



# Helsefagarbeideres erfaringer med hverdagsrehabilitering

Ekaterina Prokofyeva

*Spesialfysioterapeut, Aktivitet og Rehabilitering, Ergo- og Fysioterapi avd. 2, Drammen kommune*

[pekaterina1@hotmail.com](mailto:pekaterina1@hotmail.com)

Kariann Krohne

*Forsker, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse*

*Førsteamanuensis, Institutt for fysioterapi, Fakultet for helsevitenskap, OsloMet*

[kariann.krohne@aldringoghelse.no](mailto:kariann.krohne@aldringoghelse.no)

## Sammendrag

Hensikten med denne fagartikkelen er å belyse helsefagarbeideres erfaringer med deres nye rolle som «hjemmetrenere» i hverdagsrehabiliteringsteam. Åtte helsefagarbeidere fra seks fylker ble intervjuet. Resultatene viser at overgangen fra å være en tradisjonell «hjelper» til å bli «trener» i hverdagsrehabilitering medførte en betydelig og utfordrende rolleendring. Avklaring av rolleforventninger var viktig for samspillet mellom hjemmetrener og bruker, spesielt knyttet til motiveringsarbeidet. I hverdagsrehabilitering ligger en forventning om deltakende og aktive eldre, og helsefagarbeidernes motiveringsarbeid innebærer en «dulting» av brukere mot en mer ønsket adferd. Helsearbeiderne uttrykte frustrasjon om manglende likestilling og anerkjennelse av egen fagkunnskap i det tverrfaglige teamet.

Helsefagarbeidere har fått en ny og sentral rolle i de kommunale hverdagsrehabiliteringsteamene. Som «hjemmetrenere» arbeider de daglig tett på eldre mennesker som har behov for å forbedre sitt funksjonsnivå. Det viser seg at rollen som hjemmetrener kan være både utfordrende og meningsfull.

## Hvorfor hverdagsrehabilitering?

I årene fremover vil både antallet og andelen eldre mennesker i befolkningen øke. Dette vet vi vil bidra til et økt press på helse- og omsorgstjenestene, og vi vet at det vil være nødvendig med tiltak som kan bedre de eldres funksjonsnivå og minske deres hjelpebehov (Folkehelse rapporten, 2014). Flere slike tiltak er skissert i eldrereformen «Leve hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), hvor det samtidig presiseres at målet med tiltakene er å bidra til at eldre mennesker får gode liv og bor lenger i egne hjem. Når eldre med behov for hjelp skal bo lenger i eget hjem, vil det nødvendigvis bli en økt etterspørsel av hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester (Syse, Pham & Keilman, 2016). Da er det ikke lenger nok å kun jobbe med kompensierende tiltak; skal vi nå målet om å utsette eller unngå sykehus- og sykehjemsinnleggelse, må forebygging av funksjonstap og livsstilsykdommer få en langt større plass i tjenestene.

Et større fokus på forebygging vil kreve praktiske og holdningsmessige endringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene generelt og i hjemmesykepleien spesielt. De praktiske endringene innebærer at hjemmesykepleiens ressurser i en kortere periode må styrkes kvantitativt (Langeland et al., 2016), og de holdningsmessige endringene innebærer at tjenesten skifter fokus fra kompensierende tiltak til tiltak som sikter på å fremme større uavhengighet og egenaktivitet hos tjenestemottakerne i deres eget hjem eller nærmiljø (Hasselberg & Overraae, 2014; Legg, Gladman, Drummond & Davidson, 2016; Ness et al., 2012). Denne nye holdningen kalles gjerne for hverdagsmestring (Fürst & Høverstad, 2014) og er et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Fordi innføring av dette tankesettet innebærer en stor omstrukturering av tjenestene, blir det ofte omtalt som et paradigmeskifte (Ness et al., 2012).

Hverdagsmestring som tankesett er grunnleggende i hverdagsrehabilitering (Ness et al., 2012). Hverdagsrehabilitering er en ny arbeidsform hvor et tverrfaglig hverdagsrehabiliteringsteam tilbyr eldre som står i fare for å miste funksjon, en hjemmebasert intervensjon i form av tilrettelegging og trening for å styrke mestring av hverdagsaktiviteter. Enn så lenge er det vanskelig å si noe om effekten av hverdagsrehabilitering. Forskningsgrunnlaget er lite og resultatene sprikende, men enkeltstudier viser at denne typen rehabilitering kan ha positiv effekt på eldre menneskers selvhjulpenhet i daglige aktiviteter, i form av økt mobilitet (Hansen, Eskelinen, Rahnæk & Helles, 2015), økt sosial omgang (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011) og økt livskvalitet (Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland & Kjekken, 2015).

## Hverdagsrehabilitering og helsefagarbeidere

Hverdagsrehabilitering er altså en form for hjemmerehabilitering hvor brukerens ressurser, deltakelse og mestring i hverdagen uavhengig av funksjonsnivå vektlegges. I praksis starter hverdagsrehabilitering med et hjemmebesøk der brukerne blir spurt: Hva er viktig for deg? Etter en kartlegging av funksjon og hverdagslige aktiviteter, samt en målsamtale, igangsettes en målrettet, tidsavgrenset og intensiv tverrfaglig innsats (Tuntland & Ness, 2014). Fokuset i intervensjonen er hele tiden at brukeren skal trene opp funksjonsevnen sin og dermed bli mer selvstendig i daglige aktiviteter. Et forbedret funksjonsnivå kan i tillegg til økt uavhengighet og bedre livskvalitet også, på sikt, minske den enkeltes behov for hjemmesykepleie (Kjellberg et al., 2011). For å oppnå bedre funksjon og mer selvstendighet i hverdagen anvendes empowermentstrategier for å motivere brukeren under hele forløpet (Tuntland & Ness, 2014). Motivasjonsarbeid er således grunnleggende i all hverdagsrehabilitering (Birkeland, 2014).

Organiseringen av hverdagsrehabiliteringstilbudet i kommunene utvikler seg stadig, og det finnes en rekke organisasjonsmodeller, som spesialisert modell, integrert modell og kjerne-team (Birkeland, Langeland, Tuntland, Jacobsen & Førland, 2018). Oftest er hverdagsrehabiliteringen organisert som egne enheter i hjemmetjenestene (Langeland et al., 2016). Enhetene er team som er organisert etter den spesialiserte modellen eller kjerne-team, hvor ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere har ansvar for vurdering av nye brukeres rehabiliteringspotensiale, kartleggingen og utarbeiding av tiltaksplaner, mens helsefagarbeidere sørger for at selve opptreningen gjennomføres i tråd med tiltaksplan. Dette innebærer at de arbeider direkte med brukeren i brukerens hjem og nærmiljø. De trener, veileder, motiverer og ansvarliggjør den enkelte. Helsefagarbeidere blir derfor kalt for «hjemmetrenere» (Tuntland & Ness, 2014).

Helsefagarbeidere har utdanning fra videregående skole. Utdanningen består av to år på skole og to år som lærling i en virksomhet, og den leder frem til et fagbrev som helsefagarbei-

der. Tradisjonelt sett har helsefagarbeiderne hatt en «hjelperrolle» i helse- og omsorgstjenestene, noe som også gjenspeiles i deres tidligere yrkestittel som hjelpepleiere. Med unntak av en dansk studie som ser på endringer i helsefagarbeideres profesjonelle identitet (Meldgaard & Kamp, 2018), er det hittil ingen nordiske studier som har sett spesielt på helsefagarbeideres erfaringer med rollen som hjemmetrener. Studier av hele hverdagsrehabiliteringsteam indikerer allikevel at overgangen har vært både utfordrende (Liaaen, 2015; Rabiee & Glendinning, 2011) og meningsfull for yrkesgruppen (Hjelle, Skutle, Førland & Alvsvåg, 2016; Johnsen, 2017).

## Metode

Denne fagartikkelen bygger på en masteroppgave om helsefagarbeideres erfaringer med hverdagsrehabilitering, hvor det ble gjennomført intervjuer med åtte helsefagarbeidere fra Buskerud, Vestfold, Østfold, Hedmark, Oslo og Akershus (Prokofyeva, 2019).

Helsefagarbeidere ble rekruttert til studien fra både hverdagsrehabiliteringsteam og hjemmesykepleien. En forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet ble sendt på epost til en rekke kommuner. I tillegg ble det lagt ut en forespørsel om forskningsdeltakelse på den åpne facebooksidene «Hverdagsrehabilitering». Inklusjonskriteriene var at deltakerne var utdannet helsefagarbeidere og arbeidet i hverdagsrehabiliteringsteam. Åtte helsefagarbeidere ønsket å delta.

Alle var kvinner i alderen 36 til 65 år. De hadde jobbet i hjemmesykepleien, på sykehjem, sykehus, rehabiliteringsavdelinger eller korttidsavdelinger før de begynte å jobbe med hverdagsrehabilitering i 2013, 2014 og 2015. De fleste jobber i et hverdagsrehabiliteringsteam organisert etter den spesialiserte modellen, og kombinerer dette med en stillingsbrøk i hjemmesykepleien (se tabell 1). Dette utvalget er i tråd med Statistisk sentralbyrå sin kartlegging (Køber & Vigran, 2011) som viser at de fleste helsefagarbeidere er kvinner, og at de ofte arbeider i delte stillinger i hjemmesykepleien eller på sykehjem.

**Tabell 1**

Navn	Alder	Utdannet helsefagarbeider	Tidligere arbeidserfaring	Stillingsprosent i team	Andre arbeidsforhold
Stine	61	2003	Hjemmesykepleie	70	Hjemmesykepleie
Hanne	65	Slutten av 1990-tallet	Hjemmesykepleie	50	
Ingrid	42	Slutten av 1990-tallet	Sykehjem, rehabiliteringsavdeling	80	Hjemmesykepleie
Nina	42	2005	Hjemmesykepleie	100	
Eva	59	Begynnelsen av 1980-tallet	Sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie	60	Korttidsavdeling
Natalia	49	Slutten av 1980-tallet	Sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie	100	
Johanne	36	2017	Hjemmesykepleie	80	Hjemmesykepleie
Trine	48	1995	Hjemmesykepleie	80	Hjemmesykepleie

Spørsmålene i den semistrukturerte intervjuguiden fokuserte på tema rundt helsefagarbeideres erfaringer med den nye måten å jobbe på i hverdagsrehabiliteringsteam som overgangen fra hjelperrollen til trenerrollen, det å jobbe som hjemmetrener samt fremmede og

hemmende faktorer for hjemmetrenerrollen. Intervjuene varte fra 43 til 70 minutter. Oppsummeringer og bekreftende spørsmål underveis i intervjuene bidro til forståelse av helsefagarbeidernes erfaringer. Intervjuene ble gjennomført og transkribert av førsteforfatter. Analysen er gjort ved hjelp av Systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011). Dette er en tverrgående tematisk analysemetode over fire trinn hvor første trinn er å skaffe seg et helhetsinntrykk. De neste trinnene er dekontekstualisering, kondensering og rekontekstualisering. Resultatene av analysen er organisert i tre hovedtema med subtema.

### Forskningsetiske overveielser

De åtte deltakerne som ønsket å delta, kontaktet førsteforfatter på telefon, e-post eller Messenger. Forutfor intervjuene fikk de tilsendt et samtykkeskjema slik at de kunne gjøre seg bedre kjent med prosjektets formål, egne rettigheter og forskerens plikter. Samtykkeskjema ble signert før intervjuene. I studien har alle deltakerne fiktive navn, og det er foretatt mindre forandringer i alder eller utdanningsår. Studien er godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (prosjektnummer 57404).

## Resultater

Alle helsefagarbeidere fortalte at de møtte både holdningsmessige og strukturelle barrierer når de begynte å arbeide i hverdagsrehabiliteringsteam. Tre hovedtemaer ble tydelige i vår analyse av intervjuene: 1) Å bli en trener, 2) Å møte brukeren og 3) Å samhandle med andre yrkesgrupper. Alle tre tema fremhever at arbeidsformen i hverdagsrehabilitering innebar en «trenerrolle» med ny tilnærming til arbeidsoppgaver, et nytt blikk på brukerne og ny forståelse av hva det vil si å arbeide i et tverrfaglig team.

### 1. Å bli en trener

Helsefagarbeiderne brukte mange begrep for å forklare og visualisere endringen fra å være en hjelper i de tradisjonelle helse- og omsorgstjenestene til å bli en hjemmetrener i rehabiliteringsøyemed. Noen beskrev det som en overgang fra «hjelpeskulturen til mestringskulturen», andre sa de hadde gått fra «hjelpefellen» eller «pleiefellen» til nå «å jobbe med hendene på ryggen». Flere påpekte, som Stine, at denne overgangen var krevende:

Jeg måtte å slutte å bruke pleiefella. At jeg måtte å bli flinkere til å se og å veilede enn jeg var før ... Det var liksom at jeg klødde litt i fingrene til å [hjelpe] ... Det er nok lettere å gjøre ting for brukeren. (...) Også da å snu helt på flisa og så ikke skulle gjøre noe annet enn også å trene og vise folk og forklare liksom ... Det var litt overgang.

Stine påpeker her at endringen i arbeidsform innebar forandring i egen holdning; hun måtte «snu på flisa» og gå fra å være hjelpende til å bli aktiviserende og veiledende. Denne beskrivelsen var gjennomgående hos de fleste – de forteller at de jobbet aktivt med å endre sin praksis. De måtte begynne å tenke på en ny og mer helhetlig måte. De tok på seg «nye briller» og begynte å se brukerens ressurser, og ikke deres hjelpebehov. For Trine var dette en stor overgang, og tidvis følte hun seg «slem» mot brukerne når hun ba dem å gjøre ting selv:

Før så var jeg veldig – bare gjorde det for de. Det er ikke det samme nå – helt annet syn. Og jeg hadde noen som skulle ha morgenstell: [De] bare stakk frem ansiktet. «Du, du vasker deg selv». Det klarer de, ikke noe problem. Jeg følte meg egentlig litt sånn slem, ja, ja. Men ut fra når du får en del kunnskaper i bagasjen så vet man jo, at man ønsker bare beste for brukerne.

Fokus på ressurser og selvhjelpenhet innebar at de, blant annet, måtte tilegne seg kunnskap om kartlegging av brukerens funksjon og ressurser. Noen av helsefagarbeiderne fikk opplæring i kartleggingsverktøy, fallforebygging, motiveringsteknikk og i å følge opp øvelser. Det kom frem i intervjuene at tilbud om opplæring varierte fra kommune til kommune, og at noen av helsefagarbeiderne hadde fått mindre opplæring enn andre.

## 2. Å møte brukeren

Å jobbe som hjemmetrener innebar å møte den enkelte brukers forventninger til hverdagsrehabilitering, tett oppfølging over tid, skape gode relasjoner, motivere den enkelte til å nå sine mål og hjelpe til med å planlegge trening på egen hånd.

### **Brukerens forventninger**

Brukerne som helsefagarbeiderne møtte i rollen som hjemmetrener, hadde allerede «dannet et bilde av hva de tror [hverdagsrehabilitering] er», påpekte Natalia. De forventet å få hjelp, altså at tjenesteyteren overtok oppgaver og utøvet praktisk hjelp og pleie. Trine mente at brukerens forventninger ikke var i samsvar med helsefagarbeidernes intensjon om å hjelpe til selvhjelp:

Hvis du kommer til en bruker som er vant til å få mye tjenester fra kommunen og når du på en måte kommer inn og skal være den som skal fortelle – «Nei, dette her klarer du egentlig selv mens jeg er her». Så blir du fort uglesett litt. At du er den som ikke vil gjøre, selv om du på en måte egentlig er den som vil prøve å hjelpe, at du skal klare det selv og få en annen livskvalitet og en annen hverdagsmestring.

For å tidlig avklare egen rolle sørget helsefagarbeiderne derfor for å fortelle brukeren hvilken tjeneste de representerte når de kom hjem til dem første gang. Stine sa: «Jeg presenterer meg som hjemmetrener når jeg kommer til en ny bruker. Kommer jeg til ny bruker på helg [i hjemmesykepleien] så presenterer jeg meg kun med navn og sier at det er jeg som skal ordne med deg i dag».

Å gjøre det tydelig for brukerne allerede innledningsvis hvilke prinsipper de jobbet etter, var med på å avklare brukernes forventninger. Nina sa:

Da har vi innkomstsamtale for å fortelle om oss, hva vi kan hjelpe dem med eller være motivator og så får de tenke noen dager og så tar vi kontakt igjen. (...) Vi må jo på en måte si hvis de spør om ekstra tjenester at vi konsentrerer oss om dine mål, som du har bestemt deg for å gjøre.

Til tross for informasjon og avklaring av roller opplevde flere av helsefagarbeiderne at det var en tilbakevendende diskrepans mellom brukerens forventninger til dem og deres faktiske oppgaver som hjemmetrener. Helsefagarbeiderne merket dermed at overgangen til en mer aktiv tilværelse krevde omstilling av brukerens holdninger også. Eva erfarte at i løpet av hverdagsrehabiliteringsforløpet snudde brukere tankesettet sitt: «[Brukere] klarer å lage mat selv (...), de mestrer hverdagsaktiviteter igjen. Og mestrer de målene de har satt seg». Den enkelte opplevde forbedring og mestring, og ble mer selvstendig.

### **Å følge brukeren over tid**

Hverdagsrehabiliteringsteamene følger brukerne tett opp i en avgrenset periode, men tar daglig den tiden de trenger hos hver bruker. Trine understreket at denne måten å jobbe på sikret god oppfølging og kontinuitet. Både Trine og Hanne hadde «god tid» hos brukeren og

synes det var positivt at det var «faste mennesker» som fulgte brukeren opp under hele forløpet. Dette gjorde det mulig for dem å følge med på brukerens utvikling. Ingrid fortalte:

Når vi har noen i rehabiliteringa så kommer jeg hver morra. Og da kan jeg observere den brukeren fra mandag til fredag. Jeg holder på med en Parkinson-pasient nå. Da kan jeg observere både oppturer og nedturer.

Kontinuitet i opptreningen skapte rom for å etablere gode relasjoner. Johanne fortalte at når bruker og trener var trygge på hverandre, var det «enklere motivere og pushe (...), vite at man kan etter hvert dytte litt mer på de, (...) oppnå mer». En nær relasjon til brukerne var med på å «ivareta brukerens verdighet» og medvirkningsrett i rehabiliteringsprosessen. Det å involvere brukerne i målsettingsprosessen og la dem aktivt medvirke i egen rehabilitering, er sentralt i hverdagsrehabilitering. Trine fremhever selvbestemmelsesretten når hun beskriver dette:

Det er brukeren som bestemmer. Dette er dens hjem, dens liv og den bestemmer også over seg sjøl. (...) Du skal jo ikke ha en følelse av å bli overkjørt uten at du har fått mene eller bestemme sjøl hvordan man ønsker at det skal være.

#### **Å fremme brukerens motivasjon**

Kombinasjonen av brukerens egendefinerte mål og fortløpende resultater fra treningsopp- legget utløste ofte økt motivasjon i løpet av hverdagsrehabiliteringsperioden. Stine fortalte om hvordan hun opplevde en motivasjonsendring hos en bruker. Endringen i motivasjon foregikk i takt med at han opplevde fremgang og økt mestring:

Han var fryktelig skeptisk når han begynte, og jeg hadde mange runder med ham som jeg liksom prøvde å si «Men, dette går så bra!» og sånt noe. Han er jo helt hundre når vi hadde siste besøket. Vi hadde sånn evalueringstest. Og da var jo han helt annerledes. Han skulle fortsette å trene med det programmet han hadde fått. Han og kona, dem trente hver dag. Så her har det snudd fra å være så pessimist også til at han blei en optimist.

I dette sitatet kommer det også frem at Stine selv jobbet aktivt for å stimulere denne mannens motivasjon. Flere av helsefagarbeiderne fortalte at de hadde ulike teknikker for å motivere brukerne til selvaktivitet. Dette var teknikker som innebar å få dem til å reflektere over egne aktiviteter for å sette seg tydelige mål, utføre øvelser sammen med brukeren slik at de ble «på lag med hverandre» i treningen, gi positive tilbakemeldinger samt være ydmyke, rolige, blide og bruke humor. Videre ble det poengtert at det å etablere gode relasjoner til eventuelle pårørende var viktig. Pårørende kunne være gode støttespillere i opp- treningen.

Flere av helsefagarbeiderne hadde oppgaver utover selve opptreningen. De måtte vurdere funksjonsevne og omgivelser samt utføre helsescreeninger. Trine var en av helsefagarbeidere som hadde vurdering av ernæring som en del av arbeidshverdagen, og for henne var samspising en teknikk som motiverte brukeren til å spise:

Vi ser de damene – de spiser nesten ingenting. Ligger på sånn 600–700 kalorier. De veier 35 kilo og ja, er for marginal. Så det går ikke an å trene med de. (...) Når du har den tiden så kan du samspise, ikke sant? Sitte der og prate med de og de tenker ikke så mye over at de spiser. (...) Og så vet man at de hadde spist.



Når hverdagsrehabiliteringsforløpet nærmet seg slutten, måtte helsefagarbeiderne hjelpe brukerne med å planlegge veien videre. En konkret plan kunne bidra til at brukerne lettere opprettholdt funksjonsnivået de hadde oppnådd eller, også, forbedret det videre. En plan for tiden fremover kunne være betydningsfullt for brukere som opplevde et tomrom når hverdagsrehabiliteringsteamet avsluttet sin innsats.

### 3. Å samhandle med andre yrkesgrupper

#### Å jobbe i team – men ikke likestilt

Alle helsefagarbeidere som ble intervjuet, jobbet i tverrfaglig hverdagsrehabiliteringsteam sammen med andre helsefagarbeidere, sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Nina fortalte hvordan den tverrfaglige kompetansen i teamet kom frem under et hjemmebesøk: «Fysioterapeut er veldig opptatt av fysikken og tar funksjonstest. (...) Mens vi snakker mer om ernæringa. Så har vi på en måte litt andre øyne (...)». Hun erfarte at samhandling på tvers av fagbakgrunn var nyttig for alle teammedlemmer da de utfylte hverandre og så brukerens behov fra ulike perspektiv. Både hjemmebesøk og tverrfaglige møter ble omtalt av enkelte av helsefagarbeiderne som viktige arenaer for utveksling av kompetanse mellom teammedlemmer. Johanne fremhevet for eksempel at teammedlemmene utviklet seg sammen, som en enhet.

Til tross for at teammedlemmer utviklet felles kompetanse, følte flere helsefagarbeidere at de som yrkesgruppe ikke var likestilt med de andre teammedlemmene. Trine sa:

«Jeg merker jo det at man blir litt sånn nederst på rangstigen. (...) Når det er tverrfaglig møte, ble jeg ofte ekskludert ut. (...) Jeg har kjent litt på det, siste tiden, at man er liksom nederst. (...) Man er ikke terapeut».

Trine mener at hun ble «rangert» under terapeutene i teamet når hun ikke ble invitert på tverrfaglige møter der brukere ble diskutert. Helsefagarbeiderne er de eneste i teamet som ikke har høyere utdanning på bachelornivå, og det er nettopp forskjellen i utdanningsnivå som Trine trekker frem. Trine selv mente at hennes stemme var viktig, for hun var mest hos brukeren, og hun kjente brukeren best. Stine, derimot, fikk delta på teammøter, men hun følte seg allikevel ikke helt likestilt med andre teammedlemmer – fordi hun kun utførte «treningsoppdrag» og gjorde «alt de andre sa at brukeren skal gjøre». Hun følte seg bare som en utfører.

#### Å samhandle med hjemmesykepleien

Mange av de som mottar hjemmesykepleie, rekrutteres til hverdagsrehabilitering, og helsefagarbeiderne mente at hjemmesykepleien hadde forventninger om gode resultater.

Allikevel ble det hevdet at dårlig informasjonsflyt mellom teamene og hjemmesykepleien gjorde det vanskelig å skape en felles tankegang, og at dette ble belastende for samhandlingen om rehabiliteringsinnsatsen. Natalia og Hanne hadde erfart at hjemmesykepleien var skeptiske fordi hverdagsrehabiliteringsteamet hadde altfor mye tid og for lite å gjøre. Trine påpekte at veldig mange ulike mennesker fra hjemmesykepleien var involvert i brukeren. Dette var én grunn til at hun følte det ble utfordrende å etablere et godt samarbeid med dem; andre grunner var at de ansatte i hjemmesykepleien hadde «dårlig tid», gikk på «automatikk» og ikke oppdaterte seg på oppdragene. Helsefagarbeiderne opplevde at «hjelpeskulturen» som fremdeles var utbredt i hjemmesykepleien, skapte utfordringer. Flere snakket om at hjemmesykepleierne tenkte annerledes og dermed ikke så verdien av hverdagsrehabilite-

ring. Stine sa: «Største problemet er kanskje å få hjemmetjenesten til å skjønne (...) at de gjør faktisk brukerne bjoerntjeneste ved å gjøre ting for [brukerne]».

I motsetning til de andre erfarte Natalia at i hennes kommune hadde hjemmesykepleien en lik tankegang som hverdagsrehabiliteringsteamet hennes: «Vår gruppe i hjemmesykepleien har gjort et kjempearbeid og klarer å tenke hverdagsmestring, og sjøl kan tilrettelegge for at brukere klarer mer sjøl». Hun mente at begge hadde aktivitet og egen mestring som grunnlag for sitt arbeid.

## Diskusjon

Helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner har tradisjonelt hatt fokus på behandling, pleie og kompenserende tiltak. Men, med store demografiske utfordringer i sikte har dette fokuset sakte, men sikkert snudd seg mer mot å fremme brukerens ressurser, tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning, målarbeid, forebygging og nå, med innføring av hverdagsrehabilitering, mestring av hverdagslige aktiviteter (Ness et al., 2012). En slik stor snuoperasjon, og implementering av et forebyggende og ressursorientert tankesett i helse- og omsorgstjenestene, kan kalles et paradigmeskifte, og det forutsetter forankring i politisk og administrativ ledelse (Ness et al., 2012).

Resultatene i denne studien viser at helsefagarbeiderne erfarer en tydelig overgang fra «hjelperrollen» til «trenerrollen» når de begynner å arbeide i hverdagsrehabiliteringsteam. Deres egne holdninger endres når de må begynne å se brukerens ressurser og ikke kun søker å løse brukerens hjelpebehov. I tråd med Goffmans rolleteori (1959/1992) må helsefagarbeidere i sitt virke som hjemmetrener redefinere den tradisjonelle bruker- og tjenesteyterrollen. Ved første møte opererer de som aktører i en ny rolle og avklarer derfor forventninger før de begynner å opptre. De ønsker at den nye rolledefinisjonen skal danne utgangspunktet for deres videre samspill. Utfordringen er at brukerne ofte ikke er klare over rolleendringen og forventningene som nå stilles til deres egeninnsats. I stedet tilkjenner brukerne forventninger om tradisjonell kompenserende hjelp. Dette, samtidig med at hjemmesykepleien fortsatt preges av slike tilnærminger, kan bety at paradigmeskiftet som er vedtatt og gjennomført på et overordnet politisk nivå, innebærer fortsatt endringsarbeid i tjenestene og i befolkningen. Det er særlig en manglende mestringstenkning i hjemmesykepleien som flere av helsefagarbeiderne i hverdagsrehabiliteringsteamene beskrev som utfordrende.

### Empowerment eller dulting?

For å skape endring hos brukerne – fra passive mottakere av hjelp til aktive deltagere i trening – er motivasjonsarbeid viktig. Birkeland (2014) skriver at motivasjonsarbeid er grunnleggende i hverdagsrehabilitering. I denne studien kom det frem at motivering til aktivitet utgjør en stor del av arbeidsoppgavene til helsefagarbeiderne. De klarer å motivere den enkelte ved, blant annet, å bruke god tid og å etablere gode relasjoner.

Motivering er et viktig prinsipp i all empowermentbasert tilnærming, og hjemmetrenerens motivasjonsarbeid kan sees som redskap for å stimulere brukerne til å velge et mer selvstendig og aktivt liv, slik det blir forespeilet av myndighetene i offentlige dokumenter. Det må allikevel påpekes at empowermenttanken i hverdagsrehabiliteringsarbeidet har noen strukturelle begrensninger. Skrøpelige brukere som forventer at det ytes hjelp eller er lite motiverte til å gjøre det som kreves for å bedre sin funksjon, tildeles ikke hverdagsrehabilitering nettopp på grunn av sine forventninger eller mangel på motivasjon.

Helsefagarbeidernes beskrivelser av eget motiveringsarbeid kan også tolkes i lys av det som på engelsk kalles for «nudging» eller på norsk «dulting». Dulting blir definert som:



«små, planlagte grep som endrer folks atferd på en forutsigbar måte uten å forby alternativer eller endre økonomiske incentiver vesentlig. Nudging er et alternativ til regulering og ivaretar enkeltpersoners valgfrihet selv om påvirkningen skjer i en bestemt hensikt» (Nylenna, 2017 s.120).

Dulting handler om tiltak, som samspising og underveis-evalueringer, rettet mot endring av adferd uten å begrense valgfrihet og på denne måten å ivareta brukernes medvirkning eller empowerment. Dette er i tråd med hvordan Martinsen (2003) beskriver at makt kan brukes for å «frigjøre» ressurser uten at noen blir undertrykket.

### Nederst på rangstigen?

Helsefagarbeiderne erfarte at deres nye rolle som hjemmetrenerer ikke medførte en ny plassering innenfor det tradisjonelle hierarkiet man ofte ser i helsetjenesten. I det tradisjonelle hierarkiet besitter de med høyere utdanning mer kompetanse, og dette kan føre til maktubalanse (Garsjø, 2001). Tanken med tverrfaglige team er at medlemmene støtter hverandre, lærer fra hverandre og bidrar inn med sin spesielle kompetanse. Alle skal være likestilt (Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen & Langeland, 2017; Birkeland et al., 2018; Vik, 2018). Likevel erfarte flere helsefagarbeidere i denne studien at de ikke ble mer likestilt når de jobbet i team; de erfarte heller at de var plassert nederst på «rangstigen» slik de alltid hadde vært. Den hierarkiseringen vises i praksis når helsefagarbeiderne ikke ble inkludert i tverrfaglige møter og dermed ikke fikk bidratt med sin fagkompetanse og kjennskap til brukernes situasjon. De deltok kun «front stage» – i den direkte interaksjonen med brukerne. De tverrfaglige teammøtene er en viktig «back stage» arena (Goffman, 1959/1992), og mangel på deltakelse der hemmet helsefagarbeidernes rolle og bidrag i den tverrprofesjonelle samhandlingen. Slik adgangsbegrensning kan også føre til at teamet som helhet utvikler forståelser og praksiser som er mangelfulle (Hagland & Solvang, 2012).

## Konklusjon

Retorikken rundt hverdagsrehabilitering er preget av entusiasme. Erfarte gode resultater taler for seg. Bak disse resultatene ligger både teamets og den enkelte brukers iherdige innsats. Helsefagarbeiderne i denne studien gir et nyansert bilde av det å få og opprettholde en hjemmetrenerrolle. De beskriver nære relasjoner til brukerne, hvordan de har tilegnet seg ny og ressursfokusert kompetanse og hvordan de målbevisst anvender denne kompetansen til å motivere brukeren. De største utfordringene knyttes til tverrprofesjonell samhandling – både innad i temaet og overfor hjemmesykepleien. Manglede anerkjennelse av enkelte teammedlemmers bidrag kan synes overraskende, og løsrivelse fra hemmende profesjonshierarkier kan være en forutsetning for velfungerende hverdagsrehabiliteringsteam.

## Referanser

- Birkeland, A. (2014). Aktiv mestring i hjemmesykepleien: Hverdagsrehabilitering gjør brukere mindre avhengige av hjelp samtidig som de ansatte opplever jobben som mer meningsfullt. *Sykepleien*, 102(3), 44-47. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0023>
- Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F. F. & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement – a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 195–203. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S133417>

- Birkeland, A., Langeland, E., Tuntland, H., Jacobsen, F. F. & Førland, O. (2018). Hverdagsrehabilitering – spesialisert eller integrert? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 14(1). <https://doi.org/10.7557/14.4403>
- Folkehelse rapporten. (2014). *Helsetilstanden i Norge* [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 23.05.2018]. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Fürst, R. & Høverstad, L. (Red.). (2014). *Fra passiv deltager til aktiv mottaker: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner* (KS FoU-prosjekt nr. 134027, Sluttrapport 15.06.2014). Oslo: Fürst og Høverstad ANS.
- Garsjø, O. (2001). *Sosiologisk tenkemåte: En introduksjon for helse- og sosialarbeidere* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Goffman, E. (1992). *Vore rollespill i hverdagen*. Hentet fra [https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2012060824025](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2012060824025) (1. utgivelse 1959)
- Hagland, H. & Solvang, P. K. (2012). Tverrprofesjonelle praksisfellesskap. I Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (Red.), *Rehabilitering* (s. 251–266) (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hansen, E. B., Eskelinen, L., Rahnæk, Ø. & Helles, J. N. (Red.). (2015). *Ældres opplevelse af hverdagsrehabilitering* (KORA Rapport, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning). Hentet fra [https://pure.vive.dk/ws/files/2042260/10858\\_aeldres-oplevelse-hverdagsrehab.pdf](https://pure.vive.dk/ws/files/2042260/10858_aeldres-oplevelse-hverdagsrehab.pdf)
- Hasselberg, K. & Overraae, L. (2014). Hva er viktig for deg? Hverdagsrehabilitering som innovasjon. I Tuntland, H. & Ness, N. E. (Red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 7–8) (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017–2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Hjelle, K. M., Skutle, O., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016). The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experience participation in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 1–11. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S115588>
- Johnsen, L. M. (2017). *Sykepleierrollen i hverdagsrehabilitering: En kvalitativ studie om hvordan hverdagsrehabilitering kan påvirke sykepleierrollen* (Mastergradsavhandling). Høgskolen i Sørøst-Norge, Larvik.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (Red.). (2011). *Fra pleie og omsorg til rehabilitering: Viden og anbefalinger* (Dansk Sundhedsinstitut, Notat/Prosjekt 3333). København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Køber, T. & Vigran, Å. (Red.). (2011). *Arbeidstid blant helsepersonell: Stort omfang av deltidsarbeid*. (Samfunnsspeilet nr. 2/2011). Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/stort-omfang-av-deltidsarbeid>
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Jacobsen, F. F. & Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner: Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?* (Senter for omsorgsforskning, Rapportserie 6/2016). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2389813>
- Legg, L., Gladman, J., Drummond, A. & Davidson, A. (2016). A systematic review of the evidence on home care reablement services. *Clinical Rehabilitation*, 30(8), 741–749. <https://doi.org/10.1177/0269215515603220>
- Liaaen, J. M. A. (2015). *Professional carers' experiences of working with reablement*. (Mastergradsavhandling). Høgskolen i Sør-Trøndelag, Trondheim.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg: Tre dialoger med etterord av Katie Eriksson* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Meldgaard, H. A. & Kamp, A. (2018). From carers to trainers: professional identity and body work in rehabilitative eldercare. *Gender, Work & Organization*, 25(1), 63–76. <https://doi.org/10.1111/gwao.12126>
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L. & Butli, H. (Red.). (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering* (Hverdagsrehabilitering i Norge). Hentet fra <http://kurs.helsekompetanse.no/rehabilitering/23842>
- Nylenna, M. (2017). Nudging på norsk: dulting. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 137(2), 120. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.1088>
- Prokofyeva, E. (2019). *Fra hjelper til trener: En kvalitativ studie om helsefagarbeideres erfaringer med hverdagsrehabilitering*. (Mastergradsavhandling). OsloMet – Storbyuniversitet, Oslo.
- Rabiee, P. & Glendinning, C. (2011). Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference? *Health and Social Care in the Community*, 19(5), 495-503. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01010.x>
- Syse, A., Pham, D. Q. & Keilman, N. (Red.). *Befolkningsframskrivinger 2016–2100: Dødelighet og levealder* (Økonomiske analyser 3/2016). Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivinger-2016-2100-dodelighet-og-levaalder>
- Tuntland, H. & Ness, N. E. (2014). Hva er hverdagsrehabilitering. I Tuntland, H. & Ness, N. E. (Red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 21–40), (1. utg., 1. oppl.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- 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. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0142-9>
- Vik, K. (2018). Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(1), 6–15. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-05>