

MER FOKUS PÅ SAMARBEID OG BRUKERNES RESSURSER

Ergo- og fysioterapeuters erfaringer med hverdagsrehabilitering

Av Charlotte Jørmeland og Kjersti Vik

Charlotte Jørmeland er ergoterapeut ved Diakonhjemmet sykehus. E-post: charlotte.jormeland@diakonsyk.no

Kjersti Vik er ergoterapeut og professor ved ergoterapeututdanningen ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Manuset ble mottatt 01.06.2018 og godkjent 30.11.2018.

Det er ingen uenigheter blant forfatterne av artikkelen.

ERGO- OG FYSIOTERAPEUTERS ERFARINGER MED HVERDAGSREHABILITERING

Abstract

There has been a growing interest in reablement in Norway lately. Occupational therapists (OT) and physiotherapists (PT) are described as key persons working with reablement.

The purpose of this study was to develop knowledge about how implementation of reablement has influenced OT's and PT's thinking and everyday work.

A qualitative method was used for collecting data and analysing. Three focus group discussions were conducted and a total of ten both OT's and PT's participated. The data was analysed with inspiration from qualitative content analysis.

The result showed two main themes: «The positive experiences of the implementation», with the sub-themes: «Everyone is thinking about reablement», «The whole service is concerned about empowerment», «Collaboration with nurses is valuable» and «Multidisciplinary assessment». The second main theme was: «Challenges following the implementation» with the 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 of the study demonstrate that OT's and PT's change their thinking and working methods due to the implementation of reablement. A common mindset of reablement throughout the department is of great importance for therapists working in line with the values of reablement.

Keywords: Reablement, occupational therapist, physiotherapist, explorative study, focus groups, qualitative content analysis.

Bakgrunn

Hverdagsrehabilitering søker å forbedre tjenestene for eldre brukere som har behov for helsetjenester eller har opplevd et funksjonstap (1). Det er en ressursorientert arbeidsform som vektlegger persons helse og ressurser fremfor sykdom og begrensninger. Fokuset er på å øke deltakelse og selvstendigheten i hverdagslige aktiviteter, som personen selv angir som viktige (2). Formålet er å gjøre det mulig for mennesker å eldes, være aktive og delta sosialt og i samfunnet (1). Begrepet hverdagsrehabilitering beskrives som en tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabilitering i hjem og nærmiljø rettet mot personer som har opplevd et funksjonsfall, og der terapeuter, sykepleiere og ansatte i hjemmetjenesten i kommunen samarbeider og bistår personen med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv (3). Tuntland og Ness (2) beskriver *hverdagsmestring* som et grunnleggende forebyggende og rehabiliterende tankesett som styrer *hverdagsrehabilitering* ved å fokusere på den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå. Til tross for denne type definisjoner viser det seg at begrepene ofte blir anvendt forskjellig.

Ifølge Langeland et al. (4) organiserer kommunene også hverdagsrehabilitering ulikt. I grove trekk kan dette sees som tre ulike modeller, med noe ulik organisering av det tverrfaglige samarbeidet: «Spesialistmodellen» med et tverrfaglig team organisert som egen spesialisert enhet, «integrert modell, hjemmetjeneste» med en tverrfaglig tjeneste som utgår fra hjemmetjenesten, og «integrert modell, rehabiliteringstjeneste» med en tverrfaglig tjeneste som utgår fra rehabiliteringstjenesten.

Tverrfaglig teamarbeid er en nøkkelfaktor i all rehabilitering (5), og forskning av Orellano, Colón & Arbesman (6) viser at tverrfaglig tilnærming til aktivitetsfokustert rehabilitering er avgjørende for å lykkes. Litteraturen understreker viktigheten av å ha med ergo- og fysioterapeuter ved satsningen på hverdagsrehabilitering, uavhengig av organiseringsmodell, og flere omtaler disse som nøkkelpersoner eller «motorer» (7-8). Det påpekes at terapeutene derfor bør ha ansvar for utredning, utarbeiding av tiltaksplaner samt opplæring og veiledning av øvrig pleiepersonale (7, 9).

Det foreligger noen empiriske studier om de ansattes erfaringer med å jobbe med hverdagsrehabilitering i kommunene (4, 8, 10-13). Flere studier viser at engasjementet for det tverrfaglige samarbeidet økte når de ansatte fokuserte på brukernes egendefinerte mål (4, 10-11). Tverrfaglig samarbeid hadde også flere læringsaspekter. De ansatte ble både mer bevisste og lærte mer om egen funksjon og profesjonskompetanse samt om andre faggruppers rolle og kunnskap (4, 10, 14). Til tross for at kompetansen ikke var ny, ga de ansatte uttrykk for at rammevilkårene for profesjonelt samarbeid og kommunikasjon nå var mer velfungerende. Det å ha felles fysiske møteplasser for de ansatte til å dele erfaringer og kunnskap med hverandre, er trukket frem som betydningsfullt i den sammenheng (11, 13). Hjelte et al. (14) fant at personalet i hverdagsrehabiliteringsteam får en veiledningsrolle overfor hjemmetjenesten, mens Birkeland et al. (10) så at det tette tverrfaglige samarbeidet, sammen med nye arbeidsoppgaver, medførte mer generelle roller for de ansatte i teamet.

Da denne studien startet, var

det ikke publisert studier som særlig utforsker terapeutenes erfaringer med å arbeide med hverdagsrehabilitering. Derfor er det videre valgt å presentere relevante funn fra rapporter og mindre prosjekter som var publisert da studien startet. Erfaringer fra prosjekter bekrefter at terapeutene anser seg som «motorer» og bruker tid på å koordinere og veilede andre ansatte (15-16). Ergo- og fysioterapeuter rapporterer at satsningen på hverdagsrehabilitering har ført til større tverrfaglig samarbeid, særlig med hjemmetrenerne (16). Det å våge å overlapse og å bygge ned skillene mellom de ulike faggruppene er en forutsetning for å kunne spille på hverandres kompetanse og få et godt tverrfaglig samarbeid (17). På den andre siden var det flere terapeuter som opplevde utfordringer knyttet til samarbeidet med hjemmetjenesten og hjemmetrenerne (15, 18-19). Det handlet for eksempel om manglende tilrettelagte møteplasser mellom terapeutene og hjemmetjenesten (15). Andre påpekte vanskeligheter med samarbeid grunnet turnusarbeid i hjemmetjenesten, som medførte manglende kontinuitet i samarbeidet (20). Andre opplevde å bruke mer tid på alminnelige pleieoppgaver fremfor mer «rene» terapeutoppgaver (18). Noen danske terapeuter synes det var et «kultursjokk» å komme inn i en pleiegruppe fordi den faglige tilnærmingen var annerledes (19). Som en følge av å få en mer veiledende og koordinerende rolle i teamene er det flere terapeuter som gir uttrykk for at de savner mer direkte kontakt med brukerne (16, 18) og en mer fagspesifikk utvikling (20). Ettersom ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier arbeider alene

	Stilling	Arbeidserfaring totalt	Arbeidserfaring i bydelen
Gruppe 1	Fysioterapeut	18 år	13 år
	Ergoterapeut	4 år	2 år
	Fysioterapeut	10 år	0,5 år
Gruppe 2	Fysioterapeut	4 år	1,5 år
	Ergoterapeut	3 år	3 år
	Ergoterapeut	0,5 år	0,5 år
Gruppe 3	Ergoterapeut	5 år	2,5 år
	Ergoterapeut	4 år	2,5 år
	Fysioterapeut	7 år	4 år
	Fysioterapeut	1,5 år	0,5 år.

Tabell 1: Oversikt over deltakere i studien.

innen egen faggruppe, var det en viss risiko for at en kan miste sin fagspesifikke tilhørighet og identitet (20).

På bakgrunn av de rapporter og studier som er gjort, kan det virke som medarbeidere er fornøyde med å arbeide med hverdagsrehabilitering, men det savnes fortsatt mer spesifikk kunnskap om hvordan terapeutgruppen erfarer å arbeide med hverdagsrehabilitering. Hensikten med denne studien har således vært å utvikle kunnskap om ergo- og fysioterapeuters erfaringer med implementering av hverdagsrehabilitering.

Metode

DELTAKERE

Det ble gjort et strategisk utvalg ved å velge en bydel hvor ansatte hadde arbeidet med hverdagsrehabilitering noen år. Alle terapeutene i bydelen ble forespurt om å delta, men én terapeut måtte melde avbud på grunn av sykdom. Fem ergoterapeuter og fem fysioterapeuter ble inkludert. Koordinator i bydelen satte opp gruppestørrelse- og sammensetning på bakgrunn av turnus. I alle gruppene deltok både ergo- og fysioterapeuter med ulike arbeidserfaringer. Totalt fire kvinner og seks menn deltok, og alle var ansatt i 100 prosent stilling. Arbeidserfaringen

til deltakerne spenner fra 0,5 år til 18 år, og erfaring i bydelen er fra 0,5 år til 13 år (se tabell 1).

DELTAKERNES BESKRIVELSE AV STUDIEKONTEKST

Studien ble gjennomført i en bydel (circa 40 000 innbyggere) i en større by i Norge. Den var blant de første i landet som startet med hverdagsrehabilitering, organisert som det som kalles «spesialistmodellen», med et fristilt tverrfaglig team som ga tilbud om hverdagsrehabilitering for aktuelle brukere i bydelen. På dette tidspunktet arbeidet tre ulike enheter i bydelen med rehabilitering; et tverrfaglig akutt team, hverdagsrehabiliteringsteamet samt rehabiliteringsenheten med tradisjonell ergo- og fysioterapitjeneste. Hjemmesykepleien og praktisk bistand var parallelle tjenester. På bakgrunn av erfaringene som ble gjort med «spesialistmodellen» for hverdagsrehabilitering, ble det foretatt en omorganisering i bydelen, hvor alle ovennevnte tjenestene ble samlet i én enhet for hverdagsmestring, som er underlagt søknadskontoret. Denne nye enheten ble organisert som det litteraturen kaller en «integret modell» for hverdagsrehabilitering (4, 8). Både terapeuter og pleiegruppen arbeider i turnus, og tre koordinatører setter opp

de daglige arbeidsopdragene til alle ansatte. Terapeutene fortalte at hensikten var at *tankesett* om hverdagsmestring nå omfavner alle innbyggere i bydelen, og alle brukere får en samlet tverrfaglig kartlegging av to representanter fra den nye enheten. Kartleggingsverktøyet som brukes ved alle førstegangsvurderinger, er utarbeidet i enheten, inspirert av fra International Classification of Function (ICF) (21). Her kartlegges blant annet miljøfaktorer som bolig, sosialt nettverk og pårørende, kroppsfunksjoner og -strukturer som smerte, fordøyelse og kognitive funksjoner samt områder innen aktivitet og deltakelse som medisin håndtering, kommunikasjon, matlaging og toalettbesøk.

Som nevnt innledningsvis anvendes begrepene hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring ulikt fra kommune til kommune, selv om det beskrives som to ulike begrep i litteraturen.

Bydelen hvor denne studien er gjennomført, bruker «hverdagsmestring» som et overordnet begrep for både organiseringen av og tenkemåten i tjenesten. Beskrivelsen av arbeidsmåten er likevel tidsavgrenset, intensiv og målrettet og stemmer mer overens med definisjonen av hverdagsrehabilitering. Videre har vi derfor valgt å bruke hverdagsmestring når det henvises til tenkemåte og organisering, og hverdagsrehabilitering når det henvises til arbeidsmåten og litteratur som bruker hverdagsrehabilitering som begrep.

DATAINNSAMLING

For å få innsikt i terapeutenes erfaringer ble det valgt et kvalitativt design med fokusgruppediskusjon som datainnsamlingsmetode. Fokusgruppediskusjon er en velegnet metode for deling av synspunkter,

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Underkategori	Kategori	Undertema	Tema
...man la opp sin egen tid før. I gamle dager så laget man sin egen tid.	Før la man opp sin egen tid.	Før hadde vi ansvar for kalenderen selv.	Koordinering	Jeg vet ikke hva eller hvem jeg skal til i morgen.	Utfordringene etter implementering
...før så la vi opp da, da var det jo bare å fylle opp sin egen kalender og legge besøkene til når man ville og...	Før fylte vi opp vår egen kalender.				
Nei, jeg var ganske sånn, når jeg fikk høre at vi skulle gå etter liste, så trodde jeg ikke at det skulle bli så rigid, da.	Trodde ikke arbeidslistene skulle bli så rigide.	Du mister kontroll, frihet og oversikt.			
Og at 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...»	Du aner ikke når du ser brukeren igjen.				
...Noen vurderinger kan gjøres på kvelden, sånn for å se i en reell situasjon, da, men det er ikke så ofte, og det kan gjøres dagen etter.	Ikke ofte vurderinger må gjøres på kvelden.	Mer effektivt å bruke flere ressurser på dagtid fremfor på kveldstid.	Turnusarbeid	Vi får ikke tid til å gjøre jobben grundig nok.	
...flere ting stopper jo opp, eller man har ikke mulighet til å komme videre med det på kveldstid, da. For eksempel kontakt med fastleger, apotek, hjelpemiddelsentralen, sånne ting, det må bare vente til man har dagtid, da. Og så i turnus så kan man da risikere at man har langhelg og så har man kveldsvakt, ikke sant, så blir det jo plutselig fire fem dager før man er på dagvakt igjen.	Kontakt med fastleger, apotek, hjelpemiddelsentralen stopper opp på kveldstid.				

Tabell 2: Eksempel på analyseprosessen.

holdninger, meninger og erfaringer i et miljø der mange mennesker naturlig samhandler (22). Fokusgrupper var vurdert hensiktsmessig for å få frem motsigelser, variasjon og mangfold fremfor felles konsensus på tvers av gruppen (23). Studien var godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Prosjektnummer 44812).

Fokusgruppene ble gjennomført cirka to år etter at bydelen opprettet den nye enheten for hverdagsmestring. Alle gruppeintervjuene ble gjennomført i et møterom på arbeidsplassen og varte cirka 90 minutter. Fokusgruppediskusjonene tok utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide med spørsmål som handlet om arbeidsopp-

gaver, tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning og kultur- og holdningsendringer. Deltakerne ble oppfordret til å beskrive og diskutere erfaringer ut fra konkrete brukereksempler. Båndopptaker ble brukt, og opptakene ble deretter transkribert ordrett av førsteforfatter.

ANALYSE

Analysen av datamaterialet er inspirert av kvalitativ innholdsanalyse, hvor formålet er å beskrive variasjoner gjennom å identifisere ulikheter og forskjeller i tekstinnholdet. Målet med innholdsanalysen var å finne det *latente budskapet* som handler om tekstens underliggende budskap, som uttrykkes på et tolkende nivå i

form av tema (24).

Datamateriale ble gjennomgått linje for linje, og alle meningsenheter som handlet om terapeutenes erfaringer knyttet til tenking og arbeidsmåte, ble identifisert. Hver meningsenhet ble videre abstrahert til hver sin kondenserte meningsenhet, som for eksempel «Før la man opp sin egen tid» og «Kontakt med fastleger, apotek, hjelpemiddelsentralen stopper opp på kveldstid». Totalt ble det 335 kondenserte meningsenheter innledningsvis. Videre ble alle de kondenserte meningsenhetene med samme tema sortert i underkategorier som for eksempel: *Før hadde vi ansvar for kalenderen selv og du mister kontroll, frihet og oversikt*. Innholdet i hver underka-

Tema	Undertema
De positive erfaringene fra implementeringen	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 brukernes behov.
Utfordringene etter implementeringen	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.

Tabell 3: Resultat av analyse.

tegori var nær beslektet (24). I den videre analysen ble underkategoriene som representerte det samme underliggende budskap, samlet i kategorier som for eksempel «Turnusarbeid», «Mål» og «Koordinering» (se tabell 2 forrige side for eksempel). Førsteforfatter hadde hovedansvar for analysen, men med diskusjon og veiledning av andreforfatter. Analyseprosessen gikk mye frem og tilbake mellom hele teksten og mindre deler. Det viste seg videre at dataene kunne samles i syv undertema, som sammen representerte de to overordnede temaene: «de positive erfaringene fra implementeringen» og «utfordringene etter implementeringen» (se tabell 3).

For å bekrefte at endelige tema reflekterte det latente budskapet i terapeutenes erfaringer, er analysen og funnene blir diskutert med kolleger i forskergruppen «Hverdagsrehabilitering».

Resultat

Analysen viser at implementeringen av hverdagsmestring har ført til betydelige endringer for terapeutene – både i tenking og organisering av tjenesten og i måten de arbeidet på.

Terapeutene påpekte at de tidligere arbeidet med det de kaller for «rene» ergo- og fysioterapeutproblemstillinger. De tre rehabiliteringsenhetene jobbet isolert og avgrenset for seg selv,

og personalet fortalte at dårlig kommunikasjon og manglende oversikt over brukernes totalsituasjon ofte førte til dobbeltarbeid. Terapeutene erfarte at det tverrfaglige samarbeidet hovedsakelig foregikk mellom ergo- og fysioterapeutene, og at det var lite kontakt med hjemmesykepleien og ansatte som arbeidet med praktisk bistand. 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».

DE POSITIVE ERFARINGENE FRA IMPLEMENTERINGEN

Alle tenker egenmestring hos alle
I analysen kommer det frem at egenmestringstankegangen har spredd seg over hele bydelen, også til samarbeidsinstanser utenfor enheten. Deltakerne fortalte at alle faggruppene, også ledelsen, tenker på viktigheten av å bidra til at brukerne mestrer og deltar i hverdagslige aktiviteter som brukerne anser som viktige. En terapeut 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». Terapeutene opplever at det er mer fokus på brukernes egne mål og hvilken funksjon den enkelte må trene opp for å nå målene. En av fysioterapeutene illustrerte dette ved å presisere at det ikke er hensiktsmessig for noen å jobbe med å trene opp full fleksjon i et kne om man ikke holder fokus på hva knefleksjonen skal brukes til i hverdagen. Terapeutene erfarte også at sykepleierne jobber mer målrettet sammen med brukeren for å mestre aktiviteter som hjemmesykepleien hjalp dem med tidligere. 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».

Et annet aspekt som kom frem, er at alle brukerne i bydelen nå blir møtt av ansatte som arbeider i tråd med tankesettet om hverdagsmestring. Tidligere arbeidet terapeutene ofte kun med brukere som var henvist til ergo- eller fysioterapitjeneste, men nå møter de flere brukergrupper de ikke har erfaring med fra tidligere. Flere trakk frem eksempler på palliative kreftpasienter som de hadde erfart å ha positivt utbytte av at man tenkte aktivitet og deltakelse, fremfor pleie og passiviserende omsorg mot slutten av livet. Som en deltaker forklarte: «(...) å mestre hverdagen så godt som mulig, det kan alle være med på!»

Nå tenker hele tjenesten på hva bruker ønsker

Resultatene viser at terapeutene erfarer at økt fokus på tenking knyttet til hverdagsmestring har ført til at både de og enheten

for øvrig har fått et mer bevisst forhold til betydningen av brukermedvirkning, og hvordan det ivaretas i arbeidshverdagen. En deltaker sa: «*Det har i hvert 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?*» Flere av deltakerne trakk frem brukereksempler som viste hvordan terapeutene nå er mer ydmyke i møte med brukernes egne løsninger på hverdagsutfordringer, fremfor å belære dem om «den riktige måten». Det ble fortalt om en mangeårig rullestolbruker som ved forflytning fra rullestol til seng hadde tillagt seg noen rutiner som terapeutene «skakker litt på hodet» av, men som en fysioterapeut sa: «*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!"*».

Brukernes selvbestemmelse var også mer synlig i selve beslutningsprosessen, ved at deres stemme skal inkluderes i diskusjonen om hvorvidt de i det hele tatt ønsker hjelp. Som en deltaker forklarte: «*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?*». En terapeut forklarer videre: «*... 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.» De peker på dette som et dilemma med å ta brukermedvirkning på alvor.

Samarbeidet med sykepleierne er gull verdt

Analysen viser at innføringen av den integrerte modellen har ført til økt samarbeid generelt og med sykepleiergruppen spesielt. Terapeutene erfarer at samarbeidet med sykepleierne er en viktig betingelse for at de får til den helhetlige tilnærmingen. Deltakerne uttrykte begeistring for samarbeidet: «*Også sykepleiere! ...og det er – gudskjelov for at vi har med sykepleierne!*» Terapeutene beskrev et mer komplett, tverrfaglig arbeid, hvor de understreker viktigheten av nå å ha tilgang på sykepleierens kunnskap om sykdom og pleie. En deltaker fortalte hvordan sykepleierens 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 velfungerende samarbeidet handler både om at yrkesgruppene er mer synlige, og at man viser økt interesse for å lære av hverandre. 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 lurer på ting (...) det er veldig sånn interesse, og at de har lyst å lære, har lyst å kunne mest mulig fag*». Flere deltakere trekker frem viktigheten av

å spille på hverandres kompetanse, og å gjøre hverandre gode. En avgjørende forutsetning for dette er at alle yrkesgruppene er samlet i et felles åpent kontorlokale.

Tverrfaglig kartlegging

Både organisatoriske grep, hvor det er bestemt at ansatte skal gjøre tverrfaglig kartlegging, og det felles kartleggingsredskapet indikerer at terapeutene anser kartleggingen som nødvendig både i tverrfaglig samarbeid og den helhetlige brukertilnærmingen. Felles kartlegging har gitt innblikk i hvilke spørsmål og hvilket fokus de andre faggruppene har. De opplever at flere av brukernes utfordringer kan løses under første besøk fordi det tverrfaglige kartleggingsredskapet dekker så mange områder. En deltaker fortalte: «*Hadde jeg gått dit alene så hadde det blitt et heeelt annet besøk. Da hadde jeg tenkt fysio fra opp og ned og rundt*». Nå må de tenke utenfor faggrensen sin og opplever å få et bedre helhetsbilde av brukerne: «*Når du kartlegger pasienter så skal du ikke tenke som en fysio – du skal tenke som en "superbot"!*»

UTFORDRINGENE ETTER IMPLEMENTERINGEN

Nå gjør på en måte alle alt

Flere av deltakerne fortalte at terapeutene nå fikk flere såkalte sykepleiefaglige «rutineoppdrag» på arbeidslistene, som stell, tilsyn, matbringning og hjelp med støttestrømper, etter at den nye enheten ble etablert. I tillegg må de bidra med medisiner, noe de opplever at de ikke har kompetanse til å gjennomføre og føler seg utrygge på. Disse arbeidsoppgavene kom særlig på kveld og i helg når det er færre ansatte på jobb. Terapeutene mente at all

den tiden de bruker på medisinske tilsyn og stell i helgene, kunne de brukt på fysio- eller ergoterapioppgaver på tidspunkt som var mer hensiktsmessig både for brukerne og terapeutene. De mente ressursene ikke ble brukt riktig, og flere av terapeutene opplevde at grensen mellom terapeut- og sykepleierrollen ble visket litt ut. 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?*» Terapeutene fortalte at med overlappende arbeidsoppgaver er det særlig viktig å være trygg på egen kompetanse for at enheten skal kunne opprettholde et velfungerende tverrfaglig samarbeid.

Jeg vet ikke hva eller hvem jeg skal til i morgen

I analysen kom det frem at terapeutene hadde ulike erfaringer med at koordinatorene nå planlegger og organiserer de daglige arbeidsoppgavene deres. Flere av deltakerne opplevde å miste kontroll og oversikt over både dagene og brukerne. Det medførte for eksempel at arbeidshverdagen ble uforutsigbar: «*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*». Arbeidslistene, sammen med turnusordningen, fører også til at alle terapeutene nå arbeider og deler på alle brukerne som er tilknyttet enheten. Det medførte at det er ulike ergo- og fysioterapeuter som starter, følger opp, og avslutter brukersakene. En deltaker uttrykte frustrasjonen slik: «*...plutselig bli slengt inn der og der og der og der*». Noen opplevde imidlertid dette som positivt, da man ikke

satt på det totale ansvaret alene. Det oppsto en diskusjon om hvem som hadde det fulle ansvaret for å følge opp brukersakene. Noen påpekte at hver bruker har en primærkontakt som skal være ansvarlig, men at det likevel ikke fungerer slik i praksis.

Vi får ikke tid til å gjøre jobben grundig nok

Funnene viser at flere nye arbeidsoppgaver sammen med den nye koordineringen gjør at flere av terapeutene nå opplever en annen type tidspress. Terapeutene fortalte at arbeidslistene ofte er fulle, uten at det er satt av ekstra tid til etterarbeidet. Dette gjorde det utfordrende å få tid til indirekte brukeroppfølging som møter, journalføring og søknadsskriving. Indirekte brukerarbeid ble også forsinket på grunn av kvelds- og helgevakter som gjør at man ikke er på jobb når nødvendige samarbeidskontor er åpne. Terapeutene fortalte at de ofte må be om ekstra tid til dette på forhånd.

Oppsummert fortalte deltakerne at etablering av enheten for hverdagsmestring har budt på store positive endringer både i terapeutenes tenking, arbeidsmåte og ikke minst i organiseringen av det praktiske arbeidet på enheten. De påpekte også at flere av utfordringene gjerne er såkalte «barnesykdommer» som ville gå seg til med tiden. I fremtiden bør det handle om å optimalisere tjenesten slik den per dags dato er organisert. De mest fremtredende ønskene for videreutvikling var å ha terapeutkompetanse blant koordinatorene for å sikre at riktig kompetanse settes opp på riktig oppdrag, samle alle arbeidsressursene på dagtid, ha faste tverrfaglige team til hver bruker for å

sikre kontinuitet samt opprette fagspesifikke forum for fagutvikling og utveksling av erfaringer.

Diskusjon

Diskusjonen vil vektlegge fire forhold som viser seg sentrale i ergo- og fysioterapeuters erfaringer med hverdagsrehabilitering organisert i en samlet enhet for hverdagsmestring. Det diskuteres under overskriftene:

- samarbeid med sykepleierne
- fra «ren terapeut» til «superbot»
- tjenestetilbudet og det daglige arbeidet må samsvare, forutsetninger for tverrfaglig samarbeid

SAMARBEID MED SYKEPLEIERNE

Funnene viser hvordan det nye samarbeidet med sykepleierne har avgjørende betydning for terapeutenes arbeid med egenmestring hos brukerne. I motsetning til andre studier som rapporterte utfordringer i samarbeidet mellom terapeutene og sykepleiergruppen/hjemmetrenerne (15, 18-19), reflekterer denne studien en gjensidig interesse og respekt mellom terapeutene og pleiegruppen. Begge parter er ydmyke, stiller spørsmål og lærer av hverandre. Det tverrfaglige samarbeidet har gitt terapeutene økt kunnskap om øvrige faggruppers kompetanse. Terapeutene erfarte hvordan tverrfagligheten kommer mer komplekse brukerne til gode, og dette i seg selv kan være et forhold som synliggjør verdien av å jobbe mindre monofaglig. Flere studier viser at personalet blir mer engasjert i hverdagsrehabilitering når de finner løsninger sammen (4, 12-13). Forskning understreker også at å ha en positiv holdning til, å lære

av og å utnytte hverandres kompetanse er positivt for kvaliteten på tjenesten (5, 10). Flere studier bekrefter våre resultater og viser hvordan pleiepersonale som jobber med hverdagsrehabilitering, også uttrykte positive erfaringer med samarbeidet. De synes at det var nyttig og interessant å arbeide mer med terapeutene og å lære av dem (11, 13, 25).

En måte å forstå det gode samarbeidet mellom terapeuter og pleiepersonale i våre funn på kan være at tankesettet om hverdagsmestring har blitt implementert både i enheten og i bydelen for øvrig. Samtidig kan det ha å gjøre med at man arbeider tett sammen i en integrert modell. Andre studier viser at utfordringer i samarbeidet kan ha sammenheng med manglende opplæring i dette tankesettet (15-16). Kjellberg et al. (19) mener dårlig samarbeid kan ha sammenheng med at sykepleierne og terapeutene har ulike fagtradisjoner. I vår studie ble det understreket at *alle* faggruppene er like viktige bidrag inn i det daglige arbeidet. Dette antyder at enheten nå arbeider i tråd med det litteraturen kaller et «felles tverrfaglig verdigrunnlag», som gjenspeiler en gjensidig forståelse og aksept for hverandre. Hjelle et al. (11) beskriver også et skifte i arbeidskulturen, noe som bidro til et økt fokus på den eldres ressurser og mål. Når pleiepersonalet fikk veiledning og erfaring med denne endringen, ble dette et motiverende moment for det videre tverrfaglige samarbeidet.

Et overraskende funn var at denne studien ikke reflekterer den motor- eller veilederrollen som litteraturen mener er sentral for terapeutene i det tverrfaglige arbeidet (2, 8, 26). Både Christensen et al. (15) og Tonnesen et al.

(16) fant at terapeutene opplevde å sitte alene på mye av ansvaret for brukerforløpene. Våre funn kan ha sammenheng med flere forhold. I tillegg til at man har et felles tverrfaglig verdigrunnlag og tankesett i hverdagsmestring, kan organiseringsmodellen være av betydning. Når koordinatorene har ansvar for å fordele enhetens arbeidsoppgaver, frigjøres med fordel terapeutenes arbeidstid til å kunne fokusere på direkte arbeid med brukerne. Fremfor å koordinere og veilede pleiepersonalet kan terapeutene bruke tid på gjensidig samarbeid og veiledning.

FRA «REN TERAPEUT» TIL «SUPERBOT»

Funnene i denne studien viser at terapeutene har fått økt fokus på brukermedvirkning, funksjon og mestring av hverdagsaktiviteter. Tidligere arbeidet de mer isolert med avgrensede og «rene» terapeutoppgaver. Nå følger terapeutene opp flere ulike brukere på nye områder, noe som medførte at de kunne føle seg som en «superbot». En superbot ble beskrevet av deltakerne som en som skal rekke over alt. Terapeutene gav imidlertid uttrykk for flere positive sider ved at de nå *tenker på alt* – som en «superbot» – i møte med brukerne, men at det blir mer utfordrende å *arbeide* som «superboter» hvor alle skal gjøre alt. Særlig utfordrende var det å få arbeidsoppgaver de ikke har kompetanse til, og som de føler seg utrygge i å utføre. Kjellberg et al. (18) fant også at terapeutene i Fredericia opplevde å få tildelt en del brukere uten rehabiliteringspotensial og brukte mer tid og ressurser på «alminnelige pleieoppgaver». Samtidig påpekte de utfordringer med uav-

klarte roller og arbeidsoppgaver mellom terapeut og øvrig personale i prosjektet, noe de opplevde stressende. I den sammenheng er det interessant at studier har funnet at sykepleiere også føler seg utrygge i nye arbeidsoppgaver, som rehabilitering og trening (5). Dette kan understøtte behovet for klarere arbeidsoppgavefordeling profesjonene imellom. Ansatte i Birkeland et al. (10) sin studie aksepterte derimot å måtte påta seg nye, mer generelle arbeidsoppgaver utenfor eget fagfelt. De opplevde ikke å miste sin faglige integritet, så lenge det var et felles fokus på pasientens mål og deltakelse i rehabiliteringsprosessen. Personalet i Brataas og Moes (17) studie jobbet med et mål om at alle skulle kunne gjøre alle oppgaver. De presiserte likevel at de hadde etablert en trygghet mellom de ulike yrkesgruppene og hverandres kompetanse, og at det dermed ikke var noen interne behov for profesjonskamp.

TJENESTETILBUDET OG DET DAGLIGE ARBEIDET MÅ SAMSVARE

Funnene viser at endring i tankesett har ført til at terapeutene nå arbeider mer spesifikt med et ressursperspektiv og fokuserer på at hverdagsaktivitetene skal fungere for bruker. Dette er i tråd med de politiske målene for «Morgendagens omsorg» (27) og «Leve hele livet» (28). Det å samle alle tidligere parallelle tjenester i én samlet enhet medførte at tilbudet til alle brukerne i bydelen nå er mer helhetlig og koordinert, noe som er i tråd med «Samhandlingsreformens» krav til kommunehelsetjenestene (29).

På den andre siden viser funnene at turnusarbeidet fører til det motsatte – det direkte

arbeidet med brukerne blir mer fragmentert og uoversiktlig, noe som sin tur er i strid med «Samhandlingsreformens» krav om mer helhetlige pasientforløp (29). Alttså er det ikke bare den «formelle» organiseringen av tjenester som er av betydning for terapeutenes arbeidsmåte, men også hvordan enheten i praksis tilrettelegger for dette i den daglige brukeroppfølgingen. Funnene viser at turnusarbeidet forårsaker at «alle deler på alle», og terapeutene mister oversikt og kontinuitet i brukeroppfølgingen. Fürst og Høverstad ANS' rapport (30) anerkjenner at tverrfaglig samarbeid er ressurskrevende nettopp fordi ulike faggrupper må samordne sin innsats og sikre at brukertilnæringene følger en «rød tråd». Funnene i vår studie illustrerer at den røde tråden mangler når koordinatorene, og ikke terapeutene selv, organiserer arbeidsoppgavene sine dag for dag.

Samtidig reflekterte funnene en ambivalens hos terapeutene, da de også påpekte fordeler med at «alle jobber med alle». For eksempel å kunne dele på det totale ansvaret, og få flere som vurderer bruker. Disse fordelene løftet også Brataas & Moe (17) frem – det å dele på brukerne fremmet fleksibilitet i teamets totale arbeidsflyt. En teamorganisering vil på den andre siden være mer i tråd med «Primærhelsetjenestemeldingen» (31) som mener brukerne bør tilbys mer teambaserte tjenester for å unngå fragmentering. Månsson (26) påpeker imidlertid at det varierer hva brukeren har behov for, og dermed hvordan teamet bør settes sammen.

FORUTSETNINGER FOR TVERRFAGLIG SAMARBEID

Avslutningsvis vil vi oppsummere

forhold fra denne studien som bør ligge til grunn for tverrfaglige samarbeid i hverdagsrehabilitering.

Et moment som viser seg i flere studier, er at tankesettet om hverdagsmestring er nedfelt i *et felles kartleggingsverktøy* – en arbeidsmåte som *både* ivaretar helhetlig tenking, tverrfaglig samarbeid og brukers ønsker (13). Da får terapeutene og hele enheten et felles verdigrunnlag som anvendes og bidrar til å prioritere og anerkjenne den tid og ressurser en tverrfaglig og grundig kartlegging krever. Således har terapeutene rammevilkår som gjør det mulig å få oversikt over brukernes totalsituasjon samt holde fokus på hverdagsmestring.

Som flere andre har dokumentert tidligere, er også organisering og tilrettelegging av praktiske forhold, som *felles arbeidslokaler* av helt sentral betydning for den tverrfaglige arbeidsmåten (11, 17, 26). Også mulighet for *tverrfaglige møter* var sentralt, men ifølge terapeutene i denne studien fungerte ikke tidspunktet for de tverrfaglige møtene i den praktiske arbeidshverdagen. Derfor viser det seg at tross felles arbeidsplass og turnusarbeid er det fortsatt behov for at ledelsen legger føringer som gir en tverrfaglig møtearena mer struktur.

Det at terapeutene fikk *opprettholde* yrkesgrensene mellom dem og pleiegruppen, ble også sett som nødvendig. Siden terapeutene erfarte at overlappende arbeidsoppgaver gradvis visket ut yrkesgrensene, ønsket de å opprette fagspesifikke forum. Tidligere studier har rapportert om samme ønske om å styrke den fagspesifikke tilhørigheten (18, 20). Dette ble begrunnet med savnet av kompetanseheving og

deling av erfaringer innen egen yrkesgruppe.

Metodiske refleksjoner

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 (23). Dermed er ikke målet at resultatene skal overføres direkte til andre kommuner. Tatt i betraktning hvor mange ulike måter man både beskriver, organiserer og arbeider med hverdagsrehabilitering på, vil direkte overførbarhet være uaktuelt. I denne studien har vi kun snakket med terapeutene, noe som kan medføre ensidig gjenspeiling av samarbeid. Samtidig er det annen forskning knyttet til øvrige yrkesgruppers positive erfaringer med tverrfaglig samarbeid som kan bekrefte noen av funnene våre (11, 13, 25).

Til tross for de nevnte begrensningene i studiet kan funnene være gyldige for å forstå hvordan terapeuter kan erfare å arbeide med både hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. De kan også anvendes i forbindelse med utvikling av hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring i øvrige kommuner i Norge med lignende kontekst.

Artikkelen baserer seg på masteroppgaven *Fra «ren terapeut» til «superbot» – En kvalitativ studie om ergo- og fysioterapeuters erfaringer med implementering av hverdagsmestring* (<http://hdl.handle.net/11250/2418283>).

Takk til engasjerte terapeuter som stilte opp på gruppeintervju og delte sine erfaringer, og til forskergruppa «Hverdagsrehabilitering» ved NTNU for gode innspill og diskusjoner underveis.

Referanser

1. Tuntland H, Aaslund MK, Espehaug B, Førland O, Kjekken I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC geriatrics*. 2015; 15(1):145.
2. Tuntland H, Ness NE. Hva er rehabilitering? I: Tuntland H, Ness NE. red. *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014. s. 21-41.
3. Førland O, Skumsnes R. En oppsummering av kunnskap: Hverdagsrehabilitering. *Senter for omsorgsforskning, vest*. Oppsummering nr. 2/2016.
4. Langeland E, Førland O, Aas E, Birkeland A, Folkestad B, Kjekken I et al. Modeller for hverdagsrehabilitering-en følgeevaluering i norske kommuner: Effekter for brukerne og gevinster for kommunene? Bergen; Senter for Omsorgsforskning. Rapportserie Nr6/2016. 2016.
5. Randström KB, Wengler Y, Asplund K, Svedlund M. Working with 'hands off' support: a qualitative study of multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation for older people. *International Journal of Older People Nursing*. 2014; 9(1):25-33.
6. Orellano E, Colón WI, Arbesman M. 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*. 2012; 66(3):292-300.
7. Ness NE. Hvordan samarbeide om viktighetsområder? I: Tuntland H, Ness NE. red. *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014. s. 118-137.
8. Birkeland A, Langeland E, Tuntland H, Jacobsen FF, Førland O. *Hverdagsrehabilitering – spesialisert eller integrert?* Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 2018; 14(1).
9. Zingmark M. Alla professioner är viktiga för en utvecklad vardagsrehabilitering. *Ergoterapeuten*. 2013; 3:26-29.
10. Birkeland A, Tuntland H, Førland O, Jacobsen FF, Langeland, E. *Interdisciplinary collaboration in reablement – a qualitative study*. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2017; 10:195-203.
11. Hjelle KM, Skutle O, Førland O, Alvsvåg H. The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2016; 9:575-585.
12. Rostgaard T, Graff MJ. *Med hænderne i lommen. Borger og medarbejders samspill og samarbejde i rehabilitering*. Prosjekt 1117. København: KORA; 2016.
13. Vik K. *Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner*. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2018; 4(1):6-15.
14. Hjelle KM, Skutle O, Alvsvåg H, Førland O. Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2018; 11:305-316.
15. Christensen U, Malling G, Christensen B. *Hverdagsrehabilitering: Rapport fra en kvalitativ undersøgelse*. København: København kommune; 2014.
16. Tonnesen M, Sørensen JB, Nygaard K. *Grib hverdagen: slutevaluering*. Aarhus: Aarhus kommune: Sundhed og Omsorg; 2012.
17. Brataas HV, Moe A. *Hverdagsrehabilitering: en pilotstudie om teambasert planlegging og innføring av Stjørdalsmodellen*. Senter for omsorgsforskning Midt, rapportserie nr. 8/2015.
18. Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg K. *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune*. Rapport. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
19. Kjellberg PK, Hauge-Helgestad A, Madsen MH, Rasmussen SR. *Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet*. Rapport. Odense: Socialstyrelsen; 2013.
20. Stavanger kommune. *Selvstendig, trygg og aktiv: Evaluering av pilotprosjekt Hverdagsrehabilitering*. Stavanger: Stavanger kommune; 2013.
21. WHO. *ICF: Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Geneve/Oslo: WHO/KITH; 2003.
22. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: A practical guide for applied research*. 4. utg. London: SAGE Publications; 2009.
23. Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
24. Lundman B, Graneheim UH. *Kvalitativ innehållsanalys I: Granskär M, Höglund-Nielsen B. red. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2. utg. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 187-201.
25. Liaaen J. *Professional carers' experiences of working with reablement*. [Masteroppgave]. Trondheim: Høgskolen i Sør-Trøndelag; 2015.
26. Månsson M. *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?* 2. utg. Stockholm: Gothia Förlag; 2007.
27. Helse og omsorgsdepartementet. *Morgendagens omsorg. (Meld. St. 29 (2012–2013) Oslo, Departementets servicesenter, 2013*.
28. Helse- og omsorgsdepartementet. *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Meld. st. 15 (2017-2018). Oslo, Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2018.
29. Helse- og omsorgsdepartementet. *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo, Departementets servicesenter; 2009.
30. Fürst & Høverstad ANS. *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. KS FoU-prosjekt nr. 134027. Sluttrapport; 2014.
31. Helse- og omsorgsdepartementet. *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Meld. St. 26 (2014-2015) Oslo, Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2015.