2008, *Psychotherapy in everyday life*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Dreier, O. 2011, «Personality and the conduct of everyday life», *Nordic Psychology*, 63 (2), s. 4–23.
<https://doi.org/10.1027/1901-2276/a000030>
- Ekeland, T.J. 2001, «Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs», *Fokus på familien*, 29 (4), s. 308–323.
- Ekeland, T.J. 2004, *Autonomi og evidensbasert praksis*, Oslo, Høgskolen i Oslo.
- Folkehelseloven 2011, Lov om folkehelsearbeid, [Online], tilgjengelig frå:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> [Henta 16.10.2014].
- Forchhammer, H.B. 2006, «The woman who used her walking stick as a telephone: The use of utilities in praxis», i: Costall, A. og O. Dreier (red.) 2006. *Doing things with things. The design and use of everyday objects*, Ashgate.
- Gramstad, A., Storli, S.L. og T. Hamran 2014, «Exploring the meaning of a new assistive technology device for older individuals», *Disability and Rehabilitation-Assistive Technology*, 9 (6), s. 493–498.
<https://doi.org/10.3109/17483107.2014.921249>
- Helse- og omsorgsdepartementet 1997, NOU 1997:18, *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2009, Stortingsmelding nr. 47. *Samhandlingsreformen- rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2014, NOU 2014:12. *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo.
- Helse- og omsorgstjenesteloven 2011, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. [Online], tilgjengelig frå:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> [Henta 16.10.2014].
- Helsedirektoratet 2012, Rapport 2012: *Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer*. Oslo.
- Høie, B. 2014, *Avtakningsinnlegg på kvalitetskonferansen «l-bestemning»* [Online], tilgjengelig frå:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/Avtakningsinnlegg-pa-kvalitetskonferansen-l-bestemning.html?id=754367. [Henta 16.10.2014].
- Jamtvedt, G. og M.W. Nortvedt 2008, «Kunnskapsbasert ergoterapi - et bidrag til bedre praksis!» *Ergoterapeuten*, 51 (1), s. 10–18.

- Kielhofner, G. 2001, *Ergoterapi - det begrebsmæssige grundlag*, FADLs forlag.
- King, S.J., Duke, M.M. og B.A. O'Connor 2009, «Living with amyotrophic lateral sclerosis/motor neurone disease (ALS/MND): decision-making about «ongoing change and adaptation»», *Journal of Clinical Nursing*, 18 (5), s. 745–754.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02671.x>
- Kristensen, H.K. og H. Peoples 2013, «Kapitel 25. Evidensbaseret ergoterapi», i : Brandt, Å, Madsen, A.J. og H. Peoples (red.) 2013, *Basisbog i ergoterapi*. 3. udgave. Munksgaard.
- Kylberg, M., Löfqvist, C., Phillips, J. og S. Iwarsson 2013, «Three very old men's experiences of mobility device use over time», *Scandinavian journal of occupational therapy*, 20 (5), s. 397–405.
<https://doi.org/10.3109/11038128.2013.779321>
- Larsson Lund, M. og L. Nygård 2003, «Incorporating or resisting assistive devices: different approaches to achieving a desired occupational self-image», *OTJR- Occupation, Participation & Health*, 23 (2), s. 67–75.
- Loe, M. 2010, «Doing it my way: old women, technology and wellbeing», *Sociology of Health and Illness*, 32 (2), s. 319–334.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01220.x>
- Löfqvist, C., Nygren, C., Brandt, Å. og S. Iwarsson 2009, «Very old Swedish woman's experiences of mobility devices in everyday occupation: a longitudinal case study», *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16 (3), s. 181–192.
<https://doi.org/10.1080/11038120802613108>
- Malterud, K. 2002, «Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger», *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 122 (25), s. 2468–2472.
- Mann, W.C., Ottenbacher, K.J., Fraas, L., Tomita, M. og C.V. Granger 1999, «Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly», *Archives of Family Medicine*, 8, s. 210–217
<https://doi.org/10.1001/archfam.8.3.210>
- Mattingly, C. og M.H. Fleming 1994, *Clinical reasoning. Forms of inquiry in a therapeutic practice*, F. A. Davis Company, Philadelphia
- Merleau-Ponty, M. 1994, *Kroppens fænomenologi*. Det lille Forlag, Frederiksberg.
- Mortenson, W.B., Demers, L., Fuhrer, M., Jutai, J., Lenker, J.A. og F. Deruyter 2013, «Effects of an assistive technology intervention on older adults with disabilities and their informal caregivers. An exploratory randomized controlled trial», *Assistive Technology*, 92 (4), s. 297–306.
- Nylenna, M. og G.S. Braut 2014, *Helsejeneste* [Online], Store norske leksikon, tilgjengeleg frå:
<https://sml.snl.no/helsejeneste> [Henta 16.09.2014].
- Opsahl, K. og G. Ravn, G. 2003, «Virksomhetsteorien - den kulturhistoriske skole», *Ergoterapeuten*, (11), s. 54–61.
- Pettersson, I., Appelros, P. og G. Ahlstrom 2007, «Lifeworld perspectives utilizing assistive devices: individuals, lived experience following a stroke», *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74 (1), s. 15–26.
<https://doi.org/10.2182/cjot.06.05>
- Phillips, B. og H. Zhao 1993, «Predictors of assistive technology abandonment», *Assistive Technology*, 5 (1), s. 36–45.
<https://doi.org/10.1080/10400435.1993.10132205>
- Prioriteringsutvalget 2014, *Innspill fra befolkningen* [Online], tilgjengeleg frå:
<http://prioriteringsutvalget.stat.no/> [Henta 16.09.2014].
- Ravneberg, B. 2012, «Usability and abandonment of assistive technology», *Journal of Assistive Technologies*, 6 (4), s. 259–69.
<https://doi.org/10.1108/17549451211285753>
- Regjeringen 2013, Pressemelding, Regjeringen oppnevner prioriteringsutvalg, Helse- og omsorgsdepartementet [Online], tilgjengeleg frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2013/regjeringen-oppnevner-prioriteringsutval.html?id=731235> [Henta 16.10.2014].
- Rikstrygdeverket 2003, *Hjelpemiddelformidling - en del av et større system*, Informasjonshefte om hjelpemiddelformidling.
- Steultjens, E.M.J., Dekker, J., Bouter, L.M., Leemrijse, C.J. og C.H.M Van Den Ende 2005, «Evidence of the efficacy of occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews», *Clinical rehabilitation*, 19 (3), s. 247–254.
<https://doi.org/10.1191/0269215505cr870oa>
- Store Norske Leksikon 2014, *Mening* [Online], tilgjengeleg frå: <https://snl.no/.search?query=mening&x=0&y=0> [Henta 19.09.2014].
- Toombs, S.K. 1993, *The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*, Dordrecht, Kluwer academic publishers.
- Tuntland, H., Espelhaug, B., Førland, O., Hole, A.D., Kjerstad, E. og I. Kjeken 2014, «Reablement in community-dwelling adults: study protocol for a randomised controlled trial», *BMC Geriatrics*, 14 (139), s. 1–9.
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-139>
- Visser-Meily, A., Post, M., Gorter, J.W., Berlekom, S.B.V., Van Den Bos, T. og E. Lindeman 2006, «Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach» *Disability and Rehabilitation*, 28 (24), s. 1557–1561.
<https://doi.org/10.1080/09638280600648215>