

# **Fra "ren terapeut" til "superbot" - en kvalitativ studie om ergo- og fysioterapeuters erfaringer med implementering av hverdagsmestring**

Charlotte Jørmeland

Masteroppgave i aktivitet og bevegelse  
45 studiepoeng



NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

27. Mai 2016

## FORORD

Aller først skal det rettes stor takk til ergo- og fysioterapeutene som har vist meg tillit ved å slippe meg inn i deres arbeidshverdag, og brukt tid på å diskutere hverdagsmestring med meg. Uten dere hadde ikke denne studien vært mulig. I tillegg vil jeg takke avdelingsleder og koordinator som tilrettela for gjennomføring av fokusgruppene i arbeidstiden.

Takk til min super-veileder, professor Kjersti Vik, som har vært tilgjengelig for spørsmål og samtaler til en hver tid; både hos frisøren, på kontoret, toget, grupperommet, og i egen stue – med og uten gips. Du har kommet med gode faglige innspill og utfordret meg med kritiske spørsmål hele veien gjennom. Det sett æ stor pris på, sjø.

Til min uvurderlige familie – takk for at dere alltid stiller opp. Mamma, takk for at du alltid er like positiv og støttende, og ringer ens ærend for å fortelle meg hvor flink jeg er. Pappa, takk for at du stadig minner meg på å være tidlig ute med det som skal gjøres, og for at du har vært tilgjengelig for gjennomlesing av oppgaven til alle døgnets tider.

Takk til min gravide storesøster, for at du har gitt meg ubegrenset tilgang på cookie dough, og tak over hodet når jeg har pendlet til og fra Bartebyen de siste to årene.

Jeg vil også benytte anledningen til å takke alle som har orket å høre meg snakke om oppgaven i tolv lange måneder. Medstudenter og gode venner som har heiet meg frem til mål har betydd mer enn dere aner.

Til min partner in crime, Kristin – we did it!

Charlotte Jørmeland

Trondheim, Mai 2016

## **SAMMENDRAG**

*Bakgrunn:* Som et resultat av den aldrende befolkningen har det vært en økende interesse for hverdagsrehabilitering i Norge. Terapeutene beskrives som nøkkelpersoner i arbeid med hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, men det foreligger lite dokumentasjon på hvordan implementeringen har påvirket deres arbeidshverdag.

*Hensikt:* Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om hvordan implementering av hverdagsmestring har påvirket ergo- og fysioterapeuters tenking og arbeidsmåte, samt hva som har hatt betydning for denne endringen.

*Metode:* Det er gjennomført en eksplorativ studie med en kvalitativ tilnærming for å få økt kunnskap om terapeutenes erfaringer med hverdagsmestring. Det ble gjennomført tre fokusgruppediskusjoner i en bydel med lengre erfaring med hverdagsmestring. Totalt 10 ergo- og fysioterapeuter deltok. Fokusgruppene ble analysert med inspirasjon av kvalitativ innholdsanalyse.

*Resultat:* Det ble identifisert to hovedtema: *De positive følgende av implementering av hverdagsmestring.* Undertemaene var: *Alle tenker egenmestring hos alle, Nå tenker hele tjenesten på hva bruker ønsker, Samarbeidet med sykepleierne er gull verdt og Tverrfaglig kartlegging for å ivareta hele brukerens behov.* Det andre hovedtemaet var: *Utfordringene etter implementering av hverdagsmestring med undertemaene: Nå gjør på en måte alle alt, Jeg vet ikke hva eller hvem jeg skal til i morgen og Vi får ikke tid til å gjøre jobben grundig nok.*

*Konklusjon:* Studien viser at også "rehabiliteringsprofesjonene" endrer sin tenking og arbeidsmåte som følge av implementering av hverdagsmestring. Felles forankring av tankesettet i hele avdelingen er av stor betydning for at terapeutene også kan arbeide i tråd med verdigrunnet i hverdagsmestring.

*Nøkkelord:* Hverdagsrehabilitering, ergoterapeut, fysioterapeut, eksplorativ studie, fokusgrupper, kvalitativ innholdsanalyse.

## **ABSTRACT**

*Background:* As a result of the ageing population, there has been a growing interest in reablement in Norway. Occupational therapists and physiotherapists are described as key persons working with reablement. However, there is limited documentation on how the implementation has affected their everyday work.

*Purpose:* The purpose of this study was to develop knowledge about how the implementation of reablement has influenced occupational therapists and physiotherapists thinking and working methods, as well as what has been important for this change.

*Method:* In this explorative study a qualitative approach was used for collecting data. Three focus group discussions were conducted in a district where the therapists had gained experience with reablement over some time. A total of ten both occupational therapists and physiotherapists participated. The data was analysed with inspiration from qualitative content analysis.

*Results:* The analysis resulted in two main themes: *The positive consequences of the implementation.* The sub themes were: *Everyone is thinking about enablement, The whole service is concerned about empowerment, The collaboration with nurses is valuable and Multidisciplinary assessment to identify the service users needs.* The second main theme was: *The challenges following the implementation* with the following sub themes: *Now everyone does everything, I don't know what or who I'm working with tomorrow and We don't get enough time to do our job thoroughly enough.*

*Conclusion:* The study demonstrate that also occupational therapists and physiotherapists change their thinking and working methods due to the implementation of reablement. A common mindset of enablement throughout the department is of great importance for therapists working in line with the values of enablement.

*Key words:* Reablement, occupational therapist, physiotherapist, explorative study, focus groups, qualitative content analysis.

# INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD.....	II
SAMMENDRAG.....	III
ABSTRACT.....	IV
1.0 BAKGRUNN.....	1
1.1 Rehabilitering i Norge.....	1
1.2 Eldre ønsker å være aktive og bo hjemme lengst mulig.....	2
1.3 Hverdagsrehabilitering.....	4
1.4 Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid.....	7
1.5 Terapeutene erfaringer med hverdagsrehabilitering.....	9
1.6 Hensikt med studien.....	13
2.0 METODE.....	13
2.1 Kvalitativ metode.....	13
2.2 Forforståelse.....	14
2.3 Rekruttering og studiekontekst.....	15
2.4 Datainnsamling.....	17
2.5 Analyse.....	19
3.0 RESULTAT.....	23
3.1 De positive følgende av implementering av hverdagsmestring.....	25
3.1.1 Alle tenker egenmestring hos alle.....	25
3.1.2 Nå tenker hele tjenesten på hva bruker ønsker.....	26
3.1.3 Samarbeidet med sykepleierne er gull verdt.....	28
3.1.4 Tverrfaglig kartlegging for å ivareta hele brukerens behov.....	29
3.2 Utfordringene etter implementering av hverdagsmestring.....	31
3.2.1 Nå gjør på en måte alle alt.....	31
3.2.2 Jeg vet ikke hva eller hvem jeg skal til i morgen.....	34
3.2.3 Vi får ikke tid til å gjøre jobben grundig nok.....	35
3.3 Det er bygget et hus uten grunnmur.....	37
3.3.1 ...nå må vi bygge grunnmuren.....	37

4.0 DISKUSJON.....	39
4.1 Samarbeid med sykepleierne.....	39
4.2 Den helhetlige tjenesten og det faktiske arbeidet må samsvare.....	42
4.3 Fra "ren terapeut" til "superbot" .....	44
4.4 Forutsetninger for tverrfaglig samarbeid.....	48
4.5 Forslag til videre forskning.....	52
4.6 Metodiske refleksjoner.....	52
5.0 KONKLUSJON.....	54
LITTERATURLISTE.....	55

VEDLEGG 1: Kartleggingsverktøyet i bydelen

VEDLEGG 2: Intervjuguide

VEDLEGG 3: Informasjon- og samtykkeskriv

VEDLEGG 4: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

*Leseren gjøres oppmerksom på at denne publiserte versjonen av oppgaven ikke inneholder vedlegg grunnet konfidensialitet.*

## 1.0 BAKGRUNN

Norge, som resten av den vestlige verden, står overfor store demografiske utfordringer med en betydelig økning i antall eldre i årene fremover (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Befolkningsveksten vil føre med seg nye helseutfordringer som vil få både økonomiske, sosiale, politiske og kulturelle konsekvenser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Utfordringen blir blant annet å opprettholde en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste/-sektor, da økningen av antall eldre vil øke etterspørselen etter helsetjenester, samtidig som det vil bli mindre tilgang på helsepersonell til å utføre jobben. Høyere utdanning, bedre boforhold, bedre økonomi og bedre funksjonsevne bidrar dog til at de eldre i dag kan møte alderdommen med helt andre ressurser enn generasjoner før dem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Likevel vil befolkningsøkningen føre til flere eldre med funksjonssvikt, hvor mange blir skrøpelige, risikerer diabetes, kreft, lidelser i hjerte-kar og muskel-skjelett, samt psykisk uhelse og demens (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2014). Således er det et økende antall eldre pasienter med ulike funksjonsnedsettelse som bor hjemme eller skrives ut fra sykehus, og som har behov for rehabilitering (Johansen, Lindbæk, Stanghelle & Brekke, 2012).

### 1.1 Rehabilitering i Norge

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) påpeker at det er kommunen som har det overordnede ansvaret for at dens innbyggere tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, både av helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende karakter. I følge stortingsmeldingen "Ansvar og meistring" (Sosial- og helsedepartementet, 1998) blir rehabilitering forstått som *tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet*. Rehabilitering skal imidlertid ikke likestilles med "å gjøre frisk". Målsetningen bør være at den enkelte kan oppnå og vedlikeholde "sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle og sosiale funksjonsnivå" ved hjelp av ulike tjenester som sammen utgjør et helhetlig behandlingsforløp (Sosial- og helsedepartementet, 1998). Rehabilitering forstås som en prosess som omfatter flere tjenester som til sammen

utgjør et helhetlig behandlingsforløp (Rambøll, 2011). Ergo- og fysioterapeutenes rolle i rehabilitering er veldokumentert (Randström, Wengler, Asplund & Svedlund, 2012; Riksrevisjonen, 2012).

Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helsetjenesten avdekker stadig manglende tilbud og betydelig økende ventetid på rehabilitering, samt ergoterapi og fysioterapi i kommunene (Riksrevisjonen, 2012). I tillegg understreker "Samhandlingsreformen" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) mangel på koordinerte tjenester og for liten forebyggende innsats for å begrense sykdom. Det har over tid vært en alminnelig oppfatning at habilitering og rehabilitering i mange år ikke er blitt tilstrekkelig prioritert, og har vært et av helse- og omsorgstjenestens svakeste områder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I følge stortingsmeldingen "Morgendagens omsorg" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) er ressursbruken i de tradisjonelle omsorgstjenestene i stor grad rettet mot behandling og pleie som kompenserer for funksjonstap. Forskning viser også at de kommunale hjemmebaserte tjenester ofte fokuserer på passiv hjelp, noe som begrenser Eldres aktivitetsdeltakelse (Vik & Eide, 2012). Aktiv aldring fremmes dog ved å levere tjenester som øker deltakelse i daglige aktiviteter, både i og utenfor hjemmet (Vik & Eide, 2013).

## **1.2 Eldre ønsker å være aktive og bo hjemme lengst mulig**

Forskning viser at eldre menneskers mål for rehabilitering fokuserer på å gjenoppta deltakelse i daglige aktiviteter (Vik, Nygård, Borell & Josephsson, 2008). Studier viser også at eldre brukere som mottar kommunale hjemmetjenester ønsker seg tjenester som ikke fratrukker dem eget ansvar, men etterspør mer støtte til å komme seg ut eller å være aktiv i hverdagen (Witsø, Vik & Ytterhus, 2012). En systematisk oversikt bekrefter at deltakelse i daglige aktiviteter har positiv effekt på helse og livskvalitet for eldre. Samtidig vil det blant annet forsinke funksjonsfall, og forbedre selvhjelpenhet i ADL-aktiviteter (Stav, Hallenen, Lane & Arbesman, 2012). Det er kjent at deltakelse i meningsfulle aktiviteter kan gi glede og tilfredsstillelse, og mennesker får mulighet til å uttrykke seg selv, finne mening med livet og tilpasse seg livets utfordringer (Christiansen & Townsend, 2010). Aktivitetsdeltakelse gir også mulighet for utvikling av



ferdigheter og selvrealisering for mennesket (Kielhofner, 2008). Samtidig klarer mennesker å gjenopprette sin helse raskere om de er involvert i aktiviteter (Jarman, 2010).

En økende andel svært eldre ønsker å bli boende i sine hjem til tross for nedgang i fysisk og psykisk helse (Iwarsson et al., 2007). Studier viser at omgivelsene har stor betydning for funksjon, og at det ikke er tilstrekkelig å ha et sykdomsfokus på aldring for å forstå hvorfor eldre ikke deltar i aktiviteter (Vik, 2012). I helse- og sosialtjenester bør hjemmet anses som det mest sentrale og viktigste stedet for opprettholdelse av helse hos eldre (Fänge & Ivanoff, 2008; Lackie & Bisset, 2012). Verdens Helseorganisasjon (2008) påpeker også viktigheten av å forebygge behovet for unødvendig akutt og langvarig institusjonalisering, og legge til rette for at eldre skal mestre å bo i sitt eget hjem og nærmiljø så lenge som mulig. Det er anerkjent at hjemmet har en optimal forutsetning for rehabilitering, da mennesket kan forholde seg til kjente omgivelser og utfordringer i hverdagslivet, og kan bevege seg innenfor egne rutiner og rytmer (NOU 2011: 11). De fleste opplever begrepet "hjem" som positivt ladet, og forbinder det med verdier som trygghet, autonomi, identitet, livskvalitet og hjemmefølelse (Balteskard, 2008). Følgelig er det nødvendig å utvikle strategier for å støtte eldre mennesker til å holde seg aktive og uavhengige av hjelp, og å være i stand til å fortsette å bo i sine egne hjem (Haak, Fänge, Iwarsson & Ivanoff, 2007; Johannesen, Petersen & Avlund, 2004).

På bakgrunn av overnevnte momenter stimulerer nå flere politiske dokument til en omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom sterkere vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig intervensjon. "Samhandlingsreformen" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) har utfordret helse- og omsorgstjenestene til å tilby "rett tjeneste til rett tid og på rett sted" gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud. Samtidig krever meldingen at kommunene må bli enda bedre på tverrfaglig samarbeid og helhetlige pasientforløp. St. Meld. Nr. 29 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) understreker at fremtiden krever nytenking og at omsorgstjenestene må jobbe mer i et ressursorientert perspektiv. Framtidens eldre vil sannsynligvis utgjøre en langt mer heterogen gruppe med større innbyrdes forskjeller i interesser, ressurser og preferanser enn dagens eldre. I den forbindelse er det viktig å fremme brukernes medvirkningsansvar og den enkeltes muligheter og ressurser til selv

å påvirke eget liv og helse. Det er således en målsetning både for den enkelte og samfunnet å utnytte de ressurser og evner og muligheter pasientene selv har for å mestre hverdagen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). "Primærhelsetjenestemeldingen" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) understreker også at de samlede ressursene i hele samfunnet må utnyttes bedre.

Som et ledd for å sikre en bærekraftig omsorgstjeneste legges det nå press på norske kommuner om å tenke nytt og annerledes i eldreomsorgen. Siden 2012 har det vært en økende interesse for *hverdagsrehabilitering*, og per februar 2016 var det 146 av 428 norske kommuner som gjorde praktisk erfaring med det nye kommunale rehabiliteringskonseptet (Hverdagsrehabilitering, 2016). Inspirasjonen er først og fremst hentet fra erfaringer i den danske kommunen Fredericia som implementerte konseptet om "Hverdagsrehabilitering" i 2007/2008 (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011). Konseptet om hjemmerehabilitering, hjemmetrenere og ergoterapeuter som "motor" var imidlertid utviklet allerede i 1999 i Östersund i Sverige (Månsson, 2007).

### **1.3 Hverdagsrehabilitering**

Hverdagsrehabilitering er en ressursorientert arbeidsform som vektlegger personens helse og ressurser fremfor sykdom og begrensninger (Tuntland og Ness, 2014), og er i samsvar med å sikre nevnte politiske mål. Hverdagsrehabilitering søker å forbedre hjemmetjenestene for eldre brukere som har behov for pleie og omsorg, eller har opplevd et funksjonstap (Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland & Kjekken, 2015). Fokuset er å øke selvstendigheten i hverdagslige aktiviteter som personen selv angir som viktige. Intervensjonen er intensiv, målrettet og finner sted i brukerens eget hjem og lokale omgivelser. Formålet er å gjøre det mulig for mennesker å eldres, være aktive og delta sosialt og i samfunnet (Tuntland et al., 2015).

I hverdagsrehabilitering fokuserer ergoterapeutene på aktivitet og ferdigheter, mens fysioterapeutene har fokus på bevegelse og funksjon, og disse yrkesgruppene komplementerer hverandre (Månsson, 2007). Konseptet skiller seg fra andre typer rehabiliteringstilbud i kommunen ved at den har økt fokus på innsatsen levert av hjemmetjenesten, som også i økt grad skal arbeide ut ifra et rehabiliteringsfokus (Kjellberg et al., 2011). Hverdagsrehabilitering representerer således et nødvendig

paradigmeskifte i pleie- og omsorgstjenestene; fra å se på mennesker med funksjonsnedsettelse som hjelpetrequende pasienter og mottakere av bistand, til likeverdige medmennesker med rettigheter til deltakelse og inkludering (Ness, 2014a). Det handler hovedsakelig om en endring fra å spørre "*Hva trenger du hjelp til?*", til "*Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?*" (Ness et al., 2012). *Hverdagsmestring* er et grunnleggende forebyggende og rehabiliterende tanke sett som styrer hverdagsrehabilitering ved å fokusere på den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå (Tuntland & Ness, 2014). Internalisering av tankesettet om hverdagsmestring er en fremtredende suksessfaktor, og det antydes å være den største faglige omstillingen som kreves ved innføring av hverdagsrehabilitering. Hjelperrollen står sterkt i pleie- og omsorgstjenesten, og erfaringene viser at det tar lang tid å endre de etablerte holdninger og tradisjon i hjemmetjenesten (Rambøll, 2012).

Som rehabiliteringstjeneste er hverdagsrehabilitering ulik "spesifikk rehabilitering" ved at den er mer generell, rettet mot hjemmeboende personer med mange ulike diagnoser og helsetilstander, og har sterkere involvering og samhandling mellom terapeuter og medarbeidere i hjemmetjenesten (Tuntland & Ness, 2014). "Spesifikk rehabilitering" utføres derimot gjerne alene av ergo- og/eller fysioterapeut, og inkluderer brukere med brå og store funksjonstap (Ness et al., 2012). I tillegg vektlegger hverdagsrehabilitering en mer tidlig, intensiv intervensjon for å forhindre eller utsette et mer omfattende og passivt pleiebehov (Rambøll, 2012). Hverdagsrehabilitering samsvarer således med kriteriene i den norske definisjonen av rehabilitering, men tilnærmingen utfordrer den tradisjonelle forståelsen av rehabilitering ved at den også er av forebyggende og helsefremmende art.

Ingen av de norske kommunene har kopiert en ferdig organiseringsmodell for hverdagsrehabilitering, da kommunene har behov for ulike organiseringer med utgangspunkt i blant annet helseutfordringer, ressurser, geografi og fremkommelighet i kommunen (Ness, 2014b). Bare i Danmark har kartlegging identifisert hele 95 ulike tilbud om hverdagsrehabilitering fordelt på 92 kommuner (Socialstyrelsen, 2013). Det varierer om kommunene velger å kalle konseptet for *hverdagsmestring* eller

*hverdagsrehabilitering*. Tross ulike organiseringsmodeller er det identifisert noen hovedtrekk som kan oppsummeres til to ulike modeller for implementering (Fürst & Høverstad ANS, 2014).

”Spesialistmodellen” etablerer et fristilt rehabiliteringsteam bestående av ergo-, fysioterapeut og sykepleier/vernepleier og hjemmetrenere. Teamet har hele ansvaret for både utredning, planlegging og gjennomføring av rehabiliteringsprosessen (Ness, 2014b). Rehabiliteringen foregår parallelt og i samarbeid med hjemmetjenesten. Fordelen her er at det krever mindre ressurser til kompetanseoppbygging, og medarbeiderne i teamet skjermes for ordinære pleieoppdrag.

I den ”integreerte modellen” fungerer rehabiliteringsteamet som ”motorer” i rehabiliteringsprosessen. Teamet har ansvaret for utredning, planlegging og oppfølging av rehabiliteringsprosessen, mens ansatte i de ordinære kommunale hjemmetjenestene (hjemmetrenere) utfører selve treningen med brukeren. Denne modellen gir i større grad grunnlag for at hverdagsmestring som tankesett implementeres i hele helse- og omsorgstjenesten (Fürst & Høverstad ANS, 2014). Modellen fremstår også mer ressurskrevende, da det forutsetter endring hos alle ansatte i hjemmetjenesten (Rambøll, 2012).

Hoveddelen av den aktuelle forskningen på hverdagsrehabilitering handler om effekt, og flere hold understreker at det foreligger få vitenskapelige studier med høy kvalitet, og at kunnskapsgrunnlaget for hverdagsrehabilitering fortsatt er svakt, men positivt (Lewin et al., 2013a; Pettersson & Iwarsson, 2015; Tuntland et al., 2015). Det finnes ingen direkte oversettelse av hverdagsrehabilitering til engelsk, men benevnes blant annet som ”restorative home care”, ”reablement” og ”home independence program” i internasjonal sammenheng. En nyere kunnskapsoversikt fra Sverige oppsummerer noen vitenskapelige studier som dokumenterer positive effekter av intervensjoner som hverdagsrehabilitering på internasjonal basis (Pettersson & Iwarsson, 2015). Oppsummert dokumenterer disse effektstudiene at hverdagsrehabilitering både bidrar til minsket behov for hjemmetjeneste (Lewin, Alfonso & Alan, 2013b; Lewin et al., 2013a), de eldre bor lengre hjemme (King, Parsons, Robinson & Jorgensen, 2012; Tinetti et al., 2002), de oppnår økt fysisk aktivitet og fysisk helse (Burton, Lewin & Boldy,

2013), de oppnår forbedret selvstendighet i ADL-aktiviteter (Winkel, Langberg & Wæhrens, 2015), økt helse relatert livskvalitet (Parsons, Rouse, Robinson, Sheridan & Connolly, 2012), samt reduserer kostnader (Lewin et al., 2013b). I tillegg ble det nylig publisert en større norsk randomisert kontrollert studie som også konkluderte med at hverdagsrehabilitering gav mer effekt med hensyn til selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet med utførelsen, sammenlignet med vanlig kommunal pleie og omsorg (Tuntland et al., 2015).

På den andre siden er det ikke gjort mye forskning på *hva* som skaper gode hverdagsrehabiliteringsforløp i en kompleks organisasjon hvor forskjellige faggrupper skal samarbeide om brukeren (Christensen, Malling & Christensen, 2014).

#### **1.4 Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid**

Vik (2012) påpeker at det er nødvendig med tverrfaglig samarbeid hvis man skal fremme aktivitet og deltakelse. Det er generelt anerkjent at teamarbeid er en nøkkelfaktor i rehabilitering (Randström et al, 2012), og forskning av Orellano, Colón & Arbesman (2012) viser at tverrfaglig tilnærming til aktivitetsfokuserede rehabiliteringsprosesser er avgjørende for å lykkes. Fürst & Høverstad ANS (2014) sin rapport bekrefter at et forpliktende tverrfaglig samarbeid er av avgjørende betydning for å nå målene med hverdagsrehabilitering. Ness et al. (2012) understreker også dette i sin rapport, og legger til at det stiller krav om dialog og interaktiv involvering faggruppene imellom.

Flere av de overnevnte forskninger poengterer også betydningen av å ha en tverrfaglig tilnærming, men med noen unntak er det dog uklart hvilke yrkesgrupper som involveres i hverdagsrehabilitering, og det er stor variasjon i beskrivelsene av de spesifikke arbeidsoppgavene deres. Studiene som beskrev en tydelig tverrfaglig forankring, med team bestående av sykepleiere, ergo- og fysioterapeuter og hjemmetjeneste kunne også gjennomgående vise til positiv effekt fra intervensjonsgruppen (Lewin et al., 2013a, 2013b; Tinetti, Charpentier, Gottschalk & Baker, 2012; Tinetti et al., 2002; Tuntland et al., 2015). Den danske studien til Winkel et al. (2015) beskriver overraskende nok kun samarbeid mellom hjemmetjenesten og ergoterapeuter. Dette samsvarer ikke med den danske "foregangskommunen" Fredericia, som i 2013 rapporterte at samarbeidet

mellom pleiepersonalet, ergo- og fysioterapeuter var helt fundamentalt for suksess med hverdagsrehabilitering (Kjellberg, Hauge-Helgestad, Madsen & Rasmussen, 2013). Studien til Winkel et al. (2015) kunne tross mangelen på fysioterapeut vise til positive resultater hvor hverdagsrehabilitering førte til bedret selvrapporterte ADL-ferdigheter hos de eldre.

En litteraturoversikt av Ryburn, Wells & Foremann (2009) påpeker at teamene ofte består av ergoterapeuter, sosionomer, hjemmetjenestepersonal, og tidvis fysioterapeuter, men at programmene i Storbritannia variere mye i personalsammensetning og kompetanse. Både Rabiee & Glendinning (2011) og Wilde & Glendinning (2012) henviser gjentakende til tverrfaglige re-ablement teams i sine kvalitative studier, men går ikke inn i detalj på hvilke profesjoner som er representert. Rabiee & Glendinning (2011) viser for eksempel at kun to av de fem undersøkte distriktene hadde ergoterapeut i teamet, og at de øvrige distriktene kun hadde tett samarbeid med andre helseprofesjoner utenfor re-ablement teamene. Ansatte og ledere påpeker at denne ordningen, særlig det å ha rask tilgang på ergo- og fysioterapeuter, var av avgjørende betydning for typen og kvaliteten på tjenesten de kunne tilby brukerne (Rabiee & Glendinning, 2011). Med andre ord så ble de kontaktet etter behov. Hvor ofte de ble kontaktet blir ikke påpekt, men i Wilde & Glendinning (2012) sin studie, uttrykte imidlertid brukere og pårørende frustrasjon over begrenset tilgang på profesjonell ekspertise, som for eksempel fysioterapeuter. Tross manglende informasjon om kontinuiteten i den tverrfaglige oppfølgingen, viste re-ablement å være effektivt ved å gjenvinne selvstendighet relatert til egenomsorg og tilberedning av lette måltider (Wilde & Glendinning, 2012).

En systematisk litteraturstudie av Johansson, Eklund & Gosman-Hedström (2010) konkluderer med mangel på kunnskap om teamarbeid, og den beste måten for profesjonelle å jobbe sammen på for å serve de eldre på beste mulig måte i samfunnet – slik som overnevnte effektstudiet dokumenterer. Det understrekes at teamarbeid ikke oppstår ved å organisere ulike fagfolk og kalle dem et "team". Petterson & Iwarsson (2015) påpeker også i sin kunnskapsoversikt, er tverrfaglig rehabilitering et veletablert og godt forstått/anerkjent fenomen i helsevesenet, og ikke noe nytt og revolusjonerende i seg selv. Det som er av særlig betydning i hverdagsrehabilitering, er at det nå handler

om tverrfaglige rehabiliteringsteam med ulik kompetanse innen rehabilitering. Altså samarbeides det med en hjemmetjeneste som i utgangspunktet ikke har en formell rehabiliterende kompetanse og tilnærming til brukere, men som arbeider etter instruksjer og veiledning av terapeutene.

På bakgrunn av litteratursøk kan det se ut som det er publisert lite forskning om terapeuter som jobber med hverdagsmestring og -rehabilitering, og det er dermed valgt å også presentere funn fra skandinaviske og norske rapporter. Det er både blitt søkt og etterspurt kommunale rapporter. Hovedvekten av disse handler om selve implementeringsprosessen og tjenesten i seg selv. De få som også har evaluert terapeutene sine erfaringer er inkludert videre. Da aktuell tilgjengelig litteratur er begrenset, er også masterstudier med klar relevans inkludert.

### **1.5 Terapeutenes erfaringer med hverdagsrehabilitering**

Litteraturen, og norske, svenske og danske rapporter understreker viktigheten av å ha med ergo- og fysioterapeuter ved satsningen på hverdagsrehabilitering, og flere omtaler dem som "motorer" eller "nøkkelpersoner" i dette arbeidet på grunn av deres kunnskap om rehabilitering fra utdanningene. Det påpekes fra flere hold at terapeutene bør derfor ha ansvar for utredning, utarbeiding av tiltaksplaner, samt opplæring og veiledning av øvrig pleiepersonale (Ness, 2014c; Ness et al., 2012). Månsson (2007) bekrefter dette med hennes erfaringer fra Östersund, og legger også til at terapeutene, gjennom deres kartlegging, også burde stå for vedtaksavgjørelsene. Både Gustafsson, Gunnarson, Sjøstrand & Gran (2010) og Zingmark (2013) påpeker også den viktige oppgaven terapeutene har i å veilede pleiepersonalet i det rehabiliterende tankesettet. Petterson & Iwarsson (2015) sier at ergoterapeutens rolle blant annet er å støtte og gi råd til personalet gjennom for eksempel samtale, coaching, veiledning og utdanning.

En dansk rapport basert på kvalitative undersøkelser, bekrefter også at terapeutene selv anser seg som "motorer", og at de bruker mye tid til å koordinere de ulike aktørene som er involverte i de ulike brukerforløpene (Christensen et al., 2014). Dette sier også ergo- og fysioterapeutene i rapporten til Tonnesen, Sørensen & Nygaard (2012), hvorpå de opplever å ha flere veiledende og koordinerende oppgaver – særlig ovenfor hjemmetrenerne. Veum (2014) fant også i sin masterstudie at noen av ergoterapeutene

som ble intervjuet mente de var "motorer" som hadde en sentral rolle ved å veilede de øvrige i teamet, og at de hadde et stort ansvar for å undervise hjemmetrenere og hjemmetjenestepersonalet. Her kom det også frem at ergoterapeutene opplevde å være veileder for pårørende.

Litteraturen sier dog at det er en utfordring for faggrupper med høyere utdanning å overføre kunnskap til hjemmetrenere, og terapeutene bør derfor få kompetanse i veiledning (Ness, 2014c). Det å veilede er en ny oppgave for de høyskoleutdannede, og kursing i hvordan veilede har gitt flere positive erfaringer i de danske kommunene (Kjellberg et al., 2013). Likevel er det flere terapeuter som gir uttrykk for at de savner mer undervisning, kursing og kompetanse i veiledning (Kjellberg et al., 2011; Redberg, 2008; Veum, 2014). Dette påpekes også i en svensk rapport som sier at "selv veiledere trenger veiledning" (Socialstyrelsen, 2007). Terapeutene har også etterlyst kurs i konflikthåndtering (Christensen et al., 2014).

Som en følge av å få en mer veiledende og koordinerende rolle i teamene er det terapeuter som gir uttrykk for at de savner mer direkte kontakt med brukerne, og gir også uttrykk for at det er utfordrende å trene "gjennom andre" (Kjellberg et al., 2011; Tonnesen et al., 2012). I en ny rapport fra Bergen kommune (2016) påpeker også terapeutene at de mister litt av det særegne knyttet til sin yrkesrolle og funksjon, da det blir mye kontorarbeid, og mindre tid ute direkte hos brukerne. Terapeutene i Stavanger kommune (2013) uttrykker imidlertid at de utvikler seg faglig som følge av at de lærer om de andre fagområdene de nå samarbeider med, men gir også uttrykk for at de savner en mer fagspesifikk utvikling. Rapporten påpekte at ettersom ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier arbeider alene innen egen faggruppe, var det en viss risiko for at en kan miste sin fagspesifikke tilhørighet. Det ble derfor gitt anbefalinger om at disse yrkesgruppene fikk en mindre andel av stillingene i fagavdelingene i kommunen, for å sikre mer faglig tilhørighet (Stavanger kommune, 2013). Terapeutene i Fredericia i Danmark valgte så smått å gjenoppta noen arbeidsoppgaver på det lokale gjenopptreningssenteret for å arbeide mer direkte med brukere (Kjellberg et al., 2011). I tillegg anså de dette som viktig for å opprettholde høy faglig kvalitet på tjenesten, da de



således kunne rådføre seg mer med kollegaer. I Redberg (2008) sin rapport etterlyser terapeutene i hverdagsrehabiliteringsteamene også å få til flere møter sammen med kommunedelenes terapeuter for å utveksle erfaringer.

Litteraturen understreker at et velfungerende tverrfaglig samarbeid forutsetter at alle medarbeidere utnytter kompetansen til hverandre, og at konkurranse må unngås (Fürst & Høverstad, 2014). Ergo- og fysioterapeutene i Århus gav uttrykk for nå å ha et langt større tverrfaglig samarbeid, særlig med hjemmetrenerne (Tonnesen et al., 2012). Ergoterapeutene i masterstudien til Veum (2014) opplevde også det tverrfaglige samarbeidet som positivt, og påpekte at det å være lokalisert sammen med pleiepersonalet er en sentral forutsetning for at det fungerer i det daglige. Noen av informantene påpekte at man må våge å overlape fagfeltene for at samarbeidet skal fungere bra, men at det krever at man er trygg i egen rolle, og våger å spørre om hjelp når man trenger andres kompetanse (Veum, 2014). Det samme bekrefter informantene i Øygarden (2013) sin masterstudie, som sier man må aktivt bygge ned skillene mellom de ulike faggruppene for å kunne spille på hverandres kompetanse. Stjørdalen kommune skriver i sin rapport at de hadde et mål om et yrkesoverskridende samarbeid, slik at alle kunne gjøre alle oppgaver, men legger til at selv om alle medarbeiderne gjør de samme oppgavene, har imidlertid alle ulike øyne som ser (Brattaas & Moe, 2015).

På den andre siden var det flere terapeuter som opplever at det også er utfordringer knyttet til å samarbeide med hjemmetjenesten og hjemmetrenerne (Christensen et al., 2014; Kjellberg et al., 2011; Kjellberg et al., 2013; Navne & Kjellberg, 2013; Veum, 2014; Øygarden, 2013). For flere handlet dette om manglende tilrettelagte møteplasser mellom terapeutene og hjemmetrenerne/hjemmetjenesten, da de arbeidet på ulike fysiske arbeidsplasser (Christensen et al., 2014; Navne & Kjellberg, 2013). Andre påpekte vanskeligheter med samarbeid på grunn av at hjemmetjenesten arbeidet i turnus, noe som førte til manglende kontinuitet (Kjellberg et al., 2011) og robusthet i teamet (Stavanger kommune, 2013). I én dansk kommune oppgis det at terapeutene synes det var et "kultursjokk" å komme inn i en pleiegruppe fordi den faglige tilnærmingen var markant annerledes, og påpekte hvor viktig det er å støtte opp om en kulturendring hvor det blir mer naturlig for pleiepersonalet å oppsøke terapeutene, og be om hjelp (Kjellberg et al., 2013). Noen terapeuter konstaterte også i den forbindelse

at det var et behov for holdningsendring i pleiegruppen (Øygarden, 2013), og at de opplevde at hjelperne ikke hadde fått den opplæring som hverdagsrehabiliteringsoppgavene krever av dem (Christensen et al., 2014). Månsson (2007) påpeker også at terapeuter erfaringsmessig pleier å oppleve vanskeligheter når det gjelder å overlate arbeidsoppgaver til hjemmetjenestepersonalet, da de ikke føler det er oppgaver som inngår i deres arbeid.

Noen av ergoterapeutene i Veum (2014) sin studie mente at det er behov for tydeligere rolleavklaring mellom faggruppene og deres arbeidsoppgaver. Terapeutene i Fredericia påpekte også at som følge av manglende kontinuitet i samarbeidet var det vanskelig å holde følge med brukernes rehabiliteringsprosess (Kjellberg et al., 2011). Videre opplevde noen at det ikke var tydelig definert hvilke oppgaver de skulle ha, og opplevde å få flere brukere som ikke var relevante for hverdagsrehabilitering. Dette førte til at de brukte mer tid på alminnelige pleieoppgaver, noe som drenerte dem for ressurser (Kjellberg et al., 2011).

For øvrig kommer det også frem at ergoterapeutene, som følge av satsningen på hverdagsrehabilitering, nå opplever å endelig få utnytte potensialet i fagkompetansen sin (Tonnesen et al., 2012; Veum, 2014), fremfor kun å fungere som "hjelpemiddelformidler" som de ikke trivdes med (Veum, 2014).

På bakgrunn av foreliggende rapporter kan det virke som at medarbeidere er fornøyde, men foreløpig vet vi lite om hva eller hvilke forhold terapeutene er fornøyde med. Selv om det påpekes at satsingen på hverdagsrehabilitering forutsetter økt rekrutteringen av ergo- og fysioterapeuter i kommunene (Riksrevisjonen, 2012; Tuntland & Ness, 2014), har disse yrkesgruppene havnet litt i "bakevja" i evalueringene, ettersom det antas at denne yrkesgruppen allerede er kjent med rehabilitering og tankesettet om hverdagsmestring. Det er dog verdt å merke seg at kunnskapsgrunnlaget om hvordan terapeutenes arbeidshverdag endrer seg som følge av denne satsningen viser seg å være svakt.

## 1.6 Hensikt med studien

Hensikten med denne studien er således å utvikle kunnskap om ergo- og fysioterapeuters erfaringer med hvordan implementeringen av hverdagsrehabilitering i Norge har påvirket deres arbeid. På bakgrunn av mitt studieområde er begrepet "hverdagsmestring" valgt brukt i forskningsspørsmålet. Forskningsspørsmålene som skal belyses gjennom studien er:

- *Hvilken betydning har implementering av hverdagsmestring hatt for ergo- og fysioterapeuters tenking og arbeidsmåte?*
- *Hva har hatt betydning for endring i tenking og arbeidsmåte?*

## 2.0 METODE

Da det er lite tilgjengelig informasjon på området som skal undersøkes, ble det gjennomført en eksplorativ studie, med en induktiv tilnærming til datamaterialet. En induktiv tilnærming er empiristyrkt, hvor kunnskap fra enkeltstående tilfeller hjelper oss å si noe om et mer generelt og allment nivå – såkalt *bottom-up* (Malterud, 2011). Studien har dermed blitt gjennomført med et teorifritt og forutsetningsløst utgangspunkt, for å unngå teoretisk forming av resultatet. Målet har heller vært at terapeutenes erfaringer og tanker skal kunne bringe nye begreper og fruktbare måter å tolke og forstå deres motiv for handlinger og arbeid med hverdagsmestring i den gitte bydelen.

### 2.1 Kvalitativ metode

Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres og er derfor egnet til denne studien. Med en kvalitativ tilnærming får vi vite mer om menneskelige egenskaper som opplevelser, motiver, holdninger og erfaringer (Malterud, 2011). Formålet er å styrke vår forståelse av hvorfor terapeutene arbeider og tenker som de gjør, gjennom å spørre etter mening, betydning og nyanser av hendelser og atferd, i deres naturlige kontekst. Da studiet søker etter terapeutenes *erfaringer* relatert til arbeid med hverdagsmestring, er det hensiktsmessig at det benyttes en tilnærming som

åpner opp for slike refleksjoner. Samtidig er kvalitative metoder særlig egnet, da kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, og problemstillingen er således åpen for et mangfold av mulige svar.

Fokusgruppediskusjon er en kvalitativ metode som bruker gruppeinteraksjoner for å utvikle forståelse av deltakernes erfaringer av en bestemt sak (Krueger & Casey, 2009). Deltakerne vil relatere sine erfaringer og meninger til de andre som de deler samme referanseramme med. Det er altså en velegnet metode for deling av synspunkter, holdninger, meninger og erfaringer i et miljø der mange mennesker samhandler – slik som studien her søker. Et definerende trekk ved fokusgrupper er at det er samspillet mellom gruppedeltakerne som genererer data (Kitzinger, 2005). I følge Krueger & Casey (2009) presenterer fokusgrupper et mer naturlig miljø enn for eksempel et individuelt intervju, fordi deltakerne påvirker og påvirkes av andre – akkurat som terapeutene gjør i arbeidslivet ellers. Fokusgrupper var vurdert hensiktsmessig fordi studien oppsøker motsigelser, variasjon og mangfold, fremfor felles konsensus på tvers av gruppen (Malterud, 2012).

## **2.2 Forforståelse**

Kunnskap er et produkt av menneskelig persepsjon, tolkning og samhandling, og moderne vitenskapsteori avviser dermed forestillingen om en nøytral forsker uten innflytelse på kunnskapsutviklingen (Malterud, 2011). I tråd med Lundman & Graneheim (2012) har jeg som forsker vært bevisst at jeg i høy utstrekning vil være medskaper i forskningsprosessen, da faglige interesser, personlige erfaringer og teoretisk bakgrunn er viktige moment i forskerens motivasjon for å sette i gang med forskning på et bestemt tema. Etter anbefalinger fra Malterud (2011) har jeg søkt å identifisere min påvirkning så langt det er mulig, fremfor å prøve å eliminere meg og min rolle.

Min forforståelse er preget av at jeg er ergoterapeut, og merker jeg har måttet være bevisst på å ikke identifisere meg som "en av terapeutene" fremfor en utenforstående forsker, når jeg har arbeidet med studien. Jeg har tidligere erfaring med velfungerende tverrfaglig samarbeid, samtidig som jeg også har vært gjennom omorganiseringer på arbeidsplassen – som var dårlig planlagt, og lite vellykket for oss ansatte. Dette kan på

forhånd ha påvirket min tro på at terapeutene i denne studien også kan ha hatt en mindre god erfaring med implementering av hverdagsrehabilitering – som mange kommuner innrømmer å ha vært en noe forhastet prosess. Da forforståelsen også er av betydning gjennom hele forskningsprosessen, ble det vurdert hensiktsmessig å presentere denne allerede her.

### **2.3 Rekruttering og studiekontekst**

Utvalget vil avgjøre hvilke sider av saken det kan sies noe om – hva som er gyldig, og i hvilken sammenheng dette er gyldig (Malterud, 2011). Rekrutteringsprosessen startet i mai 2015. Det var ønskelig å prate med terapeuter som hadde lengre erfaring med hverdagsrehabilitering/-mestring og Kommunens Sentralforbund (KS) ble kontaktet for innspill til hvilke kommuner som dermed kunne være aktuelle å kontakte. Det ble dermed gjennomført et strategisk utvalg ved å velge en bydel som hadde arbeidet med hverdagsrehabilitering fra "første stund".

Studiens innhold må forstås ut ifra den sammenhengen som omgir datamaterialet, og ikke fri fra sin sammenheng (Lundman & Graneheim, 2012). Studien foregikk i en bydel i en større by i Norge. Bydelen var blant de første i Norge som prøvde ut hverdagsrehabilitering, da organisert gjennom "spesialistmodellen". Et eget tverrfaglig "motorteam" igangsatte, fulgte opp og avsluttet rehabiliteringsforløpet. Hjemmetrenere fra hjemmetjenesten fulgte opp med daglig trening – i maksimum åtte uker. Bydelen kunne dokumentere gode resultater etter satsningen, men så at de nådde ut til en alt for snever brukergruppe i forhold til det totale behovet i bydelen. Siden "motorteamet" startet med eksisterende ergo- og fysioterapiårsverk, oppdaget de også at ventelisten på ordinære ergo- og fysioterapitjenester vokste parallelt med satsningen. De opprettet derfor en samlet avdeling for Hverdagsmestring underlagt søknadskontoret. Tankesettet om hverdagsmestring omfavner nå alle innbyggere med behov for helse- og omsorgstjenester, ikke bare de eldre. Alle brukere med nye eller endrede behov, enten de bor hjemme eller skrives ut fra sykehuset, får en samlet tverrfaglig kartlegging av én terapeut og én fra pleiegruppen. Kartleggingsverktøyet som brukes ved alle førstegangsvurderinger er utarbeidet i avdelingen selv, med utgangspunkt i International Classification of Function (ICF) (se vedlegg 1). Vedtakenes varighet varierer mellom noen dager til oppimot tre måneder. Til daglig er det både ergo-, fysioterapeut

eller sykepleier/hjelpepleier som følger opp brukerne. Avdelingen har økt antall årsverk hos terapeutgruppen til 11, og har omdisponert flere stillinger fra hjemmetjenesten, som nå er blitt en mindre, men fortsatt parallell tjeneste utenfor avdelingen. Når fokusgruppediskusjonene ble gjennomført hadde avdelingen vært i drift i 2 år.

Rekrutteringen foregikk videre i tett samarbeid med koordinator i bydelen, som også ville legge til rette for gjennomføring av fokusgruppene i arbeidstiden. Koordinator fungerte videre som kontaktperson mellom terapeutene og forsker. Kitzinger (2005) sier at allerede eksisterende grupper, som avdelingen her, har den fordel at konteksten stemmer bedre med dagliglivets rammebetingelser. Således kan deltakerne trekke på et større repertoar av felles erfaringer enn når man møtes som fremmede (Malterud, 2012). Det var ønskelig å rekruttere alle 11 terapeutene. Antall gruppedeltakere for hver gruppe ble satt etter anbefalinger av Krueger & Casey (2009), som poengterer at antallet bør være lavt nok til at alle er trygge og får muligheten til å dele sine erfaringer, men samtidig stort nok til å gi mangfold av ulike oppfatninger. En akseptert tommelfingerregel er å planlegge tre til fire fokusgrupper i en studie. Små fokusgruppediskusjoner er anbefalt når man ønsker mer dyptgående innsikt i menneskers opplevelser, og hensikten er å forstå et problem eller atferd (Krueger & Casey, 2009). Ettersom intervjuguiden (se vedlegg 2) også omfavnet flere store tema, var det ønskelig å gjennomføre tre mindre fokusgrupper med tre til fire deltakere.

Grupper med et felles erfaringsgrunnlag reduserer variasjon, og kan forebygge spenninger og deltakere som tilstreber motsetninger og maktspill, og gjør at deltakerne har lettere for å delta i samtalen (Malterud, 2012). Da målet var å få tilgang på ulike perspektiver og variasjon innenfor gruppen "terapeuter", var det derfor ønskelig at gruppene besto av både ergo- og fysioterapeuter, med ulike arbeidserfaringer, for å få området belyst ut ifra ulike erfaringer. Etter at datoer for gjennomføring ble avtalt mellom forsker og koordinator, sendte koordinator ut informasjon- og samtykkeskriv (se vedlegg 3) med dato for gjennomføring per mail til alle terapeutene i november 2015. I mailen ble det presisert at deltakelse var frivillig, og at terapeutene fikk kontakte koordinator om de ikke ønsket å delta. Koordinator bestemte gruppestørrelse- og sammensetning, noe som også ble satt av pragmatiske grunner, da det vanligvis er fire terapeuter på dagvakt hver dag.

## 2.4 Datainnsamling

Noen dager før gjennomføring av fokusgruppene var forsker innom avdelingen for å se møterommet som skulle benyttes, samt testet opptaksutstyret. Samtidig var det regnet ut omtrentlig hvor lenge hvert tema burde diskuteres for å sikre at tiden strakk til hele intervjuguiden. En semi-strukturert intervjuguide ble utarbeidet med spørsmål som handlet om arbeidsoppgaver, tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning og kultur- og holdningsendringer. Da formålet med studiet var å avdekke en "endring" hadde spørsmålene fokus på før og etter implementering av hverdagsmestring. En semi-strukturert intervjuguide ble valgt da den hjelper forsker å balansere mellom en helt åpen samtale, og et lukket spørreskjema.

Alle fokusgruppene ble gjennomført mellom klokken 07:30 og 09:30 i et møterom på arbeidsplassen. Båndopptaker ble brukt, men for å bevare anonymitet ble denne skrudd på etter at personinformasjon ble samlet inn skriftlig. Etter anbefalinger fra Krueger & Casey (2009) startet fokusgruppene med enkle og ufarlige oppvarmingsspørsmål som alle deltakerne måtte svare på, slik at alle følte seg komfortable med å prate i gruppen. For å stimulere deltakerne til å komme i gang og fortelle fritt om sine erfaringer ble det startet med et åpent spørsmål *"hva har vært den største endringen for deg etter implementering av hverdagsmestring?"*. Tross en semi-strukturert intervjuguide anbefaler litteraturen at forsker skaper rom for den spontane og gjerne avsporende samtalen, hvor ofte mye relevant informasjon kommer frem (Krueger & Casey, 2009). Forsker oppfordret til beskrivelser og erfaringer i form av konkrete bruker-eksempler, og var bevisst på å holde samtalen mest mulig forankret til det temaet som skal belyses, og se til at alle fikk muligheten til å delta. Foruten spørsmålene i intervjuguiden var de fleste oppfølgingsspørsmål av oppklarende eller utdypende karakter; *"Vil du si mer om det?"*, *"Er det noen som tenker annerledes?"*, *"Jeg ser du nikker, betyr det at du er enig i det de sier?"*. I tråd med Malterud (2011) var forsker bevisst fokusgruppens innebygde risiko for konformitetsskjevhet, og var tydelig på at alle synspunkt er velkomne, og at målet med studien ikke var å komme til felles enighet. Se tabell 1 for oversikt over deltakerne i fokusgruppene.

**Tabell 1:** Oversikt over deltakere i studien.

<b>Stilling</b>	<b>Arbeidserfaring totalt</b>	<b>Arbeidserfaring i bydelen</b>
Fysioterapeut	18 år	13 år
Ergoterapeut	4 år	2 år
Fysioterapeut	10 år	1,5 år
Fysioterapeut	4 år	1,5 år
Ergoterapeut	3 år	3 år
Ergoterapeut	0,5 år	0,5 år
Ergoterapeut	5 år	2,5 år
Ergoterapeut	4 år	2,5 år
Fysioterapeut	7 år	4 år
Fysioterapeut	1,5 år	0,5 år

Det samlede datamaterialet i løpet av de tre dagene består av 4,5 time opptak av gruppediskusjon av 10 terapeuter, herunder 5 ergo- og 5 fysioterapeuter. Alle var ansatt i 100% stillinger. Én ergoterapeut måtte gå halvveis i siste fokusgruppen, og én terapeut meldte avbud fra å delta på første fokusgruppe på grunn av sykdom. Totalt fire kvinner og seks menn deltok. Arbeidserfaringen til deltakerne spenner fra 0,5 år til 18 år, og erfaring i bydelen er 0,5 år til 13 år. Fokusgruppene ble gjennomført første uken i desember 2015, og opptakene varte gjennomsnittlig i 1 time 24 minutt og transkribert verbatim.

Studien ble tidlig meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, med prosjektnummer 44812 (se vedlegg 4). Dette fordi studien samlet inn person- og bakgrunnsopplysninger som alder, yrke og arbeidserfaring. Fullt navn forekom kun på samtykkeskjemaet, da terapeutene ble tildelt pseudonymer ved gjennomføring av fokusgruppediskusjonene. I samråd med Datatilsynets regler og prosedyrer ble alle personopplysninger holdt fysisk adskilt fra datamaterialet, og låst ned i en skuff hos prosjektleder. Lydopptakene slettes når studiet avsluttes. Alle deltakerne signerte informert samtykke om at deltakelsen var frivillig, og at hver enkelt deltaker kunne trekke seg når som helst fra studien (se vedlegg 3 side 2). Informasjonen ble gjentatt av forsker før hver fokusgruppe.



Fokusgruppediskusjoner er ulike fra individuelle intervjuer ved at forskeren ikke kan garantere for full konfidensialitet over hva som blir sagt, særlig ikke ved interne fokusgrupper som her. I tråd med Krueger & Caseys (2009) anbefalinger var forsker tydelig på hvilken atferd som forventes, og ba deltakerne innledningsvis om at konfidensialiteten opprettholdes innad i gruppen.

## 2.5 Analyse

Analysen av datamaterialet er inspirert av trinnene i kvalitativ innholdsanalyse, hvor formålet er å beskrive variasjoner gjennom å identifisere ulikheter og forskjeller i tekstinholdet (Lundman & Graneheim, 2012). En hver tekst har et *manifest budskap* som handler om det åpenbare og tekstnære innholdet som uttrykkes på et beskrivende nivå i form av kategorier. Målet med innholdsanalysen er dog å finne det *latente budskapet* som handler om tekstens underliggende budskap, som uttrykkes på et tolkende nivå i form av tema (Lundman & Graneheim, 2012).

Siden forsker deltok og styrte samtalen under fokusgruppediskusjonene, var det enklere for å huske momenter, uklarheter eller annet som var av betydning for å forstå lydopptakene. Som anbefalt av Krueger & Casey (2009) ble også transkriberingen gjort av forsker. Dette bidrog til å sikre at den muntlige samtalen ble gjengitt så riktig som mulig, og validiteten av analysematerialet styrkes deretter (Malterud, 2011). Fokusgruppediskusjonene ble transkribert på dialekt for å lette arbeidet med å kjenne igjen hvem som sa hva. For å sikre anonymitet ble dialekt utelatt i den videre analysen og i sitat. Den transkriberte teksten ble til sammen 115 sider på 46 100 ord.

Analysen er fleksibel, og inkluderer flere trinn. Like etter hver fokusgruppe noterte forsker ned alle umiddelbare tanker. For å få et helhetsbilde av datamateriale ble teksten lest gjennom flere ganger. Videre data ble gjennomgått linje for linje, og alle meningsbærende enheter som handlet om terapeutenes erfaringer knyttet til tenking og arbeidsmåte ble identifisert og plukket ut. Hver enhet ble abstrahert til hver sin tekstnære kode. Dette var nyttig for å få overblikk over nyansene i datamaterialet, da

flere deltakere brukte ulike ord og forklaringer for å beskrive erfaringene. Totalt for alle fokusgruppene ble det 335 ulike og til dels like koder. Eksempel på meningsbærende enheter med kode er følgende:

Men jeg er helt enig med deg i det, eller vi er jo alle enig i det... at medisinhandtering ikke er noe for oss.	Medisinhandtering er ikke noe for oss.
Da var vi litt mer sånn, litt mer isolert. Jobba i sin, man satt opp besøk selv og man fulgte opp saker selv og. Sånn var det før, da.	Jobba mer isolert før.

For å rydde og sortere alle kodene, ble de fordelt i ulike åpenbare kategorier som "Turnusarbeid", "Mål", "Medisinhandtering" og "Hjelpemidler". Totalt ble det 26 ulike kategorier. Videre ble alle kodene i hver kategori sortert, slik at alle kodene som handlet om det samme havnet i samme såkalte underkategori. Innholdet i hver underkategori var nær beslektet og skilte seg fra innholdet i de øvrige underkategoriene (Lundman & Graneheim, 2012). Eksempel på en underkategori i kategorien "Koordinering" er som følger:

*Før hadde vi selv ansvar for å fylle kalenderen.*

- Før la man opp sin egen tid.
- Før fylte vi opp vår egen kalender.
- Før lagte vi avtaler selv, nå blir vi satt på en arbeidsliste.

Underveis ble det en del flytting frem og tilbake mellom ulike underkategorier, alt etter hvor de passet best. Det ble totalt 88 underkategorier med ulike overskrifter som reflekterte innholdet i de underliggende kodene. På dette stadiet holdes navnene på underkategoriene fortsatt så tekstnært som mulig for å holde materialet levende. Overflødige koder fikk en egen underkategori for å ikke gå tapt i prosessen.

I dette trinnet ble alle 88 underkategoriene med tilhørende koder printet og klippet opp, hver for seg, for å se på alternative måter å sette sammen funnene på. Videre ble alle underkategoriene grovt fordelt inn i seks såkalte grupper, som igjen ble fordelt under to overordnede tema; "positivt/suksessfaktorer" og "negativt/utfordringer". Selv om flere var i gråsonen, havnet 54 på positivt/suksessfaktorer 34 av undergruppene på negativt/utfordringer.

Økt fokus på hverdagsmestring hos brukerne Organisatorisk endring i hele bydelen Fra ren terapeut til tverrfaglig superbot	Positivt/suksessfaktorer
Holdningsutfordringer hos brukerne Koordineringen av arbeidshverdagen Profesjonsgrenser	Negativt/utfordringer

Analysen fanget fortsatt det manifeste budskapet i datamaterialet, slik at gruppene var kun tentative, og trengte fortsatt videre bearbeiding for å "dekke" kompleksiteten og nyansene i innholdet. Det ble flere blindveier underveis. Overflødige undergrupper ble stadig beholdt, og fortløpende sjekket om det passet inn noen steder i prosessen.

På dette tidspunktet ble det hensiktsmessig å skille ut alle underkategoriene som handlet om "før" implementering av hverdagsmestring, samt å trekke ut de nåværende rammevilkårene for arbeidet i avdelingen. Dette ble satt som en kontekst for endringen i arbeidsmåten og tenking hos terapeutene, noe som lettet arbeidet med å skrive gruppene ut i fulltekst. Således vil leser være kjent med konteksten før og etter implementeringen, og dermed ha bedre forutsetning for å forstå endringen.

Analyseprosessen har gått mye frem og tilbake mellom hele teksten og mindre deler. For å bekrefte at endelige tema reflekterte det latente budskapet i terapeutenes erfaringer, er det gjennomført "member checking" ved diskusjon i forskergruppen, med veileder, samt at data fra forskergruppen er presentert for andre terapeuter i undervisning. Endelig inndeling av resultatet er presentert i tabell 2.

**Tabell 2:** Resultatets tema og undertema.

<b>Tema</b>	<b>Undertema</b>
De positive følgende av implementering av hverdagsmestring	Alle tenker egenmestring hos alle Nå tenker hele tjenesten på hva bruker ønsker Samarbeidet med sykepleierne er gull verdt Tverrfaglig kartlegging for å ivareta hele brukerens behov
Utfordringene etter implementering av hverdagsmestring	Nå gjør på en måte alle alt Jeg vet ikke hva eller hvem jeg skal til i morgen Vi får ikke tid til å gjøre jobben grundig nok

Eksempel på underkategorier i undertema "Alle tenker egenmestring for alle" var:

- *Selv alvorlig syke ønsker å leve så aktivt og normalt som mulig .*
- *Det er funksjonen til bruker man skal jobbe med.*
- *Nå leter vi etter roten til problemet fremfor å bare gi ut en toalettforhøyer.*

### 3.0 RESULTAT

Analysen viser at implementeringen av hverdagsmestring har ført til betydelige endringer for terapeutene – både i tenking, arbeidsmåte og organisering. Før presentasjon av hovedfunn vil det gis en kort innføring i hvordan terapeutene beskrev arbeidssituasjonen før implementering av hverdagsmestring, samt hvilke nye rammevilkår de arbeider under nå.

Terapeutene fortalte at før implementering av hverdagsmestring hadde bydelen tre avgrensede enheter; tverrfaglig akutt team, hverdagsrehabiliteringsteam, samt rehabiliteringsenheten med tradisjonell ergo- og fysioterapitjeneste. Hjemmesykepleien og praktisk bistand var parallelle tjenester. Terapeutene påpekte at de tidligere arbeidet med det de kaller for "rene" ergo- og fysioterapeut-problemstillinger, hvor ergoterapeutene hadde overveiende fokus på hjelpemiddelformidling, og fysioterapeutene hadde treningsøkter med overveiende fokus på fysisk funksjon. De tre enhetene jobbet isolert og avgrenset, og dårlig kommunikasjon og manglende oversikt over brukernes totalsituasjon førte derfor ofte til dobbeltarbeid. Det tverrfaglige samarbeidet på rehabiliteringsenheten foregikk hovedsakelig mellom ergoterapeutene og fysioterapeutene, og det var lite kontakt med sykepleiere og praktisk bistand. Terapeutene opplevde å jobbe mer avgrenset og alene, og kunne ofte ha eneansvar for større komplekse saker. Alle, utenom terapeutene i tverrfaglig akutt team, jobbet på dagtid. De fortalte at de selv lagte avtaler om hjemmebesøk og oppfølging, og visste på forhånd om man hadde en travel morgendag, eller om de hadde mye tid til skriving av søknader. En av terapeutene oppsummerte: *"Man kunne ikke fortsatt sånn som vi gjorde. Da jeg begynte her så satt jeg på mitt, jeg hadde eget kontor og satt aleine og tok saker etter som jeg ville, og planla dagene mine, og på en måte snakket ikke med så veldig mange andre"*.

Følgende rammevilkår for den nye avdelingen er både basert på terapeutenes egne beskrivelser i fokusgruppene, og på informasjon bydelen har publisert på internett.

- *Hverdagsmestring er styrende tankesett.*
- *Politisk og administrativ ledelsesforankring i bydelen. Alle i avdelingen har samme ledelse, som også dyrker tverrfaglighet og egenmestrings-tankegangen.*
- *Felles kontor for alle i avdelingen. Boligkontoret og vedtakskontoret er også flyttet til samme etasje.*
- *Terapeutene og pleiegruppen jobber i turnus, og arbeider dag, kveld og hver tredje helg.*
- *Tre koordinatorene fordeler arbeidsoppgaver og brukerbesøk på de ansatte gjennom arbeidslister.*
- *Alle brukere som henvender seg til bydelen med nye eller endrede behov får tverrfaglig vurdering av to representanter fra avdelingen.*
- *Et egenutviklet helhetlig kartleggingsredskap, inspirert av ICF, ligger til grunn for alle førstegangskartlegginger.*
- *Daglig tverrfaglig rapport ved starten av vaktene, samt tverrfaglige møter klokken 13:30 mandag, onsdag og fredag.*
- *Avdelingen satser stort på velferdsteknologi, og flere terapeuter har 40 % av stillingene satt av til prosjektarbeid innen velferdsteknologi.*
- *Avdelingen vokser med antall terapeuter og ansatte innen pleiegruppen, og har nå 24 ansatte.*
- *Den tradisjonelle hjemmesykepleien er en parallell tjeneste som stadig blir mindre.*

Videre presenteres funnene fordelt på hovedtemaene *De positive følgende av implementering av hverdagsmestring* og *Utfordringer etter implementering av hverdagsmestring*. Utsagnet fra en deltaker, "Det er bygget et hus uten grunnmur, og nå skal vi bygge grunnmuren", benyttes avslutningsvis for å oppsummere hvordan terapeutene har opplevd endringsprosessen, og hvilke tanker de har om fremtiden.

### 3.1 De positive følgende av implementering av hverdagsmestring

Dette temaet handler om de positive endringene deltakerne erfarte som følge av implementering av hverdagsmestring.

#### 3.1.1 Alle tenker egenmestring hos alle

I analysen kommer det frem at et viktig aspekt ved den positive endringen er at egenmestringstankegangen har spredd seg over hele bydelen – også utenfor avdelingen. Fra å tidligere inkludere og ekskludere ulike brukere i hverdagsrehabiliteringskonseptet, fokuserer avdelingen nå på egenmestring hos *alle* – uansett funksjon eller diagnose. Deltakerne forklarte endringen: *"Nei, fordi folk er jo veldig dårlige av og til, så det er mange som kom utenfor det å kunne innlemme dem i hverdagsrehabilitering, men å mestre hverdagen så godt som mulig, det kan alle være med på!"*. En annen deltaker sa også at selv om man gjerne har lyst å avlaste og hjelpe de mest alvorlig syke brukerne, er det ikke sikkert det er det til det beste: *"Hvis man har hatt en kreftdiagnose lenge så vil man kanskje heller, ja, være så aktiv som mulig, da, og ikke ha det (sykdommen) som førstepri hele tiden"*.

I tråd med tankesettet om hverdagsmestring jobber nå alle involverte faggrupper med å få brukeren til å forstå hvor viktig det er å delta i hverdagsaktiviteter, og å prøve å gjøre tingene selv. Noen av terapeutene påpekte at de alltid har hatt egenmestringsfokus, mens andre mener det er forsterket etter avdelingen ble opprettet. En deltaker fortalte: *"Den tankegangen om å finne hverdagslige aktiviteter, å få brukeren til å forstå hvor viktig det er for å bli bedre, det å ha noe å drive med i hverdagen, hvor viktig det er å lage sin egen kaffe og hvor mye aktivitet det er i det, at alle har på en måte fått mer den tankegangen, da"*. Særlig stor forandring merker de hos sykepleierne i avdelingen som har gått bort i fra pleie-tankegangen, til å heller fokuserer på selvstendighet. For å kunne klare seg mest mulig selv trener brukerne nå på å mestre flere av de typiske oppgavene hjemmesykepleierne tidligere utførte. En deltaker beskrev endringen: *"De trener jo på stomi – at de skal bli selvstendig i stomi! Og skifte sånn urinposer, og gud hjelpe meg hva de skal gjøre for noe. Og det er en ny æra for dem altså. Så det er også veldig moro"*. Videre poengterte en annen deltaker hvordan sykepleierne tidligere gikk inn for å levere medisinene, men at fokuset nå er på å se til at bruker klarer å ta sine medisiner selv.

Funnene viser at alle faggruppene i avdelingen nå fokuserer overveiende på de hverdagslige aktivitetene som skal fungere for brukere, og fokuserer på hvilken funksjon for eksempel et skadet kne skal ha i hverdagen. En deltaker illustrerte det med et eksempel: *"Selv om jeg kunne ha sett at i det kneet så er det alt for dårlig fleksjon (...) Men bruker ønsker bare å trene på å gå i trapp sånn at han kommer seg ut, så er det ikke vits i å henge seg opp i å jobbe konkret med et kne. Altså da må man heller jobbe med den funksjonen som bruker er opptatt av"*. Eksempelet viser at det å kun konsentrere seg isolert om en skade eller sykdom ikke vil være hensiktsmessig for verken bruker eller terapeut om vedkommendes mål er å for eksempel gå i trapp.

Flere av brukereksemplene til deltakerne illustrerte imidlertid at hverdagsmestring ikke alltid handler om å gjøre brukerne helt selvstendige og uavhengig av hjelp. I en diskusjon om en trappeheis understrekte en deltaker at det må opprettholdes en balanse i forhold til bruk av kompenserende hjelpemidler og fysisk funksjonstrening for å få ting til å fungere: *"Samtidig som vi har den arbeidsmåten, skal vi ikke la folk bli fanget i sin egen leilighet. Ting må være fremkommelig! Du må komme deg ut. Så det er den balansen man hele tiden..."*. Selv om installering av en trappeheis vil være "passiviserende", vil brukeren dog kunne komme seg ut på egenhånd med et slikt hjelpemiddel, og følgelig bidra til hverdagsmestring. Dette antyder at hjelpemidler gjerne har fått større aksept hos terapeutene nå som fokuset er på å fremme brukers mestring i hverdagslige aktiviteter.

### 3.1.2 Nå tenker hele tjenesten på hva bruker ønsker

Funnene viser at både terapeutene, og avdelingen for øvrig, nå har fått et mer bevisst forhold til betydningen av brukermedvirkning, og hvordan det praktiseres og ivaretas i arbeidshverdagen. En deltaker gav et beskrivende eksempel: *"Før skulle vi kanskje tilfredsstillte våre egne mål, for bruker, ikke sant? Vi ville gjerne at hun eller han skulle kunne klare det. Men nå skal det komme fra dem selv, og da er det bedre resultater også, fordi de vil det selv"*. For å tilrettelegge for god brukermedvirkning fortalte ene deltakeren: *"Det har i vert fall noe med å være villig til å høre på brukeren, å være flink til å huske på at selv om man selv sitter på fagutdannelsen så er det jo brukeren som føler på, og vet hva som er viktig i deres liv, ikke sant?"*. For å illustrere brukermedvirkningen trakk flere av deltakerne fram samme eksempel om en bruker som har trent forflytning



fra rullestol til seng. De fortalte at vedkommende er rullestolbruker gjennom flere år og har tillagt seg noen rutiner som terapeutene gjerne "skakker litt på hodet" av. En deltaker beskrev: *"De får det til å funke og det er det viktigste for de, og da skal ikke vi stå der og si at "Men du, kanskje du skal..." Ja, hvis hun har den metoden og den fungerer så skal ikke vi stå å si at den ikke er riktig! Da kan vi heller si at "Du, det var en kul måte å gjøre det på!"*. Således fremstår terapeutene nå mer ydmyke i møte med brukernes ønsker og behov. Fremfor at de forteller brukerne hvordan ting skal gjøres på "den riktige måten", støtter de heller brukeren i å finne løsninger på deres premisser.

I analysen kom det frem at alle nå arbeider aktivt med å sikre at brukeren deltar og er involvert i både målsettings- og treningsprosessen, og flere eksempler illustrerte hvordan avdelingen strekker seg svært langt for å imøtekomme brukernes ønsker og mål. Deltakerne fortalte om personer hvor det åpenbart har vært lite potensiale for å kunne klare seg hjemme, men hvor avdelingen har tilrettelagt med hjelpemidler og øvrige ressurser for at det skal fungere. En deltaker gav et eksempel: *"Hadde en mann som fikk komme hjem, hvor jeg visste lang vei at det ikke kom til å gå. Han døde etter fire dager hjemme, men han fikk de fire dagene da – det var så utrolig fint! Han fikk ett par rolige fine frokoster, og feiret med champagne"*. Deltakeren la til at han blir stolt av å jobbe et sted hvor man strekker seg så lang, og *"Det er veldig tilfredsstillende å være med på situasjoner hvor man sender noen hjem og så tenker jeg "det her går jo, det kommer aldri til å gå det, men vi prøver"! Og hvor mye det betyr for de, da!"*.

Et annet aspekt som viser hvordan brukermedvirkningen er blitt mer sentralt, er at brukernes selvbestemmelse er løftet fra å tradisjonelt å være på individnivå, til nå å være mer synlig i selve beslutningsprosessen også på systemnivå. Altså handler det om mer enn å kun inkludere brukeren i de spesifikke målsettings- og treningstiltakene, men *"Man er blitt flinkere nå til å tenke sånn, som hele tjenesten da, men hva ønsker bruker? Ønsker bruker at vi kommer daglig og ringer på telefonen, og hvorfor skal vi på død og liv se til denne brukeren? Gjør vi det for vår skyld, for pårørende sin skyld, legens skyld eller brukeren sin skyld?"*. Samtidig viser analysen at brukermedvirkningen ikke bare er synlig hos de som trenger konkrete treningstiltak og fysio- eller ergoterapeut, men også dem som bare skal ha tilsyn hver fjortende dag: *"Altså, ønsker den brukeren det? Eller ønsker bruker å være i fred, på en måte?"*.

Funnene tyder på at mer vektlegging på brukermedvirkning kan være utfordrende også, og at man må sette grensa et sted: *"...er man samtykkekompetent så får man lov til å sitte å drikke seg i hjel i sin egen stue, hvis det er det man ønsker, ikke sant? For å sette det på spissen."* En annen deltaker forteller også om en bruker som hadde sittet i leiligheten sin i flere måneder uten å være ute: *"Synes egentlig det er ganske kjekt, han! Da skal ikke jeg presse meg på, og komme inn der og forsøke å få skikk på livet hans da. Jeg tenker at hvis han synes det er deilig å sitte å høre på radio, så er det kanskje greit."* Eksemplene viser at terapeutene aksepterer at de ikke klarer å hjelpe absolutt alle, og noen ganger ikke kan gjøre annet enn å gi sine anbefalinger – og godta brukers rett til selvbestemmelse.

### 3.1.3 Samarbeidet med sykepleierne er gull verdt

Analysen viser at implementeringen av hverdagsmestring har ført til økt samarbeid med sykepleiergruppen, noe som fremstår som en viktig betingelse for den helhetlige tilnærmingen det nå arbeides mot i avdelingen. Deltakerne var svært begeistret for dette samarbeidet: *"Også sykepleiere! ...og det er – gudskjelov for at vi har med sykepleierne!"*. Terapeutene beskrev et mer komplett, tverrfaglig team, hvor de understreker viktigheten av nå å ha tilgang på sykepleiernes kunnskap om sykdom og pleie. Særlig befriende er det for terapeutene når sykepleierne tar ansvar for medisinene. En deltaker fortalte hvordan sykepleiernes bidrag er avgjørende for å forstå totalsituasjonen til bruker: *"Da var det veldig greit å ha med sykepleier for de kunne vurdere smertebilde, sant? Vurdere medisinene. Hvorfor er hun blitt bedre? Jo, fordi hun har fått de og de medisinene, sant? Oxycontin, som er ganske sterke morfinpreparater"*.

Det gode samarbeidet med sykepleiergruppen handler blant annet om at alle i avdelingen nå er mer interesserte og ønsker å lære av hverandre, noe som fremstår gjensidig mellom yrkesgruppene i avdelingen. En deltaker fortalte entusiastisk: *"Jeg merker veldig godt på pleierne våre her (...) De er interessert i å høre om teknikker, sånn som bare senest i går så var det en helsefagarbeider som lurte veldig på forflytning i seng, "Hvordan kan jeg gjøre det best mulig?". (...) Ja, at de lurte på ting (...) det er veldig sånn interesse, og at de har lyst å lære, har lyst å kunne mest mulig fag"*. Mange av deltakerne påpekte viktigheten av å kunne spille på hverandres kompetanse – at det handler om å gjøre hverandre gode. En deltaker la til at tverrfagligheten i avdelingen er mer sammensveiset og praktisk rettet enn tidligere arbeidsplasser, og de opplever å ha en

tettere dialog og oppfølging. Det å være "motor" eller å ha en veiledende rolle overfor sykepleierne var ikke sentralt i analysen. Selv om samarbeidet med pleiegruppen ble beskrevet som velfungerende i avdelingen, fortalte noen av terapeutene at det tidvis kan være utfordrende å bli hørt på morgenrapporten, da gjerne fulle sårprosedyrer prioriteres fremfor snakk om funksjon hos brukerne.

Funnene viser at et helt avgjørende aspekt for at samarbeidet med sykepleierne oppleves som "gull verdt", er at alle yrkesgruppene er samlet i ett felles lokale. Slik blir "terskelen" bokstavelig talt lavere, og den fysiske distansen kortere, for å stille spørsmål og spille på hverandres kompetanse. En deltaker beskrev de positive gevinstene med å ha et åpent kontorlandskap: *"Så sitter man bare og jatter da, men så er det egentlig ganske sånn positive ting, og man snakker gjennom og rundt og lufter tanker og... folk slenger seg på når det er noen (brukere) man kjenner (...) Så det blir veldig sånn lav terskel"*. Selv om noen fortalte at de var skeptiske når de hørte de skulle jobbe i åpent kontorlandskap, ser de det nå som positivt for flyten, og det daglige samarbeidet og omgangen med kollegaer.

#### *3.1.4 Tverrfaglig kartlegging for å ivareta hele brukerens behov*

I analysen kom det frem at kartleggingssituasjonen er et fremtredende bindeledd for både det tverrfaglige samarbeidet og den helhetlige brukertilnærmingen. Deltakerne fortalte at det går mye tid til kartlegginger, særlig nå som de fokuserer på å finne "roten til problemet" hos bruker. Dette i kontrast til tidligere, da de gjerne bestilte hjelpemidler per telefon for å slippe å bruke tid på å dra hjem og kartlegge brukeren. En deltaker beskrev hvordan fokuset er endret: *"Det er bare et lite symptom det at de skal ha en rullator eller en toalettforhøyer eller et badekarbrett. For hva er det som er... jo, men hun har vært veldig dårlig i det siste, hun kommer seg ikke ut faktisk, og dessuten så kan det hende at hun ikke spiser så mye som hun skal – så går vi inn! Så er det liksom ikke det badekarbrettet heller. Det er egentlig veldig morsomt"*. Nå gjør terapeutene en grundigere jobb med å forstå totalsituasjonen til brukeren, og finner ut *hvorfor* brukerne uttrykker behov for hjelpemidler, for således får oversikt over hvilke hjelpe- og treningsbehov som kan være aktuelle.

Det helhetlige kartleggingsverktøyet fremstilles som en viktig forutsetning for å imøtekomme brukerens ønsker og behov, da det avsluttes med å sette opp mål og tiltak for bruker. En deltaker forklarte: *"Og så er det jo at man får kartlagt godt med mange yrkesgrupper sånn man kan komme med faglige innspill til bruker – for å underbygge deres evne til å sette seg selv realistiske mål, ikke sant? (...) Sånn så den kartleggingen også er helt nødvendig da for å legge til rette for en hensiktsmessig brukermedvirkning da, for å si det sånn".* Videre fortalte terapeutene at det å kartlegge tverrfaglig bidrar også til at målene blir flere, slik hele funksjonen til brukeren nå ivaretas: *"Så merker jeg også hvis man er der inne bare som fysio så blir målet så lite (illustrerer et lite gap mellom fingrene), altså da blir det trappa, eller (...) Komme ut av senga på en god måte, tømmerstokken. Men er man mange inne så har de mange flere mål, og da merker jeg også at det at når bruker blir diskutert så får jeg mye mer input på hva som skal til for at hele funksjonen er inkludert, ikke bare den fysiske."* Eksemplene illustrerer at vurderingene dermed blir mer effektive når de er to stykker som utfyller hverandres kompetanse. Noen omtalte det dog som et såpass omstendelig verktøy at det tidvis kan være en utfordring å sile ut nyttig informasjon i forhold til veien videre, og for noen var det nytt å måtte gjøre så omfattende kartlegginger. Terapeutene uttrykte imidlertid begeistring for det nye kartleggingsverktøyet, men noen påpekte at de savnet de fagspesifikke verktøyene som *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* og *Short Physical Performance Battery (SPPB)* også.

Funnene viser i tillegg til det nye helhetlige kartleggingsverktøyet, at også det å gjennomføre vurderingen tverrfaglig, er avgjørende for å gi brukeren en så heldekkende og grundig kartlegging som nå. Når det er flere øyne som vurderer, opplever terapeutene også at det flere utfordringer hos brukeren avdekkes. Dette anså de som særlig positivt, da mange brukersaker gjerne var mer komplekse enn bestillingen tilsier. Denne kartleggingsarenaen har gitt dem innblikk i hvilke spørsmål og hvilket fokus de øvrige faggruppene har – momenter de selv ikke spurte om tidligere. En deltaker fortalte hvordan ergo- og fysioterapeuten utfyller hverandre ved en kartlegging av en slagpasient: *"Vi så at han slet med å komme seg i badekaret sitt, og så fant vi en veldig rask løsning på det, finner ut at her er ikke matsituasjonen noe god, finner ut av en fryktelig rask løsning på det (...) Sånn at en i utgangspunktet synes jeg ganske sånn*

*komplisert og veldig mange ting som spilte inn der, ble løst veldig fort! Vi fikk liksom dekket alle postene i løpet av en times tid.” Videre la deltakeren til: ”Hadde jeg gått dit alene så hadde det blitt et heeelt annet besøk. Da hadde jeg tenkt fysio fra opp og ned og rundt”.*

En positiv konsekvens av den tverrfaglige kartleggingen, er at deltakerne har lært å tenke mer helhetlig i møte med brukerne, illustrert gjennom følgende sitat: *”Jeg har blitt flinkere til å tenke mer helhetlig. I og med at nå har vi – vi ser så mange forskjellige brukere. Vi vurderer jo om folk skal ha praktisk bistand for eksempel, om de er egnet for trygghetsalarm, mye sånn saksbehandlere gikk og vurderte før. Så da blir man liksom nødt til å på en måte se litt utover sin egen, sin egen... faggrense, ja”.* Kunnskapsfeltet har således utvidet seg, og terapeutene opplevde nå å måtte ha oversikt over, og å tenke på ”alt”, slik en deltaker oppsummerte: *”Når du kartlegger pasienter så skal du ikke tenke som en fysio, du skal tenke som en ”superbot”! Og da må man liksom tenke i helt andre baner. Og det er nytt for meg da, sånn – ikke bare tenke fysio”.*

### **3.2 Utfordringene etter implementering av hverdagsmestring**

Det andre hovedtemaet handler om hvilke utfordringer deltakerne erfarte som følge av implementering av hverdagsmestring.

#### *3.2.1 Nå gjør på en måte alle alt*

Flere av deltakerne fortalte at implementeringen av hverdagsmestring har gitt terapeutene flere nye arbeidsoppgaver som de ikke hadde før – det både på godt og vondt. Ergoterapeutene fortalte at de nå har fått et utvidet spillerom til å vise hele spekteret av kompetansen de innehar – ikke bare hjelpemiddelformidling som tidligere. En ergoterapeut sa at *”Man føler seg litt mer viktig kanskje, i sin rolle, enn å bare jobbe med hjelpemidler”.* Som en følge av satsingen på velferdsteknologi fortalte også andre at de måtte sette seg inn i mye nytt, da flere av terapeutene er blitt ressurspersoner innen ulike prosjekt.

På den andre siden, når alle skal gjør alt, kan det også synes som yrkesgruppene må gjøre oppgaver som ikke er innenfor deres fagområde: *"Det som er endret er at avdelingen følger jo opp brukere på alle områder, og da blir det jo nødvendigvis til at man kanskje kommer inn og hjelper til i situasjoner som man i utgangspunktet ikke ville ha gjort som fysio og ergo, da"*. Terapeutene opplevde nå å få flere såkalte sykepleierfaglige "rutineoppdrag" på arbeidslistene, og hjelper til i stell, gir medisiner, har tilsyn, matbringning og hjelper med støttestrømper. Altså får de tildelt arbeidsoppgaver de opplever at de ikke har kompetanse til å gjennomføre, og føler seg utrygge på. Særlig medisinhandling var en het diskusjon blant dem alle: *"Medisinene er vel kanskje den tingen jeg er minst glad i (...) det er jo klart at jeg har ikke lyst å ha noe ansvar for noe som helst av det der"*. I tillegg til å gi ut medisiner til brukerne, må de også vurdere brukernes skikkethet til å administrere medisinene selv. De presiserte at sykepleierne har hovedansvaret, og at terapeutene har fått opplæring og kursing i legemiddelhandling, men at de likevel opplever utrygghet ved denne arbeidsoppgaven.

I analysen kommer det frem at terapeutene får de overnevnte arbeidsoppdragene særlig på kveld og helg. En deltaker forklarte: *"Vi er jo færre folk på kvelden og færre folk i helgene enn vi er på vanlig dagtid. Så da oppleves det at fysio- og ergo-oppgavene blir færre i helgene enn det de blir på vanlig dagtid i uka. Rett og slett for å dekke opp sånn at alle brukerne får det de skal ha"*. Således hender det for eksempel at ergoterapeutene plutselig må gjøre fysio- eller sykepleieroppdrag, eller som noen trekker frem som et mer illustrerende eksempel; at hjelpepleierne plutselig får trappetreningen med en ortopedipasient. En deltaker konkluderte med at *"Nå gjør på en måte alle alt, kan du si, har det blitt! Det er vel egentlig en grei oppsummering"*.

En annen diskusjon som oppsto som følge av at alle nå gjør alt, er at terapeutene opplevde det problematisk i forhold til hensiktsmessig bruk av ressursene i avdelingen. Det ble konstatert at all den tiden de bruker på medisinske tilsyn og stell i helgene, kunne de brukt på fysio- eller ergoterapi. En fysioterapeut supplerte: *"Altså én ting er å være involvert i stell-situasjoner for å kartlegge og vurdere og trene på det. Samme med støttestrømper, hvis det er en tanke om at man trener av og på med de – så er jo det og"*

*naturlig. (...) Men når det blir et rent "hjelp i stell" eller "være tilstede i stell" bare fordi noen må være der, så synes jeg at da begynner det å bli problematisk i forhold til at kompetansen ikke brukes helt riktig... altså, man får ikke selv utført det faget man vil".*

Terapeutene påpekte at et faremoment med å utføre arbeidsoppdrag på tvers av yrkesgrensene på denne måten, er at de etter hvert tror de har kompetanse i de ulike nye oppgavene, siden de blir vant til å gjøre det som står på arbeidslista. Således glemmer de litt sin egen komfortsone og prøver å gjøre "alt mulig". En deltaker stilte spørsmål ved om ikke det ville være til det beste både for dem selv, og for brukerne, at de forholdt seg til kompetanseoppgavene som ergo- og fysioterapeuter tross alt har gått tre år på skole for å kunne. En annen deltaker la til: *"Det er jo tross alt en grunn til at man har forskjellig utdannelse. Så selv om man skal tenke veldig sann helhetlig, så er man jo nødt til å opprettholde litt forskjellige ansvarsområder, det er klart".* Som en følge av at alle gjør alt, opplevde altså flere av terapeutene at grensen mellom terapeut- og sykepleierrollen har blitt hvisket litt ut, og ikke alltid fremstår like klar. Noen påpekte også en utfordring ved å opprettholde et skille mellom når de arbeidet som "vanlig" terapeut, og når de er en såkalt "operatør" som arbeider i forbindelse med velferdsteknologi-prosjektene. En deltaker oppsummerte problemet: *"Det er som sagt mye positivt, og man får tenkt mye nytt, men målet kan jo ikke være at man skal på en måte skape et nytt fellesfag, hvis du skjønner hva jeg mener?"*.

I diskusjonen om overlappende arbeidsoppgaver poengterte terapeutene at det er særlig viktig å være trygg på egen kompetanse, og at man vet hvor yrkesgrensene går, for at avdelingen skal opprettholde et velfungerende tverrfaglig samarbeid. En deltaker fortalte at det å gjøre "alt", og å jobbe som en såkalt "superbot", ville bli slitsomt i lengden: *"Jeg skjønner at det er nødvendig for å få tjenesten til å gå rundt – det skjønner jeg jo også! Men, men det er jo ikke optimalt for noen, og det er desto viktigere at vi er klare på grensene våre nå, så ikke det sklir ut enda mer".* Er man ikke tilstrekkelig oppmerksom på dette i arbeidshverdagen, vil man drukne i mengden, og grensene vil skli ut.

### 3.2.2 Jeg vet ikke hva eller hvem jeg skal til i morgen

I analysen kom det frem at det var ulike erfaringer med at koordinatorene nå planlegger de daglige arbeidsoppgavene for terapeutene. Deltakerne gav uttrykk for at det var nytt at andre skulle organisere dagen deres, og at de ikke har samme friheten som før: *"Det blir med ett annerledes når det er andre som setter opp en arbeidsliste for deg og jobber sånn etter arbeidsliste, selv om tidspunkter og alt sånn er veiledende, så er det jo satt opp for å få en dag til å gå opp, ikke sant?"*. En annen deltaker var enig i at det er en stor forandring, og hadde ikke trodd at arbeidslistene skulle bli så rigide. Som følge av den nye koordineringen var det flere av deltakerne som opplevde å miste kontroll og oversikt, både over dagene og brukerne. Funnene viser at arbeidshverdagen således kan bli svært uforutsigbar for terapeutene: *"Jeg føler jeg har lite kontroll. Jeg vet ikke hva jeg skal eller hvilke brukere jeg skal til i morgen, for eksempel... og det gjorde jeg jo før"*. Samtidig er det gjerne uvisst om arbeidslista er lagt opp slik at man rekker tverrfaglige møter, eller om det er tid til å få ferdigstilt søknadene til NAV før helgen.

Et annet moment ved den nye koordineringen, er at arbeidslistene, sammen med turnusen, gjør at alle terapeutene nå arbeider og deler på *alle* brukerne som er tilknyttet avdelingen. Noen påpekte at hver bruker har en primærkontakt som skal være ansvarlig, men at det likevel ikke fungerer slik i praksis. En deltaker sa: *"Vi har jo ikke "våre brukere" lenger. Egentlig skal vi ha det, men så er det så mange som går inn på... si for eksempel mine brukere, da, så det blir til at du ikke helt får oversikt, hvis du skjønner?"*. Flere gav uttrykk for at det i utgangspunktet var positivt, da mer variert kompetanse og erfaring kommer brukeren til gode. En deltaker sa blant annet det var fordelaktig om man skulle glemme noe hos en bruker: *"Hvis man er flere inne, så kan man på en måte fylle ut de tomrommene"*. Tidligere kunne deltakerne oppleve å ha hele ansvaret alene, og man hadde ikke så mange å spille på om man ble sittende fast i enkelte brukerforløp. En annen deltaker fortalte om endringen: *"Vi har mange flere strenger å spille på når vi jobber på denne måten her, og det merker jeg er veldig bra, da. At du på en måte blir litt mer sånn her fritatt fra å sitte med absolutt alt ansvaret selv for hvordan det skal gå med den brukeren, og det kjenner jeg er veldig deilig"*.



På den andre siden fortalte deltakerne at det å dele på alle brukerne byr på utfordringer ved den praktiske brukeroppfølgingen: *"Men så kan det ofte bli mange kokker, og... alt for mange meninger"*. Flere av terapeutene påpekte at nåværende organiseringen kan føre til at det er ulike ergo- og fysioterapeuter som starter, følger opp og avslutter brukersakene, noe som blir uoversiktlig, og gjør det vanskelig å opprettholde kontinuiteten i forløpene. En deltaker uttrykte frustrasjon over at det blir rotete, da du *"...plutselig bli slengt inn der og der og der og der"*. I den forbindelse oppsto det en diskusjon om hvem som har eierskap til brukersakene, og som påtar det fulle og hele ansvaret for oppfølgingen: *"Nå er det flatet ut for alle. Man gjør bare en innsats, men man tar det ikke helhetlig..."*. Et faremoment med ordningen er følgelig at det nå oppstår en form for ansvarsfraskrivelse fra hver enkelt. En deltaker understrekte dog at det ikke bare er terapeutene som opplevde denne uforutsigbarheten. Brukerne er også ukjent med hvilke terapeuter som kommer for hver gang: *"Og det er vanskelig altså. Det er veldig ofte at folk spør deg "Når kommer du neste gang?", så sier jeg det, "Vi! Vi kommer neste gang!", og så "Hæ? Kommer ikke du?", så blir det "Vet du at, det aner jeg ikke...jeg håper det!"*.

### *3.2.3 Vi får ikke tid til å gjøre jobben grundig nok*

Funnene viser at flere nye arbeidsoppgaver, sammen med ny koordineringen av arbeidshverdagen, gjør at flere av terapeutene nå opplever tidspress i arbeidshverdagen. Selv om deltakerne omtalte satsingen på velferdsteknologi som *"positiv og genial"*, tok det likevel mye tid og ressurser. Flere av terapeutene opplevde at de 60 prosentene av stillingen som er avsatt til *"vanlig terapeut"* ikke samsvarer med den tiden de daglige arbeidsoppgavene faktisk tar. En annen deltaker sa: *"Det føles som man, man får ikke... vi har så mye å gjøre, så man får ikke den tiden man ønsker til å gjøre det grundig nok, da"*.

I analysen kom det frem at det er særlig utfordrende for terapeutene å få tid til den indirekte brukeroppfølgingen, i form av møter, journalføring og søknadsskriving. Terapeutene fortalte at arbeidslistene ofte er fulle, og at det gjerne kun er satt av tid til å gjennomføre besøket isolert sett – uten ekstra tid til etterarbeidet. En deltaker beskrev

situasjonen: *"Ja, vi får jo en sånn (kartleggingsredskapet) som vi må fylle ut, og det tar sin tid, det er det. At ting tar tid! Det tar tid å skrive journaler, det tar tid å skrive søknader. Ja, til hjelpemidler og sånn. Og det gjør jo også fysio og ergo".* Kveld- og helgevakter fører også til at hjelpemiddelsøknadene nå får lenger behandlingstid, da terapeutene ikke får kontaktet Hjelpemiddelsentralen og aktuelle firmaer som kun har åpent på dagtid. En deltaker illustrerte med et eksempel: *"En søndag kveldsvakt (...) tenkte jeg "Ja, okey, men da kan jeg jo sikkert skrive noen søknader eller noe sånt, hjelpemiddel eller noe sånt", men så sto jeg litt fast og trengte å ringe til hjelpemiddelsentralen, men det var stengt! Ja, okey... da får jeg ikke gjort det i dag, og så har jeg fri i morgen, så skal jeg jobbe kveld på tirsdag, ja da får jeg ikke gjort det før onsdag!".* Terapeutene fortalte at de ofte må be om ekstra tid til indirekte brukeroppfølging som journalføring, kontakt med pårørende og søknadsskriving, på forhånd. Glemmer de imidlertid dette, vil bunken med skrivearbeid stadig vokse.

En annen grunn til at deltakerne opplever å ikke kunne gjøre jobben grundig nok, er at økt tidspress fører til at terapeutene noen ganger må gjøre ting på sin egen måte, og dermed "trosse" brukermedvirkningen i noen situasjoner. Samtidig påpekte de at det å motivere brukere til å for eksempel forstå egenmestringskonseptet krever god tid: *"Det nytter ikke å sette opp tredve minutter på et vurderingsbesøk. Det kan skje at de bare "Nei, nei, nei, jeg skal bare ha en rullator", ikke sant? Men man trenger tid".* En annen deltaker understrekte at det er klart enklest og best for både dem og brukerne når avdelingen gir rom for å lytte til brukernes ønsker og behov, men stiller dog spørsmålsteget ved hvor mye tid de faktisk får til det.

Funnene viser at den dårlige tiden også fører til at terapeutene ikke er på jobb eller rekker de tverrfaglige møtene hvor brukerne diskuteres. En deltaker fortalte: *"Vi har tverrfaglige møter klokka halv 2 på mandag, onsdag og fredag. Og veldig ofte så er det sånn at det er kanskje er to tre ergoer som er inne, så er det kanskje... det er jo ofte det ikke er noe fysio i det hele tatt! Og så kanskje én sykepleier. Og da blir det ikke på en måte det møtet det er tiltenkt. Fordi folk har kveldsvakt, folk har fri – sånne ting".* En konsekvens av dette er at viktige avgjørelser gjøres uten at terapeutene som best kjenner brukeren, er tilstede.

### **3.3 Det er bygget et hus uten grunnmur...**

Deltakerne fortalte at etablering av avdelingen for hverdagsmestring alt i alt har bydd på store positive endringer både for terapeutenes tenking, og det praktiske arbeidet på avdelingen. Noen gav dog uttrykk for et etterlengtet ønske om en tydelig plan for hvordan implementeringsprosessen skulle gjennomføres, da ting gjerne gikk litt "over stokk og stein" i avdelingen. Et sitat beskrev prosessen: *"Og så er det veldig lett for de som har vedtatt et vedtak og si at "sånn skal vi gjøre det", mens det jeg etterlyser egentlig er en tydelig plan underveis, på hvordan vi skal ha gjort det. En plan som sier "nå skal du gjøre sånn", "nå skal du ta to skritt til venstre, og en til høyre og så videre", til de faste målpunktene. Det føles som at det blir bygget et hus, uten å ha bygget en grunnmur".*

Videre ble det påpekt at alle de overnevnte utfordringer gjerne er såkalte "barnesykdommer" som oppleves nødvendig for at Hverdagsmestringsavdelingen skal utvikles og bli bedre, og som gjerne går seg litt til med tiden: *"At alle de tingene vi har snakket om nå, tror jeg mer kommer fordi alt har vært i en omstillingsprosess, og da kommer alt oppgulp og all frustrasjon og all oppgulpet kommer fordi at ingenting fungerer".*

#### *3.3.1 ...nå må vi bygge grunnmuren*

Deltakerne oppsummerte at de var fornøyd med den helhetlige tjenesten de nå tilbyr brukerne i bydelen. De fortalte at det i fremtiden handler heller om å optimalisere tjenesten slik den per dags dato er organisert, fremfor å utvide tjenestetilbudet ytterligere. Analysen viser således at avdelingen fortsatt er i en endringsprosess, og at det som gjenstår nå, ifølge terapeutene, er finpussen: *"Nå skal vi begynne å fylle på grunnmuren, sant?".* Videre presenteres de mest fremtredende forbedringspotensialer.

#### Terapeutkompetanse blant koordinatorene

Noen fortalte at de savnet terapeutkompetanse blant koordinatorene, og mente at de på den måten ville vært bedre rustet til å både se helheten i sakene, samt føre opp riktig kompetanse til hvert brukerbesøk. En deltaker beskrev: *"Men det er det at disse turnusgreiene skal gå opp, og plutselig så går en ergo inn og skal gjøre fysio og... og sykepleiere og så liksom. Når vi har fysio på vakt, så kan jo en fysio gå! Så jeg skjønner ikke helt hvordan de gjør det, men det er et sånn puslespill som de må få opp".* I tillegg ville en

terapeut vært kjent med hvor stor del av brukeroppfølgingen som består av utarbeidelse av rapporter, søknader og etterarbeid – noe de ikke alltid opplever å få avsatt nok tid til på arbeidslistene.

### Bruke ressursene på dagtid

Deltakerne opplevde at kompetansen deres ikke ble benyttet riktig ved turnusarbeid, og flere ønsket å samle alle ressursene på dagtid, da kanskje det ville blitt mer effektivt, særlig for å kunne ta avgjørelser når andre arbeidspartnere er på jobb. Dette ble også understøttet med at de opplever at brukerne blir overrasket når de får besøk av terapeutene på kveldstid, særlig i helgene. En deltaker tilføyde: *"Det er jo klart at det er veldig få som ønsker fysio-tilsyn på søndag klokken seks"*. Det er imidlertid deltakere som påpekte at de absolutt ser behovet for terapi også i helgene.

### Faste team til hver bruker

Deltakerne foreslo at én ergoterapeut, én fysioterapeut og én sykepleier har det overordnede ansvaret for oppfølgingen av "sine" brukere – fra start til slutt. Dette vil gi flere gevinster: *"Da må man kommunisere og snakke sammen. Jeg tror vi fysioterapeutene er ganske enig om at vi skulle jobba mer målretta og (...) vært litt færre inne, så ville vi fortsatt kunne jobbe godt tverrfaglig, og brukerne ville blitt raskere bedre"*.

### Fagspesifikke forum

Deltakerne gav uttrykk for et etterlengtet ønske om å få egne fagspesifikke forum. Dette både for å diskutere og få innspill i ulike brukersaker, og for å videreutvikle den spesifikke kompetansen til ergo- og fysioterapeutene. En deltaker sa at avdelingen ikke lar dem "få helt lov" til å ha egne "ergo- eller fysio-møter", men at alt skal være tverrfaglig. En deltaker la til: *"Vi må jo kunne beholde den faglige, spesifikke kompetansen i de enkelte gruppene også... og fysio-møter, altså, for å samle oss som gruppe, og utvikle oss som gruppe faglig, det er så absolutt ønskelig! At det ikke bare skal være fokus på det tverrfaglige"*. Det ble understreket hvor viktig dette er for å bevare yrkesstoltheten. Deltakerne argumenterte også for at det var helt essensielt å både styrke enkeltfagene, og å opprettholde ulike ansvarsområder, samtidig som man fremmer hverdagsmestring.

## 4.0 DISKUSJON

Resultatet legger grunnlag for å diskutere hvilken betydning implementeringen av hverdagsmestring har hatt for ergo- og fysioterapeutenes tenking og arbeidsmåte, samt hva som har hatt betydning for denne endringen. Videre vil jeg drøfte følgende tema; *samarbeidet med sykepleierne, at den helhetlige tjenesten og det faktiske arbeidet må samsvare, fra "ren terapeut" til "superbot" og hvilke forutsetninger som må legges til grunn for tverrfaglig samarbeid.*

### 4.1 Samarbeid med sykepleierne

Funnene i denne studien viser at samarbeidet med pleiegruppen har avgjørende betydning for resultatet av terapeutenes arbeid med egenmestring hos brukerne. Veum (2014) fant også at samarbeidet mellom ergoterapeutene og pleiepersonalet var sentralt i arbeidet med hverdagsrehabilitering. I motsetning til andre studier som rapporterte utfordringer i samarbeidet mellom terapeutene og sykepleiergruppen/hjemmetrenerne, reflekterer denne studien en gjensidig interesse og respekt mellom terapeutene og pleiegruppen, hvor begge parter er ydmyke, stiller spørsmål og lærer av hverandre. Liaaen (2015) sin studie viser på den andre siden at pleiepersonale som jobber med hverdagsrehabilitering også uttrykte positive erfaringer med samarbeidet, da de synes at det var nyttig og interessant å arbeide mer med terapeutene og å lære av dem. Således kan man formode en gjensidig interesse i samarbeidsforholdet. Forskning understreker også at det å ha en positiv holdning til, og å lære av, og utnytte kompetansen til hverandre, er positivt for kvaliteten på tjenesten (Randström et al., 2012). En slik positiv erfaringsutveksling kaller Randström et al. (2012) for en kunnskapssynergi.

Flere tidligere rapporter viste at det vanskelige samarbeidet kunne ha sammenheng med manglende opplæring i hverdagsrehabilitering (Christensen et al., 2014), eller at det var vanskelig å få sykepleierne "inn" i rehabiliteringstankegangen (Navne & Kjellberg, 2013; Tonnesen et al., 2012; Veum, 2014). Kjellberg et al. (2013) og Øygarden (2013) fant også at det handlet om at sykepleierne rett og slett hadde så ulik fagtradisjon fra terapeutene. Terapeutene i Fredericia syntes blant annet det var vanskelig å trene gjennom hjemmetrenerne som var så ulike dem selv, og fikk i tillegg opplevelsen av at hjemmetrenerne følte terapeutene kritiserte arbeidet deres, når de forsøkte å veilede dem (Kjellberg et al., 2011). Dette samsvarer ikke med foreliggende

funn, som viser at tankesettet om hverdagsmestring har blitt godt implementert i avdelingen – og i bydelen for øvrig. I tillegg ble det understreket at *alle* faggruppene er like viktige bidrag inn i det daglige arbeidet. Dette bekrefter at avdelingen som helhet, nå deler det som litteraturen kaller et "felles tverrfaglig verdigrunnlag", som gjenspeiler en gjensidig forståelse og aksept for ulike profesjonskulturer (Ness, 2014c). Uten at det vites hvordan opplæringen foregikk i den aktuelle avdelingen, bør det likevel kunne antas at det å bygge et felles tverrfaglige verdigrunnlag har styrket arbeidet med å utveksle erfaringer og kompetanse på tvers av profesjonene. God opplæring og et felles tverrfaglig verdigrunnlag var også sentralt i Kjellberg et al. (2013) sin rapport, hvor flere av de danske kommunene sa de angret på at de ikke hadde brukt mer tid og ressurser på å etablere et felles, tverrfaglige utgangspunkt fra starten av. I Veum (2014) sin studie varierte det hvordan ergoterapeutene erfarte samarbeidet med hjemmetjenesten, men de som opplevde det positivt, trekker også frem at informasjon fra ledelsen er viktig, slik at alle parter er informert om endringer og hva det innebærer. I likhet med foreliggende studie, fant hun også at det å ha forståelse for hverandre var av betydning for samarbeidet.

Det var påfallende at funnene ikke reflekterer den motor- eller veilederrollen som litteraturen mener er sentral i terapeutenes arbeidsoppgaver (Gustafsson, 2010; Månsson, 2007; Ness et al., 2012; Petterson & Iwarsson, 2015; Tuntland & Ness, 2014; Zingmark, 2013). Det var ikke før terapeutene spesifikt ble spurt om disse arbeidsoppgavene, at noen erkjente at de gjerne var "motorer", men mer for å få helheten i den totale kompetansen i avdelingen, da de har lengre tradisjon for å tenke egenmestring enn sykepleierne. Veum (2014) sin studie samsvarer dog med litteraturen, da veileder- og koordinatorrollen var sentral for ergoterapeutene. Terapeutene i København (Christensen et al., 2014) opplevde også at de alene satt på mye av ansvaret for brukerforløpene, enda de påpekte viktigheten av at alle medarbeiderne hadde et felles ansvar. Det samme fant Tonnesen et al. (2012) i sin rapport. Den foreliggende studien løfter heller frem viktigheten av sykepleiernes rolle i teamet, og hvordan deres kompetanse har en avgjørende og komplementær funksjon for det helhetlige arbeidet med brukerne.

De ulike funnene kan ha flere forklaringer, og i tillegg til å ha et felles tverrfaglig verdigrunnlag og tankesett om hverdagsmestring, kan også organiseringsmodellen være av betydning. Når koordinatorene har ansvar for å fordele avdelingens arbeidsoppgaver på arbeidslister, frigjøres med fordel terapeutenes arbeidstid og kompetanse til å kunne fokusere på direkte arbeid med brukerne, fremfor å koordinere og veilede pleiepersonalet. Dette i motsetning til andre rapporter, hvor flere opplevde at kontorarbeidet og de koordinerende arbeidsoppgavene gjorde at terapeutene fikk mindre tid til direkte arbeid med brukerne – noe som var et savn (Bergen kommune, 2016; Kjellberg et al., 2011; Tonnesen et al., 2012). Samtidig viser funnene i denne studien at terapeutene også opplevde å få arbeidsoppdrag utenfor sitt fagfelt, og til tross for mye direkte arbeid ute hos brukerne, savnet de mer tid til indirekte brukerarbeid på kontoret. Dermed kan en gjerne stille spørsmål ved om terapeutenes kompetanse virkelig kommer brukerne mer direkte til gode med denne typen organisering. Terapeutens forslag om å få terapeutkompetanse blant koordinatorene vil dog kunne bidra til mer helhetlige vurderinger i koordineringen av arbeidsoppdragene. Dette vil følgelig medvirke til at terapeutenes spesifikke kompetanse plasseres på "riktig oppdrag", og at tiden til både det direkte og indirekte arbeidet balanseres mer hensiktsmessig på listene.

Veum (2014) fant forøvrig at det å ha en "eierfølelse" for arbeidet med hverdagsrehabilitering var av betydning for samarbeidet mellom ergoterapeutene og hjemmetjenesten. Dette var ikke sentralt i denne studien, men det at avdelingen og de ulike profesjonene startet opp arbeidet med hverdagsmestring på samme tidspunkt, kan antas å være medvirkende til det velfungerende samarbeidet. Samtidig er det ingen profesjoner som utmerker seg med en mer ledende og veiledende rolle i et spesialisert team. Således kan en argumentere for at en organisasjonsmodell med en slik flat struktur, hvor sykepleierne på lik linje med terapeutene "eier" konseptet hverdagsmestring, også bidrar til at alle ser på hverandre som likeverdige samarbeidspartnere, noe som følgelig opprettholder en positiv kunnskapssynergi.

## 4.2 Den helhetlige tjenesten og det faktiske arbeidet må samsvare

Funnene viser at ved å samle alle tidligere parallelle tjenester inn i én samlet avdeling, opplevde terapeutene at tilbudet til *alle* brukerne i bydelen nå er blitt mer helhetlig og koordinert, noe som er helt i tråd med "Samhandlingsreformens" krav til kommunehelsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Funnene antyder også at brukerne i bydelen nå får rett tjeneste, til rett tid, og på rett sted.

Samtidig er det bemerkelsesverdig at funnene på den andre siden viser at turnusen fører til det motsatte – at det direkte arbeidet med brukerne blir mer fragmentert og uoversiktlig, noe som i sin tur er i strid med "Samhandlingsreformens" krav om mer helhetlige pasientforløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Ergo er det ikke bare den "formelle" organiseringen og samkjøringen av tjenester som er av betydning for terapeutenes arbeidsmåte, men også hvordan avdelingen i praksis tilrettelegger for dette i den daglige arbeidshverdagen. Funnene viser at turnusarbeidet gjør at "alle deler på alle", noe som var frustrerende fordi terapeutene mister oversikt og kontinuitet i brukeroppfølgingen. Fürst og Høverstad ANS sin rapport (2014) anerkjenner at tverrfaglig samarbeid er ressurskrevende nettopp fordi ulike faggrupper må samordne sin innsats og sikre at brukertilnærmingene følger en "rød tråd". Funnene illustrerer dog at den røde tråden mangler fordi det er koordinatorene, og ikke terapeutene selv, som organiserer arbeidsoppdragene sine dag for dag. Således kan en si at mye av ansvaret for å sikre kontinuiteten i brukerforløpene dermed er flyttet fra terapeutene, og over på koordinatorene.

Noen funn reflekterte en ambivalens hos terapeutene, da de også påpekte mange fordeler med at "alle jobber med alle". Det å kunne dele på det totale ansvaret, og å få flere øyne som vurderer bruker gikk igjen i fokusgruppene. Disse fordelene løftet også Stjørdalen kommune frem, som i tillegg mente det å dele på brukerne fremmet fleksibilitet i teamets totale arbeidsflyt (Brattaas & Moe, 2015). På den måten var det alltid *noen* som var kjent med brukernes mål og opplegg, og kunne påta seg de aktuelle oppgaver ved neste hjemmebesøk. Sistnevnte er i likhet med foreliggende funn, noe som kan anses som en forutsetning for at turnusarbeid for terapeutene i det hele tatt skal fungere.



Til tross for de nevnte fordelene var det ønskelig blant terapeutene i dette studiet å organisere faste team bestående av én representant fra hver av de tre faggruppene rundt hver bruker. Dette er mer i tråd med "Primærhelsetjenestemeldingen" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) som mener brukerne bør tilbys mer teambaserte tjenester for å unngå fragmenterte tjenester. På den andre siden vil faste team gjøre arbeidssituasjonen mindre fleksibel når ikke "alle kjenner alle", særlig når terapeutene arbeider i turnus her i avdelingen. Rapporten fra København viser imidlertid også at det var ønskelig å ha faste team med tre involverte faggrupper (Christensen et al., 2014). I tillegg anbefalte de å ha rutinemessige møter for teamet for å holde kontinuiteten vedlike. Terapeutene i foreliggende studie hevdet også at de kunne sikre overnevnte fordeler gjennom mer velfungerende møtestruktur, samt ved å spørre andre ansatte om deres synspunkter og råd når behovet melder seg. Terapeutene påpekte også at faste team ville vært mer forutsigbart både for brukeren og terapeutene selv, samtidig som det tverrfaglige samarbeidet innad i teamet ville blitt enda tettere og mer effektivt. Det kan imidlertid argumenteres for at forslaget om å få faste team kan være en reaksjon for å få tilbake noe av kontrollen over det daglige arbeidet de har mistet som følge av arbeidslistene.

Det er verdt å bemerke at forslaget om å ha faste team verken reflekterer den brukerorienterte tenkingen til terapeutene, eller støtter opp under ønsket om å få brukt kompetansen mer hensiktsmessig. Én måte å løse nevnte utfordringer på, samtidig som man sikrer brukermidvirkningen, er å la brukernes behov styre teamsammensetningen, slik som noen beskrev i Øygarden (2013) sin studie. Månsson (2007) understreker også at det varierer hva brukeren trenger, og dermed er det også behovet som skal rettlede hvordan teamet bør settes sammen. Hun presiserer at det er denne delen av verdigrunlaget som understyrker at det nettopp er brukers behov som skal være styrende for hvem som gjør hva (Månsson, 2007). Dette samsvarer også med "Morgendagens omsorg" som påpeker viktigheten av å både fremme brukernes medvirkningsansvar, og den enkeltes muligheter og ressurser til selv å påvirke eget liv og helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Dessuten vil løsningen forsterke det målrettede arbeidet med brukermidvirkning *både* på system- og på individnivå. Øygarden (2013) fant også at kommunen som lot brukerbehovet styre teamsammensetningen, også opplevde at ressursene ble bedre fordelt som følge av

denne organiseringen. Altså er det ikke behov for ergoterapeut, så er det heller ikke riktig at ergoterapeuten utføre pleieoppgaver, bare fordi man "tilhører teamet og kjenner bruker best". Denne organiseringen vil følgelig bidra til at terapeutenes kompetansen får komme mer til nytte når den anvendes der den faktisk trengs.

Diskusjonen poengterer at den praktisk organiseringen "på gulvet" også bør gjenspeile den helhetlige og brukerorienterte tjenesten bydelen nå faktisk har klart å implementere.

#### **4.3 Fra "ren terapeut" til "superbot"**

Funnene i dette studiet viser at terapeutene har utvidet sitt kunnskapsfelt etter implementering av hverdagsmestring. Brukermedvirkning, funksjon og egenmestring av hverdagsaktiviteter har fått økt fokus både i tenking og arbeidsmåte. Terapeutene fortalte at de tenkte på disse momentene også tidligere, men arbeidet dog mer isolert med sine avgrensede og "rene" terapeutoppgaver. Litteraturen påpeker viktigheten og betydningen av at alle fagutøvere rundt den aktuelle brukeren har eierskap til verdigrunnet og tankesettet om hverdagsmestring, og har samme forståelse for arbeidsformen, og jobber mot de samme målene (Tuntland & Ness, 2014). Resultatene i denne studien tyder på at terapeutene både identifiserer seg med, og nå arbeider i tråd med dette verdigrunnet.

Funnene kan ha flere forklaringer, men endringen kan ses i sammenheng med at ledelsen, avdelingen, og hele bydelen, nå har forståelse for, og prioriterer egenmestring i arbeidshverdagen, noe som forsterker dette tankesettet hos terapeutene. Med slike rammer er det også lettere for terapeutene og de øvrige i avdelingen å prioritere, og sette av den tiden som brukermedvirkning og egenmestring faktisk krever. Altså viser funnene at alle i avdelingen, uavhengig av faggruppe, tenker og arbeider mot samme mål – hverdagsmestring. Forskning på tverrfaglige team som arbeider for å fremme selvstendighet hos eldre, påpeker også det at teamets tilnærming fremstår fra en helhet, ikke bare utøvelsen av en spesifikk faggruppe (Randström et al., 2012). Månsson (2007) konstaterer også, basert på lengre erfaringer med hverdagsrehabilitering i Östersund, at rehabilitering skal utvikles til å bli en måte å være, å tenke og forholde seg til – ikke noe spesielt ved noen tilfeller.

Samtidig viser funnene at det tverrfaglige samarbeidet nå har gitt terapeutene økt kunnskap om øvrige faggruppers kompetanse, og dermed evner de bedre å spille på hverandre for å oppnå felles mål hos bruker. Zingmark (2013) påpeker betydningen av at alt personalet som arbeider med hverdagsrehabilitering må anses som rehabiliteringspersonale for at implementeringen skal være suksessfull. Om ikke akkurat "rehabiliterings"-personale, så var det gjennomgående i funnene at terapeutene fortalte at alle, uavhengig av faglig bakgrunn, nå fokuserer på å trene og bistå brukerne i å mestre hverdagslige aktiviteter.

Funnene viser at overnevnte endring i tankesett i avdelingen og samarbeidspartnere også har ført til at terapeutene nå arbeider mer spesifikt med et ressursperspektiv, og fokuserer på de hverdagsaktivitetene som skal fungere for bruker. Dette er i tråd med de politiske målene om en omsorgstjeneste som utnytter de ressurser, evner og muligheter brukerne selv har til å mestre hverdagen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Randström et al. (2012) drøfter også viktigheten av å øke teamets bevissthet om å fokusere på rehabiliteringspotensiale og ressurser, og hvilken rehabiliteringsverdi hverdagsaktiviteter har. Det var dog påfallende at terapeutene i foreliggende studie snakket lite om "rehabilitering", men heller om "egenmestring" og "å få ting til å fungere hjemme". Funnene reflekterer således at det ikke alltid handler om å rehabilitere for å gjøre brukerne helt selvstendige igjen, men at terapeutene og de øvrige i teamet arbeider for å bistå brukerne til å få hverdagen til å fungere optimalt for dem. Dette samsvarer med St.meld. nr. 21, "rehabiliteringsmeldinga" (Sosial- og helsedepartementet, 1998), som også påpeker at rehabilitering ikke skal likestilles med "å gjøre frisk", men at målsetningen bør være at den enkelte kan oppnå og vedlikeholde "sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle og sosiale funksjonsnivå". Litteraturen sier også at hverdagsmestring som styrende tankesett fokuserer på den enkeltes mestring *uansett* funksjonsnivå (Tuntland & Ness, 2014). Det kan følgelig argumenteres for at dette fokuset er forsterket fordi terapeutene nå arbeider for at tankesettet om hverdagsmestring skal nå ut til *alle* bydelens brukere, og ikke kun til brukere som tidligere matchet hverdagsrehabiliteringens inklusjonskriterier. Ved å arbeide med egenmestring også hos de dårligste brukerne, som ofte har behov for vedlikehold av funksjon og mestringsevne, har terapeutene gjerne lært seg å fokusere enda mer på ressurser og muligheter nå.

Som følge av at terapeutene nå arbeider med en utvidet brukergruppe, får de også bedre innblikk i hvor sammensatte problemstillingene hos brukerne kan være, og påpeker hvor mange ulike måter de kan arbeide på for å nå målene til brukerne på. Det dreier seg ikke bare om å trene fysisk i aktuelle hverdagsaktiviteter, men man skal legge til rette for mestring med ulike redskap. I den sammenheng viser funnene at terapeutenes arbeidsmåte nå handler om hvordan de forholder seg til både fysisk trening, hjelpemidler og brukers øvrige behov. Således anerkjenner terapeutene nå bruken av hjelpemidler på en annen måte en før, gjerne fordi det nå er et mer "legitimt" redskap å anvende, så lenge brukers ønsker og mål er i fokus. Altså vil en trappeheis bistå noen i å komme seg ut, om det er det brukeren anser viktig. Det å få hjelp fra hjemmesykepleien til nedentilstell vil frigjøre energi til trening på oventilstell senere – om det er det som er viktig for en annen bruker. Funnene til Veum (2014) viser uenighet blant ergoterapeutene om bruk av hjelpemidler, da noen mente hjelpemidler er en sentral del av rehabiliteringen og et middel for trening, og at hjelpemidler fungerer som et supplerende redskap for å nå aktivitetsmål. Andre derimot, mente man bør redusere bruken, og heller fokusere på individuelle løsninger. Foreliggende funn illustrerer dog at valg av tiltak uansett skal være individuelle løsninger som imøtekommer og aktiverer brukernes ressurser og ønsker, noe som ikke nødvendigvis utelukker hjelpemidler.

Funnene presenterer flere positive sider av at terapeutene nå tenker som en "superbot" i møte med brukerne. Dette var imidlertid utfordrende for terapeutene, da avdelingen på den andre siden legger opp til at de også nå *arbeider* som "superboter". Terapeutene opplevde å få arbeidsoppgaver utenfor sitt fag- og kompetansefelt, og de følte at "alle gjør alt". Særlig ubehagelig var det når de fikk arbeidsoppgaver de ikke har kompetanse til, og føler seg utrygge i å utføre. I likhet med funnene i denne studien, fant også Kjellberg et al. (2011) at terapeutene i Fredericia opplevde å få tildelt en del brukere uten rehabiliteringspotensiale, og dermed endte opp å bruke tid og ressurser på "alminnelige pleieoppgaver". Samtidig ble det også rapportert utfordringer med uavklarte roller og arbeidsoppgaver mellom terapeut og øvrig personalet i prosjektet, noe de opplevde stressende. Månsson (2007) argumenterer også for at det å ha uklart ansvar i forhold til kartlegging og oppfølging, vanskeliggjorde samarbeidet mellom terapeutene og hjemmepleiepersonalet i Östersund.

Samtidig viser funnene at uforutsigbare arbeidslister og overlappende arbeidsoppgaver som er utenfor kompetanseområdet deres, gjorde terapeutene utrygge i arbeidet sitt. Et interessant moment er at studier viser at også sykepleiere, på den andre siden, også føler seg utrygge i nye arbeidsoppgaver, som rehabilitering og trening (Randström et al., 2012), noe som gjerne understøtter behovet for klarere arbeidsoppgavefordeling profesjonene imellom. Det må dog påpekes at satsingen på hverdagsmestring og -rehabilitering forutsetter at sykepleierne skal arbeide mer rehabiliterende og med trening, men at det ikke er et mål i seg selv at terapeuter nå skal påta seg medisinhåndtering. Forskningen av Randström et al. (2012) bekrefter at det å delegere og å være klar på arbeidsoppgavene er en viktig forutsetning for å være trygg i rollen sin når man rehabiliterer. Veum (2014) avdekket delte meninger om å ta av hverandres fagfelt, men de ergoterapeutene som opplevde det positivt å overlapse arbeidsoppgavene til hverandre, påpekte også at det er viktig å være trygg på egen kompetanse og fagidentitet – særlig ved uavklarte roller. Teamet i Stjørdalen kommune jobbet med et mål om at alle skulle kunne gjøre alle oppgaver, men presiserte at de hadde etablert en trygghet mellom de ulike yrkesgruppene og hverandres kompetanse, og at det dermed ikke var noen interne behov for profesjonskamp (Brataas & Moe, 2015). Bredal, Linge & Vik (2011) sier at trygg forankring i eget fag styrker fagidentitet og selvtillit, og er en forutsetning for å stille seg åpen overfor andre i samarbeidssituasjoner. Trygghet viser seg også å være sentralt i denne studien, hvor terapeutene understrekte viktigheten av å være trygg og tydelig på egen kompetanse for å unngå at fagfeltene skled mer over i hverandre.

Kjellberg et al. (2011) råder, på bakgrunn av erfaringene i Fredericia, at terapeuter bør ha veldefinerte arbeidsoppgaver for å oppnå tilfredsstillende arbeid. Dessuten understreker Bredal et al. (2011) at et tverrfaglig arbeid må skille mellom *kan-områder*, og *må-områder* som forutsetter fagspesifikk kompetanse. Dermed er det et poeng at arbeidsplassen legger til rette for at de fagspesifikke oppgavene utføres av dem som kan de best, og at *kan-områdene* tilsynelatende kan fordeles på andre faggrupper.

#### 4.4 Forutsetninger for tverrfaglig samarbeid

Funnene illustrerer at tverrfaglig samarbeid er en nøkkelfaktor i den positive endringen i arbeidsmåten til terapeutene, og det er noen momenter som viser seg å være særlig av betydning for denne endringen.

Blant annet beskriver funnene i studien at tankesettet om hverdagsmestring nå er nedfelt i et velfungerende kartleggingsverktøy, som er en arbeidsmåte som *både* ivaretar helhetlig tenking, tverrfaglig samarbeid og ivaretar brukers ønsker. Kartleggingssituasjonen fremstår som en sentral arena for læring mellom de ulike yrkesgruppene, noe som også gjorde dem mer bevisst å spille på hverandres kompetanse. Følgelig opplevde de å arbeide mer utfyllende i kartleggingssituasjonen, og ellers i avdelingen. Dette er i stor kontrast til tidligere, når både ergo- og fysioterapeutene fortalte at de eksempelvis kunne sende avgårde hjelpemiddelsøknader fordi andre aktører hadde "bestilt" dem. Noen ganger ble dette gjort uten å støtte seg til noe form for kartlegging av brukerne. Ergo hadde de ikke rammevilkår som "tillot" dem å prioritere og bruke tid på kartlegginger som kanskje kunne ha avdekket at "brukeren ikke trengte hjelpemiddelet likevel". Nå derimot, har terapeutene, og hele avdelingen, et felles verdigrunnlag om hverdagsmestring, som prioriterer og anerkjenner den tid og ressurser en grundig og tverrfaglig kartlegging krever. Således har terapeutene de rammene som gjør det mulig å få oversikt over brukernes totalsituasjon. Veum (2014) fant imidlertid at ergoterapeutene også lettere oppdaget ting med å "se med egne øyne" ute hos brukerne, noe som også kan anses sentralt i foreliggende studie. Først nå har ergo- og fysioterapeutene både verktøy og tid til å selv ta flere av disse vurderingene.

Det at avdelingen har et helhetlig kartleggingsverktøy som er felles for faggruppene, var også av betydning for det velfungerende samarbeidet rundt kartleggingssituasjonen. Verktøyet som er basert på momentene i ICF "tvinger" terapeutene til å også vurdere de områder utenfor eget kompetansefelt – også den sykepleierfaglige delen, om det skulle være aktuelt. Randström et al. (2012) løfter også frem ICF som rammeverk for å kommunisere viktige faktorer i rehabiliteringstjenester. I følge Bredal et al. (2011) gir ICF-modellen en kompleks forståelse for hvor sammensatt og dynamisk en persons helse er, og beskriver konsekvensene av sykdom/skade for en person, og bør derfor ligge til grunn for en hver rehabiliteringsprosess. Det kan argumenteres for at

kartleggingsverktøyet er av betydning for at terapeutene nå tenker som "superboter". Følgelig har dette ført til at målene også bli mer heldekkende, og tar for seg hele funksjonen til bruker, og ikke "bare" trappetrening eller påkledning.

På den andre siden reflekterer funnene at noen terapeuter også ønsket å benytte de fagspesifikke verktøyene de tidligere brukte, som SPPB og COPM. Andre rapporterer dog en del utfordringer med å bruke mer fagspesifikke verktøy i de tverrfaglige kartleggingene, da det kan oppstå konflikter om "eierskap" og vanskeligheter med at for eksempel pleiegruppen skal bruke kartleggingsverktøy de i utgangspunktet ikke kjenner til. I Danmark bruker flere kommuner det ergoterapifaglige verktøyet "aktivitetssirkelen" som grunnlag for førstegangssamtalen med brukerne i hverdagsrehabiliteringsprogrammet. Der opplevde imidlertid terapeutene at samtalen ble oppstykket når hjemmetrenerne skulle fylle ut skjemaet sammen med bruker. Dette fordi hjemmetrenerne ikke helt selv visste hvordan utfyllingen foregikk, slik at ergoterapeuten som "eide" verktøyet måtte korrigere underveis i samtalen (Christensen et al., 2014; Navne & Kjellberg, 2013). Utfordringer var det også i Veum (2014) sin studie, som viser at det oppsto et spenningsforhold mellom ergoterapeuter og øvrige i teamet i diskusjonen om hvem som skulle fylle ut COPM, som i utgangspunktet er et ergoterapeutisk verktøy. Følgelig kan det tenkes at det å arbeide med et helt nytt, og tverrfaglig anlagt kartleggingsverktøy som alle "eier", slik som i denne studien, er en fordel for å unngå "gnissinger" som mellom profesjonen i forbindelse med gjennomføringen.

Funnene viser at det nye verktøyet på avdelingen fungerer såpass bra, at en også kan undres over hvorfor terapeutene ønsker bruk av mer fagspesifikke verktøy. Er det for å ivareta brukerne eller terapeutenes interesser? I følge terapeutene fungerte verktøyet godt for å avdekke alle de utfordringer, ønsker og mål brukerne innehar. På den andre siden, ville fagspesifikke verktøy underbygget terapeutenes yrkesidentitet, og bidratt til at de fikk utnyttet mer av egen spesifikke kompetanse. Samtidig kan funnene vise til en positiv ringvirkning fra den velfungerende kartleggingssituasjonen de har nå, da det tverrfaglig og utfyllende samarbeidet også forplanter seg i det videre arbeidet på

avdelingen. Dermed bør en være oppmerksom på at bruk av fagspesifikke verktøy kan skape sprekker i det tverrfaglige fundamentet som foreligger, og følgelig bidra til at terapeutene går mer inn i "fysio- og ergo-boblen" igjen.

Felles fysisk arbeidslokaler fremstår sentralt i funnene, noe som *også* er av betydning for arbeidsmåten til terapeutene, da særlig for å opprettholde tverrfagligheten i det daglige arbeidet. Månsson (2007) erfarte også at den geografiske nærheten mellom terapeutene og øvrige i teamet var et sentralt moment i samarbeidet, da muligheten for korte daglige møter og spørsmål opplevdes positivt. Brataas & Moe (2015) og Veum (2014) ser også at de fysiske omgivelsene var en viktig og positiv faktor for å skape teamfølelse og for å få god kontakt med øvrig ansatte på avdelingen. Forskning av Randström et al. (2012) bekrefter betydningen av å være i samme lokalet, og sier i likhet med deltakerne i dette studiet; "You can always talk to someone, and that is what makes it work" (s. 29). Det å være tilgjengelig for hverandre i arbeidshverdagen, ha kort vei å gå for å stille spørsmål eller småprate, muliggjør altså god kommunikasjon og kontinuitet i det tverrfaglige samarbeidet.

Det synes å være flere momenter som er vesentlige for å opprettholde kontinuitet i den tverrfaglige arbeidsmåten til terapeutene. Selv om terapeutene og sykepleierne nå er samlet under samme tak, savnet de likevel en mer velfungerende tverrfaglig møtearena for drøfting av brukernes oppfølging. Tidspunktet for de tverrfaglige møtene fungerte ikke i den praktiske arbeidshverdagen, da tidspress førte til at de ikke kunne prioritere møtene. Dermed opplevde terapeutene at møtene ikke får den "samlende" funksjonen de er tiltenkt fra ledelsen. Forskning viser imidlertid at det å ha en møteplass for gode diskusjoner er viktig for godt samarbeid og faglig utvikling (Randström et al., 2012). Flere av de øvrige studiene avdekket vanskeligheter i det tverrfaglige samarbeidet, rapporterte nettopp mangel på et felles forum for dem å kommunisere og diskutere brukerne (Christensen et al., 2014; Navne & Kjellberg, 2013). Flere påpekte i den sammenheng at det er uheldig at pleiegruppen jobber i turnus, noe som gjør at samarbeidet mellom dem og terapeutene blir mindre robust (Kjellberg et al., 2011; Stavanger kommune, 2013; Øygarden, 2013). Selv om funnene i foreliggende studie



viser at både felles fysiske omgivelser, og felles arbeidstider, er av betydning for at terapeutene nå arbeider mer tverrfaglig, krever det at ledelsen også lager rammer som setter det daglige samarbeidet enda mer i struktur.

Selv om funnene reflekterer positive erfaringer med den tverrfaglige arbeidsmåten, er det likevel viktig for terapeutene å opprettholde faggrensene mellom dem og pleiegruppen. Terapeutene erfarte at overlappende arbeidsoppgaver gradvis hvirket ut yrkesgrensene, noe som ansås som et faremoment for at terapeutenes kompetanse ikke skulle komme brukerne tilstrekkelig til gode. Således kan en gjerne se at terapeutenes ønske om å opprette fagspesifikke forum for både kompetanseutvikling og drøfting av brukerne, er en respons på dette dilemmaet. Socialstyrelsen (2007) og Stavanger kommune (2013) viser også at terapeutene savnet kompetanseutvikling. I likhet med foreliggende studie, uttrykket de høyskoleutdannede i Stavanger at de opplevde å lære mer om andre i teamet, men ikke om eget felt (Stavanger kommune, 2013). Samtidig viser rapportene at det var flere terapeuter som ønsket å bevare noe av den fagspesifikke tilhørigheten ved å påta seg arbeid i de respektive fagavdelinger (Kjellberg et al., 2011; Stavanger kommune, 2013). Redberg (2008) fant også at terapeutene ønsket å få flere møter med andre terapeuter i kommunen for å kunne dele erfaringer. I Fredericia begrunnet terapeutene dette ønsket med å få arbeide mer med direkte rehabilitering av brukerne (Kjellberg et al., 2011). Fagspesifikke forum ville understøttet terapeutenes kompetanseutvikling, og bidratt til å opprettholde en større kontinuitet og flyt i brukerforløpene. Dessuten ville det fungert som en samhandlingsarena for å høre andre terapeuters synspunkt og vurderinger i gitte brukerforløp, og dermed kompensert for det positive med at "alle deler på alle brukene". I tillegg ville det styrket yrkesidentiteten, og lettet terapeutenes søk etter balanse mellom "superboten" og den "rene terapeut". Følgelig kan det argumenteres for at både tverrfaglig, så vel som fagspesifikk, satsning anses som en forutsetning for at det tverrfaglige samarbeidet i hverdagsmestring skal fungere.

#### **4.5 Forslag til videre forskning**

Resultatet fra denne studien er på ingen måte uttømmende, og det er behov for mer forskning på hvordan ergo- og fysioterapeuter erfarer å arbeide med hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Det hadde vært av interesse å studere terapeuter som jobber med "spesialistmodellen", hvor teamet selv organiserer det daglige arbeidet med hverdagsrehabilitering. Samtidig er det aktuelt å undersøke hvordan terapeuter opplever å arbeide i en kommune eller bydel med mer avgrensede arbeidsoppgaver, og gjerne gjøre observasjoner og vurdere hvordan arbeidsoppgavene faktisk matcher kompetansen til yrkesgruppene. Det kunne også vært spennende å se nærmere på betydningen av valg av kartleggingsverktøy, for å se hvordan dette influerer det tverrfaglige samarbeidet og den helhetlige tilnærmingen til bruker. Ettersom terapeutene opplever at brukeroppfølgingen blir fragmentert, vil et forslag om videre forskning på brukernes opplevelser av denne organiseringen være høyst aktuell.

#### **4.6 Metodiske refleksjoner**

Metodelitteraturen understreker viktigheten av å stadig stille spørsmål ved de ulike valgene man tar gjennom en forskningsprosess. Som Malterud (2011) påpeker, kan forskeren aldri slå fast at resultatene er gyldige eller sanne, men kan vise til de overveielser og begrunnelser som er gjort for at resultatet har blitt som det har blitt.

I følge Malterud (2012) vil overførbarheten ved kvalitative studier begrenses av konteksten til fenomenet, og resultatet vil derfor kun avspeile avgrensede deler av virkeligheten vi undersøker. En begrensning i denne studien er at det empiriske datamaterialet kun springer ut fra én bydel, av totalt 146 norske kommuner som arbeider med hverdagsrehabilitering/hverdagsmestring. I rekrutteringsprosessen ble det vurdert å rekruttere terapeuter også fra andre kommuner. Det ble imidlertid prioritert å gå mer i dybden i én bydel med lengre erfaring med denne modellen, fremfor å sammenligne eller sammenfatte resultat fra flere kommuner. I den forbindelse er det viktig å poengtere at i motsetning til kvantitative studier, vil ikke overførbarheten øke proporsjonalt med antall enheter eller deltakere i materialet (Malterud, 2011). I kvalitative studier kan situasjonen være motsatt, da et for stort antall deltakere kan føre til et uoversiktlig materiale og en overfladisk analyse. At én terapeut for eksempel måtte avlyse, behøver derfor ikke å være utslagsgivende for resultatet.

Studier med eksplorerende formål har sjelden til hensikt å kunne gi en heldekkende beskrivelse av alle alternative perspektiver, tolkninger og forståelser av fenomenet man studerer (Malterud, 2012). Dermed er ikke målet at resultatene slavisk skal overføres til andre kommuner. Tatt i betraktning hvor mange ulike måter man organiserer og arbeider med hverdagsrehabilitering på, vil direkte overførbarhet være tilnærmet umulig. Gjerne viktigere er det som Malterud (2011) sier, at funnene sier noe om hvilke muligheter, begrensninger og betingelser som er av betydning for at studiens resultat faktisk kan være gyldig i andre kommuner.

Grunnet praktiske årsaker i den aktuelle bydelen ble ikke anbefalingen fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) angående rekruttering, tatt til etterretning. Deltakerne burde meldt frivillig deltakelse direkte til forsker, fremfor at koordinator ba dem si fra om de *ikke* ville delta. Det kan stilles spørsmålsteget ved om deltakerne dermed følte de ikke hadde noe valg, eller ikke turte si ifra, om de ikke ville delta. Alle deltakerne deltok imidlertid i samtalene, selv om noen deltakere uttrykte sine erfaringer med færre ord enn andre. Samtidig var deltakerne frittalende, og både positive og negative aspekter ved hverdagsmestring kom frem. Således kan det antas at rekrutteringen ikke influerte datainnsamlingen.

Tross de nevnte begrensninger i studiet vurderes det dog at funnene kan være gyldig for å forstå hvordan terapeuter kan erfare å arbeide med hverdagsmestring, og kan anvendes i forbindelse med utvikling av hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring i øvrige kommuner i Norge med lignende kontekst.

## 5.0 KONKLUSJON

Denne studien viser at selv om litteraturen omtaler terapeutene som "rehabiliteringsprofesjoner", er også deres tenking og arbeidsmåte endret som følge av implementeringen av hverdagsmestring. Når tankesettet om hverdagsmestring er forankret i hele avdelingen, også ledelsen, skapes dermed de nødvendige rammene for at terapeutene kan fremme hverdagsmestring i deres daglige arbeid. Studien gir en god illustrasjon av at ingen profesjoner er overlegne i arbeidet med hverdagsmestring, og at alles bidrag er like viktige for å oppnå en helhetlig tilnærming til brukerne. Det er derfor avgjørende at også hver enkelt yrkesgruppe, ergo- så vel som fysioterapeuter, får rom for å utvikle og holde den spesifikke kompetansen vedlike, slik at kvaliteten på deres bidrag opprettholdes inn i det tverrfaglige arbeidet.

## LITTERATURLISTE

- Balteskard, B. (2008) Hjem, tilhørighet og sted – den gamle, syke pasientens livsbetingelser. I: Hauge, S. & Jacobsen, F. F. (Red.) *Hjem. Eldre og hjemlighet*. (s. 69-86) Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Bergen kommune (2016) *Utprøving av hverdagsrehabilitering i Bergen kommune*. Evalueringsrapport. Bergen: Bergen kommune.
- Brattaas, H. V. & Moe, A. (2015) *Hverdagsrehabilitering: en pilotstudie om teambasert planlegging og innføring av Stjørdalsmodellen*. (Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 8/2015)
- Bredal, E. L., Linge, O. A. & Vik, K. (2011) *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. (3. Utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Burton, E., Lewin, G., & Boldy, D. (2013) Barriers and motivators to being physically active for older home care clients. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*.
- Christiansen, C. & Townsend, E. (2010). An introduction to occupation. I Christiansen, C. & Townsend, E. (Ed.), *Introduction to occupation the art and science of living*. (2. Utg.) (s. 1-35) New Jersey: Pearson.
- Christensen, U., Malling, G. & Christensen, B. (2014) *Hverdagsrehabilitering: Rapport fra en kvalitativ undersøgelse*. København: København kommune.
- Fürst & Høverstad ANS (2014) *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. (KS FoU-prosjekt nr. 134027. Sluttrapport)
- Fänge, A. & Ivanoff, S. D. (2008) The Home is the Hub of Health in Very Old Age: Findings from the ENABLE-AGE Project. *Archives of gerontology and geriatrics*, 48(3), 340-345.
- Gustafsson, U., Gunnarson, B., Sjøstrand, Å. B. & Gran, B. (2010) *Hemrehabilitering for äldre i olika stora kommuner*. (FOU-Rapport 2010:11) Kronoberg: Socialstyrelsen.
- Haak, M., Fänge, A., Iwarsson, S. & Ivanhoff, S. D. (2007) Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of occupational Therapy*, 14, 16-24.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47 (2008-2009) Oslo: Departementets servicesenter.

- Helse og omsorgsdepartementet (2013) *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 (2012 - 2013) Oslo: Departementets servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 (2014-2015) Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30.
- Hverdagsrehabilitering (24. februar 2016) Hverdagsrehabilitering, Offentlig Facebook-gruppe. Hentet 23. mai 2016 fra <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10156498251770109&set=gm.1268797753146891&type=3&theater>
- Iwarsson, S., Wahl, H. W., Nygren, C., Oswald, F., Sixsmith, A., Sixsmith, J., ... & Tomsone, S. (2007) Importance of the home environment for healthy aging: Conceptual and methodological background of the European ENABLE-AGE Project. *The Gerontologist*, 47(1), 78-84.
- Jarman J. (2010) What is Occupation? Interdisciplinary Perspectives on Defining and Classifying Human Activity. I: Christiansen, C. H. & Townsend, E. A. (Red.) *Introduction to Occupation. The Art and Science of Living*. (2. Utg.) (s. 81-100) USA: Pearson.
- Johannesen, A., Petersen, J. & Avlund, K. (2004) Satisfaction in Everyday Life for Frail 85-year-old Adults: a Danish Population Study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11, 3-11.
- Johansen, I., Lindbæk, M., Stanghelle, J. K., & Brekke, M. (2012) Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation—an open comparative study. *Disability and rehabilitation*, 34(24), 2039-2046.
- Johansson, G., Eklund, K., & Gosman-Hedström, G. (2010) Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 17(2), 101-116.
- Kielhofner, G. (2008) *Model Of Human Occupation. Theory and application*. (4. Utg.) Chicago: Lippincott Williams & Wilkins.

- King, A. I., Parsons, M., Robinson, E. & Jorgensen, D. (2012) Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial. *Health & Social Care in the Community*, 20(4), 365-374.
- Kitzinger, J. (2005) Focus group research: using group dynamics to explore perceptions, experiences and understandings. I: Holloway, I. (Red.) *Qualitative research in health care*. (s. 56-69) England: Open University Pres.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R. & Kjellberg, K. (2011) *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune*. Rapport. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kjellberg, P. K., Hauge-Helgestad, A., Madsen, M. H. & Rasmussen, S. R. (2013) Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet. Rapport. Odense: Socialstyrelsen.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009) *Focus groups: A practical guide for applied research*. (4. Utg.) London: SAGE Publications.
- Lackie, R. & Bisset, L. (2012) The power of home rehabilitation: a single case study. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 19(12), 697-703.
- Lewin, G., Miguel, K. D. S., Knuiman, M., Alan, J., Boldy, D. & Hendrie, D. (2013a) A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults. *Health and Social Care in the Community*, 21(1), 69-78.
- Lewin, G., Alfonso, H. & Alan, J. (2013b) Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. *Clinical interventions in aging*, 8, 1273-1281.
- Liaaen, J. (2015) *Professional carers' experiences of working with reablement*. (Masteroppgave) Høgskolen i Sør-Trøndelag, Trondheim.
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2012) Kvalitativ innehållsanalys I: Granskär, M. og Höglund-Nielsen, B. (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2. Utg.) (s. 187-201) Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. (3. Utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Månsson, M. (2007) *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?* (2. Utg.) Stockholm: Gothia Förlag.

- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2014) *Folkehelse rapporten 2014 – Helsetilstanden i Norge*. (Rapport 4/2014) Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Navne, L. E. & Kjellberg, P. K. (2013) *Aktiv i din Hverdag i Hillerød kommune: en organisatorisk evaluering*. København: KORA.
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, K. & Butli, H. (2012) *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Prosjektgruppe Hverdagsrehabilitering i Norge. Samarbeid mellom Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Sykepleierforbund.
- Ness, N. E. (2014a) Hva er utfordringene for norske kommuner? I: Tuntland, H. & Ness, N. E. (Red.) *Hverdagsrehabilitering*. (s. 42-52) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ness, N. E. (2014b) Hvordan organisere hverdagsrehabilitering? I: Tuntland, H. & Ness, N. E. (Red.) *Hverdagsrehabilitering*. (s. 157-169) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ness, N. E. (2014c) Hvordan samarbeide om viktighetsområder? I: Tuntland, H. & Ness, N. E. (Red.) *Hverdagsrehabilitering*. (s. 118-137) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU 2011: 11 (2011) *Innovasjon i omsorg*. NOU 2011:11. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Orellano, E., Colón, W. I. & Arbesman, M. (2012) Effect of Occupation- and Activity-Based Interventions on Instrumental Activities of Daily Living Performance Among Community Dwelling Older Adults: A systematic review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 292-300.
- Parsons, J. Rouse, P., Robinson, E., Sheridan, N. & Connolly, M. (2012) Goal setting as a feature of homecare services for older people: does it make a difference? *Age & Ageing*, 41(1), 24-29.
- Pettersson, C. & Iwarsson, S. (2015) *Vardagsrehabilitering: en kunnskapsöversikt*. Sverige: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter,
- Rabiee, P. & Glendinning, C. (2011) Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference? *Health & Social Care in the Community*, 19(5), 495-503.
- Rambøll (2011) *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene*. Rapport IS-0343. Oppdrag fra Helsedirektoratet.
- Rambøll (2012) *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø*. Rapport IS-0365. Oppdrag fra Helsedirektoratet.



- Randström, K. B., Wengler, Y., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). Working with 'hands-off' support: a qualitative study of multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation for older people. *International journal of older people nursing*, 9(1), 25-33.
- Redberg, P. (2008) *Arbetsterapeuters och sjukgymnasters syn på projekt HemRehabs inledningskede*. Utvärderingsrapport. Borås: ÄldreVäst Sjuhärad.
- Riksrevisjonen (2012) *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten*. (Dokument 3/11 (2011-2012))
- Ryburn, B., Wells, Y. & Foremann, P. (2009) Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health and Social Care in the Community*, 17(3), 225-234.
- Socialstyrelsen (2007) *Rehabilitering för hemmaboende äldre personer*. Artikkel. Sverige: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013) *Evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne: litteraturgennemgang*. Odense: Socialstyrelsen.
- Sosial- og helsedepartementet (1998) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskaplig rehabiliteringspolitikk*. (St.meld. nr. 21 (1998-99)) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/?ch=1&q=>
- Stav, W. B., Hallenen, T., Lane, J. & Arbesman, M. (2012) Systematic Review of Occupational Engagement and Health Outcomes Among Community-Dwelling Older Adults. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 301-310.
- Stavanger kommune (2013) *Selvstendig, trygg og aktiv: Evaluering av pilotprosjekt Hverdagsrehabilitering*. Stavanger: Stavanger kommune, avdeling for oppvekst og levekår.
- Tinetti, M., Baker, B., Gallo, W., Nanda, A., Charpentier, P. & O'Leary, J. (2002) Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. *The Journal of the American Medical Association*, 287(16), 2098-2105.
- Tinetti, M., Charpentier, P., Gottschalk, M. & Baker, D. (2012) Effect of restorative model of posthospital home care on hospital readmissions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), 1521-1526.
- Tonnesen, M., Sørensen, J. B. & Nygaard, K. (2012) *Grib hverdagen: slutevaluering*. Aarhus: Aarhus kommune, Sundhed og Omsorg.

- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Espehaug, B., Førland, O., & Kjekken, I. (2015) Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC geriatrics*, 15(145).
- Tuntland, H. & Ness, N. E. (2014) Hva er rehabilitering? I: Tuntland, H. & Ness, N. E. (Red.) *Hverdagsrehabilitering*. (s. 21-41) Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Verdens Helseorganisasjon (2008) *The solid facts. Home care in Europe*. København: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Veum, K. M. (2014) *Ergoterapeutar sine erfaringar med kvardagsrehabilitering-Ei kvalitativ studie frå seks norsk og ein svensk kommune*. (Masteroppgave) Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Vik, K. (2012) Aktivitet og deltakelse for eldre: et middel for å nå helsepolitiske mål om aktiv aldring. *Ergoterapeuten nr. 01*, 23-28.
- Vik, K., & Eide, A. H. (2012) The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(3), 528-536.
- Vik, K., & Eide, A. H. (2013) Older adults who receive home-based services, on the verge of passivity: the perspective of service providers. *International journal of older people nursing*, 8(2), 123-130.
- Vik, K., Nygård, L., Borell, L. & Josephsson, S. (2008) Agency and engagement: Older adults' experiences of participation in occupation during home-based rehabilitation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 5( 75), 262-271.
- Wilde, A. & Glendinning, C. (2012) "If they are helping me then how can I be independent?" The perceptions and experience of users of home-care reablement services. *Health and Social Care in the Community*, 20(6), 583-590.
- Winkel, A., Langberg, H., & Wæhrens, E. E. (2015) Reablement in a community setting. *Disability and rehabilitation*, 37(15), 1347-1352.
- Witsø, A.E., Vik, K. and Ytterhus, B. (2012) Participation in Older Home Care Recipients: A Value-Based Process. *Activities, Adaptation and Aging*, 36(4), 297-316.
- Zingmark, M. (2013) Alla professioner är viktiga för en utvecklad vardagsrehabilitering. *Ergoterapeuten*, 3, 26-29.
- Øygarden, R. B. (2013) *Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner: en kvalitativ studie om hvordan hverdagsrehabilitering innføres i utvalgte norske kommuner*. (Masteroppgave) Universitetet i Nordland, Bodø.