

Hverdagsrehabilitering–spesialisert eller integrert?

Arvid Birkeland, Eva Langeland, Hanne Tuntland, Frode F. Jacobsen og Oddvar Førland

Arvid Birkeland, førstelektor, Fakultet for helse og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet. arvid.birkeland@hvl.no

Eva Langeland, professor, Senter for omsorgsforskning Vest, Fakultet for helse og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Hanne Tuntland, førstelektor, Senter for omsorgsforskning Vest, Fakultet for helse og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Frode F. Jacobsen, professor, Senter for omsorgsforskning Vest/Institutt for sykepleie, Høgskulen på Vestlandet; professor II VID Vitenskapelige Høgskole

Oddvar Førland, førsteamanuensis, Senter for omsorgsforskning Vest/Høgskulen på Vestlandet; Fakultet for helse og sosialvitenskap, førsteamanuensis VID Vitenskapelige Høgskole

Abstract

Reablement – specialized or integrated?

This study was part of a major evaluation project with focus on various models for and effects of reablement. The aim was to get an extended understanding of how Norwegian municipalities organize and conduct reablement. Seven focus group interviews were conducted in seven municipalities including a total of 33 participants representing different health professions. The interviews were transcribed, and a hermeneutical approach was used in the analyses. Four main themes were derived: "The team as an organizational and professional center", "Collaboration around assessment of applications", "Different understanding of rehabilitation affected the organization", and "Goal – oriented and intensive training in everyday activities". The focus group interviews revealed different strength and weaknesses with specialized or integrated organization of reablement, but nevertheless they emphasized the importance of having interdisciplinary teams that can coordinate and participate in the practical implementation. However, more research is necessary to get more knowledge about organization of reablement.

Keyword/Nøkkelord

reablement; organizing; team; specialized; integrated; home care services

hverdagsrehabilitering; organisering; team; spesialisert; integrert; hjemmetjenesten

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4403>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Referee*

Introduksjon

Omkring 185000 personer mottar hjemmesykepleie og/eller hjemmehjelp i Norge (Otnes, 2015, Statistisk Sentralbyrå, 2017). Hjemmesykepleie er en helsetjeneste som gir personlig bistand, blant annet i form av pleie og omsorg, til personer som bor i egen bolig. Hjemmehjelp dreier seg om praktisk bistand i hjemmet som for eksempel renhold, matlaging og innkjøp (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011). Hjemmesykepleie og hjemmehjelp kan drives som to adskilte tjenester eller integrert. Samlet blir disse tjenestene ofte kalt «hjemmetjenesten» selv om kommunene også tilbyr andre typer hjemmetjenester (Abrahamsen, Allertsen & Skjøstad 2016). I det følgende brukes derfor betegnelsen «hjemmetjenesten» som innbefatter enten hjemmesykepleie eller hjemmehjelp, eller begge deler. Tjenestene gis etter søknad, ofte etter akutt eller gradvis forringelse av funksjonsnivå som følge av sykdom eller skade.

I Norge defineres rehabilitering som en planlagt, tidsavgrenset prosess med klare mål og tiltak der flere aktører samarbeider om å bistå personers egen innsats for å øke fungering, mestring, selvstendighet og deltakelse (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Ulike studier fremhever at hverdagsrehabilitering på mange områder samsvarer med den norske definisjonen av rehabilitering, men at hverdagsrehabilitering ofte har fokus på eldre personer som har gjennomgått et funksjonsfall og som har behov for eller mottar hjelp fra hjemmetjenesten. I tillegg har hverdagsrehabilitering et spesielt fokus på hverdagsaktiviteter i personers eget hjem og nærmiljø (Cochrane et.al., 2016, Legg, Gladman, Drummond & Davidson, 2016, Tessier, Dominique Beaulieu, Mcginn & Latulippe, 2016).

Offentlige dokumenter ser på hverdagsrehabilitering som et av flere tiltak for å øke brukernes egenfungering og livskvalitet, for dermed å kunne bidra til å møte fremtidens samfunnsutfordringer med et stigende antall eldre (Helse og omsorgsdepartementet 2012-2013). Internasjonalt har det vært begrenset med forskning på hverdagsrehabilitering, men av det som er gjort har en ikke uvesentlig del foregått i Skandinavia. Studiene viser at det er noe, men ennå svak forskningsevidens for at hverdagsrehabilitering i større grad enn vanlige tjenester medfører økt selvhjelpenhet i ADL - aktiviteter (Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland & Kjekken, 2015, Langeland et. al., 2015). Det er også usikkerhet knyttet til hvilken effekt hverdagsrehabilitering har på helse (Sims-Gould, Tong, Wallis-Mayer & Ashe, 2017, Pettersson & Iwarsson, 2017, Cochrane et. al., 2016, Tessier et. al., 2016, Legg et. al., 2016, Whitehead, Worthington, Parry, Walker & Drummond, 2015). Noen kvalitative studier viser imidlertid at hverdagsrehabilitering er av positiv betydning for enkelt deltakere,

og ansatte opplever det faglig stimulerende å arbeide med hverdagsrehabilitering (Birkeland, Tuntland, Førland, Jacobsen & Langeland 2017, Førland & Skumsnes 2016, Hjelle, Skutle, Førland & Alvsvåg, 2016, Hjelle, Tuntland, Førland & Alvsvåg, 2016, Jokstad, Landmark, Hauge & Skovdahl, 2016, Wilde & Glendenning, 2012, Liaaen, 2015).

Det er ulike erfaringer knyttet til hvordan hverdagsrehabilitering organiseres, men det vanlige er at rehabiliteringen organiseres rundt ulike former for tverrfaglige team som i varierende grad samarbeider med hjemmetjenesten (Cochrane et.al., 2016, Kjellberg, Helgestad, Madsen & Rasmussen, 2013). I og med at mange kommuner har egne rehabiliterings- eller fysioterapeut- og ergoterapiavdelinger, så etableres det i noen kommuner et samarbeid med disse avdelingene og hjemmetjenesten. Alternativt kan det tilføres ekstra ressurser til hjemmetjenesten, oftest i form av fysioterapeuter og ergoterapeuter, for å integrere rehabilitering i hjemmetjenestens daglige arbeidsoppgaver. Det kan også etableres spesialiserte hverdagsrehabiliteringsteam som opererer mer og mindre selvstendig og adskilt fra hjemmetjenesten (Langeland et. al., 2016). Søknader om hjelp fra hjemmetjenesten vurderes ofte av egne vedtakskontor og saksbehandlere som gjør et vedtak om hjelp. Vedtakene blir så formidlet til den daglige ledelsen av hjemmetjenesten som legger disse inn som oppdrag til de ansatte som så utfører oppdraget. Sett i et organisatorisk perspektiv er dette en byråkratisk organisering med et hierarki av posisjoner som styrer arbeidsprosessen og som fører til at de ansatte i hjemmetjenesten i stor grad har en ren utførerrolle (Mydland & Nesheim, 2017, Assmann, 2008). Organisasjonsformen er omdiskutert en del steder, og i Nederland har derfor en mer teambasert organisering fått innpass (Nandram & Koster, 2014). Team-organisering involverer i større grad utøverne og bryter dermed med den tradisjonelle hierarkiske og byråkratiske organiseringen. Mye tyder på at tverrfaglige team i en del sammenhenger kan bidra til større kostnadseffektivitet, mer læring og kompetanse, mer helhetstenkning, kontinuitet og mer tilfredshet både hos brukere og ansatte (Assmann, 2008, Birkeland et. al., 2017, Johanson, Eklund & Gosman – Hedstrøm, 2010, Nandram 2014, Thylefors, Persson & Hellström, 2005, White et. al., 2013).

Siden det er forsket lite på organisering av hverdagsrehabilitering, er hensikten med denne studien å få en økt forståelse av hvordan norske kommuner organiserer slik rehabilitering og hvilken betydning dette eventuelt kan ha for den praktiske gjennomføringen av rehabiliteringen. Med bakgrunn i dette ble studien derfor gjennomført med følgende forskningsspørsmål som utgangspunkt:

Hvilke erfaringer har kommuner med organisering av hverdagsrehabilitering og hvilken betydning har dette for den praktiske gjennomføringen av rehabiliteringen?

Metode

Studien var del av en følgeevaluering av 43 kommuner som fikk tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet for å implementere og utvikle modeller for hverdagsrehabilitering. Følgeevalueringen ble ledet av Senter for omsorgsforskning, vest og pågikk fra 2014-2016 (Langeland et. al., 2016).

Forskningsdesign

Studien hadde en kvalitativ og åpen tilnærming der fokus var rettet mot fokusgruppedeltakernes erfaringer relatert til studiens forskningsspørsmål, et såkalt «fremvoksende design» (Patton, 2002). Data ble innhentet gjennom fokusgruppeintervjuer bestående av team av ansatte som hadde et daglig samarbeid. Hensikten var at gruppe medlemmene skulle kunne diskutere og identifisere felles erfaringer og oppfatninger ut fra temaer som ble introdusert av moderator. Fokusgruppeintervjuer har vist seg som et nyttig redskap til dette (Krueger & Casey, 2000).

Datainnsamling og utvalg

Trettitre deltakere i sju rehabiliteringsteam i sju kommuner i seks fylker i Sør- og Nord-Norge ble rekruttert. Antall innbyggere i kommunene varierte fra cirka 4000 til cirka 90.000. De sju kommunene hadde gjennomført hverdagsrehabilitering med totalt 291 personer. Kriteriet for å få tilbud om hverdagsrehabilitering var at de var nye eller etablerte voksne brukere som opplevde fall i fungering og problemer med å mestre minst en hverdagsaktivitet. Personer med betydelig grad av demens ble ekskludert. Når det gjaldt organisering så viste en kartlegging av alle kommunene som var med i prosjektet at 42 % hadde en såkalt «hjemmetjenesteintegret» modell, 36 % hadde spesialiserte, frittstående enheter, mens 22 % hadde en såkalt «rehabiliteringstjenesteintegret» modell (Langeland et. al., 2016). Studien hadde en varighet på 21 måneder og fokusgruppeintervjuene ble foretatt i to omganger, henholdsvis etter tolv og sytten måneder. Fokusgruppedeltakerne ble rekruttert gjennom prosjektkoordinator i hver kommune. Prosjektkoordinator ble bedt om å henvende seg til og inkludere fagpersoner med erfaring med hverdagsrehabilitering. Antallet personer i fokusgruppene varierte fra fire til seks og intervjuene varte en til halvannen time. Intervjuene og analysen av intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter og diskutert med medforfatterne. Tabell 1 viser yrkesgruppene som deltok i intervjuene:

Tabell 1: Yrkesgrupper som deltok i fokusgruppeintervjuene:

Faggruppe	Antall
Fysioterapeuter	9
Sykepleiere	8
Ergoterapeuter	7
Vernepleiere	4
Helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider	3
Sosionom	1
Psykiatrisk sykepleier	1
Tilsammen	33

Før fokusgruppeintervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide. Guiden ble brukt som en rettesnor (tema guide), men gruppene kom inn på mange av temaene i guiden uten å bli spurt direkte. Intervjuguiden inneholdt følgende hovedpunkter:

Erfaringer med hvordan arbeidet hadde vært organisert – struktur.

Erfaringer med hvordan den tverrfaglige kartleggingen før tildeling av tjenester fungerte.

Vedtakskontorets rolle og funksjon, herunder vedtak og samarbeid med vedtakskontoret.

Brukerdeltakelse; mål og bruk av vurderingsredskapet Canadian Occupational Performance Measure, COPM, i arbeidet med å lage rehabiliteringsplan.

Erfaringer/tanker om selve gjennomføringen av rehabiliteringsarbeidet /treningen i hjemmene.

Samarbeidet med hjemmetjenesten.

Endringer i måte å tenke på? Endring i ideologien? Fokusskifte i arbeidet?

Analyse av data

Det ble gjort lydopptak av intervjuene og de ble transkribert av moderator i ettertid. Ved å lytte til intervjuene hadde moderator mulighet til å fange pauser, latter, stemme og andre lyder som kan ha påvirket tolkningen. Analysen var basert på en hermeneutisk tilnærming både under gjennomføring og tematisering av intervjuene. I den hermeneutiske tilnærmingen tillegges forskerens førforståelse betydning der forsker er bevisst sin førforståelse slik at ikke dette overskygger grunnlaget for en utvidet forståelse. En utvidet forståelse ble oppnådd gjennom en sirkulær prosess som bestod av å skifte mellom å ha fokus på enkeltfenomener og erfaringer som informantene uttrykte, og samtidig se

dette i lys av hele konteksten (Alvesson & Skøldberg, 2000). Analysen bestod av følgende hovedfaser:

Analyse under intervjuene.

Analyse gjennom å lytte til opptakene av intervjuene.

Transkribering av intervjuene.

Gjennomlesing av alle intervjuene for å få en oversikt.

Ny lesing med sikte på å identifisere hovedtemaer.

Ny lesing for å identifisere undertemaer som underbygget hovedtemaene.

Forvandling til skriftlig tekst med hovedtemaene som overskrifter som bekreftes av utsagn fra informantene.

Etiske hensyn

Studien ble godkjent av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Deltakerne i studien ble rekruttert gjennom prosjektkoordinatorene i hver kommune, og deltakerne ble av disse gitt muntlig og skriftlig informasjon om forskningsprosjektet. Deltakelse i studien var frivillig og deltakerne bekreftet at de var villige til å delta ved å signere en samtykkeerklæring. De ble informert om at de kunne trekke seg fra studien uten konsekvenser. I tillegg ble deltakerne informert om forskers taushetsplikt, inkludert informantenes anonymitet.

Resultat

Teamet som organisatorisk og faglig sentrum

Alle kommunene hadde opprettet en form for team. Teamene fungerte som et organisatorisk og faglig sentrum for hverdagsrehabiliteringen og bestod av fra tre til femten fagpersoner. Teamene hadde ulike navn og funksjoner:

Motorteam – som hadde et begrenset antall ansatte og som hadde en intensjon om å samarbeide nært med hjemmetjenesten.

Hverdagsmestringsteam – opererte i stor grad som et selvstendig team og hadde flere ulike fagpersoner.

Rehabiliteringsteam eller hverdagsrehabiliteringsteam – opererte også i stor grad selvstendig og bestod av ulike fagpersoner.

Kartleggingsteam – organisert som del av vedtakskontoret og utførte kartlegging, laget mål og skisserte tiltak der målet var at hjemmetjenesten skulle utføre rehabiliteringen.

Innsatsteam – selvstendig team med mange ulike faggrupper.

Opprettelse av team var spesielt knyttet til behovet for å komme i gang med hverdagsrehabilitering. De fleste teamene var derfor prosjektorganiserte og i en oppstartfase, selv om enkelte team definerte seg selv som å være i en driftsfase. Et team uttalte:

Ja, jeg tror det ville blitt vanskeligere og bare starte opp under ordinær tjeneste enn å få starte opp som et team som vi har gjort, få jobbe med det aktivt, det har nok hatt mye å si.

Ansatte kunne ha fulle stillinger i teamene eller være ansatt på deltid i kombinasjon med andre stillinger, men når de var i teamet var de vanligvis helt dedikert til hverdagsrehabiliteringsfunksjonen. I små kommuner var det flere i deltidsstillinger fordi en da kunne ha en større tverrfaglighet på tross av lite ressurser. Helsefagarbeidere var i et fåtall i teamene og i kun *en* kommune ble disse kalt for hjemmetrenere. Helsefagarbeiderne ble i stor grad betraktet som sidestilte med de høyskoleutdannede.

Selv om noen team hadde få ansatte og i tillegg hadde et mål om å arbeide nært opp mot hjemmetjenesten, hadde de en bevissthet om at de uansett hadde en kjernefunksjon. Et team vurderte sin rolle og funksjon slik:

Vi er på en måte et lite team i et stort team. Vi er kjernen og grunnmuren når vi snakker om hverdagsrehabilitering.

Selv om noen av teamene hadde et begrenset antall ansatte var det likevel slik at de fleste teamene utførte en del oppdrag uten å trekke inn hjemmetjenesten. Det gjaldt primært overfor personer som ikke tidligere hadde mottatt hjelp fra hjemmetjenesten. Følgende ble sagt om dette:

Når det gjelder de som ikke har noen tjeneste fra hjemmetjenesten er det sjelden at vi trekker de inn. Da gjør vi tiltakene selv for vi har da tenkt at det blir for mange personer å forholde seg til på kort tid og at det blir mer effektivt når vi gjør det selv. Det kan for eksempel gjelde hvis de skal ut å handle selv, da er det teamet her som bistår i forhold til trening på det.

Teamene ble et ansikt utad som representerte hverdagsrehabiliteringen og som flere instanser kunne henvende seg til. De hadde ellers hovedansvar for å utarbeide rehabiliteringsplaner i samsvar med ønsker og behov til den som var deltaker i rehabiliteringen. Teamene ivaretok dessuten tverrfagligheten som var avgjørende for både kartlegging av rehabiliteringsbehov, planlegging og utøvelse av selve rehabiliteringen.

Samarbeid om vurdering av nye søknader

Etter at hverdagsrehabiliteringsteamene var etablert ble det nødvendig å rekruttere nye søkere som kunne ha nytte av rehabilitering. I praksis kunne det fungere i form av et ukentlig møte mellom en eller flere personer i hverdags-

rehabiliteringsteamet og en eller flere saksbehandlere i vedtakskontoret. Noen kommuner ansatte også egne personer tilknyttet vedtakskontoret for å plukke ut potensielle rehabiliteringskandidater. I møtet med vedtakskontoret ble det enighet om aktuelle rehabiliteringskandidater, og teamet gjorde så en vurdering. Hvis det ble aktuelt med hverdagsrehabilitering ble det formidlet tilbake til saksbehandler som så fattet et vedtak i tråd med rehabiliteringsforløpet som var avtalt. To team uttrykte følgende:

Så er det de som for eksempel søker om dusj og trygghetsalarm der vi blir sendt ut for å vurdere rehabiliteringstiltak.

Fanger de opp når de søker om tjenester for første gang. Det er de vi har hatt best effekt på, jobbe intensivt og så trekke seg ut.

Dermed ble det etablert en «portvokterfunksjon» i samarbeid med de som var ansvarlige for vedtakene for å fange opp søkere som kunne ha nytte av hverdagsrehabilitering. På den måten var det mulig å forhindre at disse ble varige brukere, eller fikk en økning av tilbudet fra hjemmetjenesten. Et team refererte til følgende erfaring:

Enkelte har hatt hjelp i to år. Så har de fått en skade med etterfølgende hverdagsrehabilitering med det resultat at etter rehabiliteringen så har de greid seg uten noen tjenester i det hele tatt, altså mindre tjenester etter skaden enn før skaden.

I tillegg til søknader som kom direkte til kommunen, kunne hverdagsrehabiliteringsteamene få henvendelser fra enkeltpersoner, fastleger, pårørende, helseinstitusjoner og hjemmetjenesten for øvrig. Slike henvendelser ble ofte direkte og selvstendig vurdert av fagpersoner i hverdagsrehabiliteringsteamene. Saken ble så brakt inn til vedtaksansvarlig der det ble laget et formelt vedtak.

Ulik forståelse av hverdagsrehabilitering innvirket på organiseringen

Alle teamene hadde et felles mål om å etablere hverdagsrehabilitering overfor enkeltpersoner som kunne ha nytte av det og ønske om det, men noen team betraktet også hverdagsrehabilitering som en implementering av en ny kultur og holdninger i det daglige arbeidet i hele hjemmetjenesten. Tanken var at dette skulle føre til mer fokus på ressurser, egenaktivitet og selvhjulpenhet. Teamene som var opptatt av dette var derfor organisert som en integrert del av hjemmetjenesten. En sa følgende:

Valgt å implementere hverdagsrehabilitering i drift fra starten av. Det er jo en stor endring, en kulturendring, at hverdagsrehabiliteringstankegangen og hverdagsrehabilitering ikke blir en separat tjeneste, men noe som ligger i ryggen på alle.

Hverdagsrehabilitering ble dermed sett på som noe som innbefattet alle ansatte i hjemmetjenesten. Teamene som mente dette fikk derfor en rolle som «endringsagenter» og eller «motorer» i en omlegging av hjemmetjenesten slik at denne i neste omgang skulle bli i stand til å utøve hverdagsrehabilitering gjennom sitt «ordinære» arbeid. Teamene hadde dermed fokus på integrasjon og implementering, og de prøvde å etablere et samarbeid og bidra med veiledning og informasjon til hjemmetjenesten. Likevel fungerte dette i begrenset grad. Det skyldtes at det å etablere en ny kultur, holdninger og nye arbeidsmetoder ble sett på som et langsiktig mål. Det var derfor nødvendig at disse teamene i en begynnelsefase i stor grad jobbet selvstendig samtidig som målet hele tiden var å samarbeide med hjemmetjenesten. I praksis fungerte dette som en kombinasjon mellom å jobbe integrert og spesialisert. Et av teamene kommenterte følgende:

Prøver å trekke ut det beste for å si det sånn, fra begge modellene, for vi er jo et tverrfaglig motorteam som i praksis også jobber selvstendig, men så er det et mål at resten av tjenesten også skal følge opp.

De andre teamene betraktet hverdagsrehabilitering som et spesialisert tiltak som skulle utføres adskilt fra den ordinære hjemmetjenesten, rettet mot enkeltbrukere som hadde et spesifikt behov for rehabilitering. Selv om det var grader av dette så var disse teamene organisert som en adskilt og spesialisert funksjon der den ordinære hjemmetjenesten i liten grad var involvert. Et team som hadde fungert adskilt og spesialisert over et lengre tidsrom sa følgende:

Vi har det ikke integrert, vi er et eget team og vi tar inn våre egne brukere. Et privilegium å ha det slik som vi har det, at vi kan bruke tid på brukerne og få de med på ting og gjøre de mer selvstendige. Det må være et eget team ellers så vil en bli spist opp av ordinær tjeneste.

De spesialiserte tverrfaglige teamene kunne betrakte hjemmetjenesten nærmest som et forstyrrende element. Det var spesielt knyttet til en redsel for at hverdagsrehabiliteringen ville bli oppslukt og forsvinne blant alle de andre arbeidsoppgavene hjemmetjenesten hadde, selv om det kunne være deltakere i hverdagsrehabilitering som også trengte oppfølging fra hjemmetjenesten. De spesialiserte teamene jobbet praktisk og intensivt med den enkelte deltaker i hverdagsrehabilitering uten at de trengte å bruke tid på å samarbeide med hjemmetjenesten. Det tverrfaglige samarbeidet fungerte godt fordi teamene kunne bestå av mange ulike fagpersoner der flere hadde lang erfaring og høy kompetanse, de jobbet tett sammen og alle var dedikert den samme oppgaven. Dermed kunne teammedlemmene lære av hverandre og skreddersy rehabiliteringsopplegg basert på en tverrfaglig tilnærming, og den enkelte deltaker i rehabiliteringen fikk jevnlig besøk av et avgrenset antall godt kvalifiserte fagpersoner.

Organisering i form av integrerte eller spesialiserte team var ikke nødvendigvis påvirket av størrelsen på kommunene. Større kommuner hadde fordelene av å kunne omfordele ressurser og etablere team med flere fagpersoner i hele stillinger, mens små kommuner kunne løse dette med deltidsansatte som til sammen fungerte som et team ved at de for eksempel møttes til et felles møte en gang i uken.

Målrettet og intensiv trening på hverdagsaktiviteter

Selv om det var forskjeller i organisering, så hadde det ikke alltid betydning for gjennomføring av den praktiske rehabiliteringen overfor den enkelte deltaker. Forskjellene bestod eventuelt i om og i hvilken grad hjemmetjenesten var involvert. Uavhengig av organisering så var teamene opptatt av å ha fokus på deltakernes egendefinerte mål. Målene for rehabiliteringen ble laget med hjelp av kartleggingsinstrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) og de ble ofte konkretisert i egne planer som lå hjemme hos deltaker, eller i felles dokumentasjonssystem hvis hjemmetjenesten var involvert. Dermed dannet det en basis for hvordan gjennomføring av rehabiliteringen skulle skje uavhengig av organisering. Et av teamene som hadde som mål å samarbeide med hjemmetjenesten sa blant annet følgende:

Vi bruker målene som bruker setter og så lager vi tiltak ut fra det. For eksempel trening på morgenstell hver morgen, der det lages en plan som ligger hjemme for hva de skal gjøre selv og hva de kan få hjelp til.

For øvrig var det to forhold ved gjennomføringen som spesielt ble fremhevet som betydningsfullt. Det var for det første intensitet og hyppighet i treningen, og det andre dreide seg om å ha en helhetlig tilnærming som innbefattet både fysiske, psykiske og sosiale aspekter. Noen hadde delte stillinger mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og kommunens rehabiliteringstjeneste eller privat institutt, der trening ofte var avgrenset til en eller to ganger i uken. Noen team hadde derimot muligheter for å tilby trening to ganger daglig, noe som viste seg å ha en positiv effekt. En sa følgende:

Ser det fra to sider i og med at jeg også jobber i den ordinære rehabiliteringstjenesten. Vi har ikke ressurser til å gå til en pasient opptil flere ganger i uken eller to ganger pr. dag. Når man i hverdagsrehabilitering er på så mange dager i uken, så får man raskt formstigning.

Når det gjelder intensitet på treningen kunne organisering ha en viss betydning spesielt i forhold til små spesialiserte team der det kunne bli vanskelig med trening to ganger daglig, alle dager i uken. Et integrert samarbeid med hjemmetjenesten kunne bidra til at dette ble mulig ettersom hjemmetjenesten hadde døgnkontinuerlig drift og kunne legge inn trening som egne oppdrag, eller at treningen ble gjennomført som del av det oppdraget de ellers hadde.

Når det gjaldt en helhetlig tilnærming og trening på hverdagsaktiviteter, så definerte deltakerne egne mål som ofte var knyttet til funksjoner i hverdagslivet i hjemmet eller til aktiviteter i nær tilknytning til hjemmet. Dermed ble oppmerksomheten flyttet fra et kne, skulder eller rygg mot hverdagsaktiviteter og hele livssituasjonen i hjemmet. Som en sa:

Når du kommer hjem til folk og stiller spørsmål om hva som er viktig for dem, så er det en hel verden der ute, og det dreier seg nødvendigvis ikke bare om det kneet som er skadet.

Deltakerne i hverdagsrehabilitering fikk anledning til å få fram det som var viktig for dem, og som vanligvis var knyttet til sammensatte og dagligdagse utfordringer der mange trengte veiledning og trening. Hverdagsrehabilitering ble derfor en form for helhetlig rehabilitering med fokus på hele hjemmesituasjonen.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å få en utvidet forståelse av hvordan noen kommuner organiserer og praktisk gjennomfører hverdagsrehabilitering. Studien viser at et team/enheter av ulike fagpersoner som har et spesielt ansvar for rehabilitering er viktig for å fange opp og gi enkeltpersoner et tilpasset rehabiliteringstilbud i eget hjem og nærmiljø. Studien viser også at det er ulike oppfatninger omkring spesialisering kontra hjemmetjenesteintegrasjon av hverdagsrehabilitering. Ulik forankring og organisering trenger likevel ikke å ha avgjørende betydning for den praktiske gjennomføringen av rehabiliteringen. Dette diskuteres nærmere i det følgende.

Teamene som et organisatorisk sentrum

Utgangspunktet for de fleste kommunene var en situasjon med tilnærmet fravær av et tverrfaglig, systematisk og målrettet rehabiliteringstilbud i hjemmetjenesten. Det gjaldt spesielt samarbeid med ergoterapeuter og fysioterapeuter som blir betraktet som kjernepersonell innen rehabilitering (Steihaug, Lippestad, Isaksen & Werner, 2013). Gjennom prosjektene ble det omfordelt og ansatt nye personer, spesielt fysioterapeuter og ergoterapeuter, som dermed bidro til en større tverrfaglighet. På den måten oppstod det nye enheter av fagpersoner i form av team, som var faglig oppdatert på hva rehabilitering dreide seg om, og som var kontaktpersoner og et ansikt utad.

Selv om kommunene hadde ulike betegnelser på sine team, så gikk det et skille mellom de som organiserte hverdagsrehabilitering som en integrert del av hjemmetjenesten og de som organiserte hverdagsrehabilitering som en separat og spesialisert enhet adskilt fra hjemmetjenesten. Innenfor denne oppdelingen er det for øvrig ulike varianter og lokale tilpasninger (Kjellberg et. al., 2013). Denne studien viser at de spesialiserte teamene i hovedsak bestod av flere ulike fagpersoner med tre – årig helse- eller sosialfaglig utdanning. Det kan skyldes at

kommunene fikk tilført prosjektmidler og dermed hadde muligheter for å engasjere flere ulike profesjoner i egne team, i det minste i prosjektperioden. Andre steder kan disse teamene være bemannet med såkalte hjemmetrenere, det vil si personell uten tre – årig helse- eller sosialfaglig utdanning som gjennomfører selve den praktiske treningen under veiledning av spesielt fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere (Kjellberg et. al., 2013, Hjelle et. al., 2016a, Hansen, Eskelinen, Rahbæk & Helles, 2015, Rostgaard & Graff, 2016). I teamene tilknyttet denne studien var det få hjemmetrenere og de hadde en rolle tilnærmet likestilt med de andre i teamet. Fordelen med de spesialiserte teamene var høy grad av spesialisering, autonomi og tverrfaglighet, og dette bidro til høy kvalitet og kompetanse. Dette stemmer med ulike beskrivelser av teamarbeid og teamorganisering (Assmann 2008, Birkeland et. al., 2017, Johanson et.al., 2010, Thylefors et.al., 2005, White et. al, 2013). Selv om det kunne være samarbeid med hjemmetjenestene rundt enkeltbrukere, så medførte den spesialiserte modellen uansett etablering av team som opererte på siden av den ordinære tjenesten.

Der det var en integrert modell ble hjemmetjenesten tilført ekstra ressurser i form av tverrfaglige team bestående av minst fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Disse teamene opererte og var organisert som en del av hjemmetjenesten og de hadde en løsere teamstruktur (Kjellberg et. al., 2013, Langeland et. al., 2016). I motsetning til de spesialiserte teamene så måtte disse teamene operere i et dynamisk samspill og samarbeid med hjemmetjenesten selv om de i noen tilfeller utførte rehabiliteringen på egenhånd. Teamene foretok vurderinger av rehabiliteringsbehov og lagde rehabiliteringsplaner, lignende det Steihaug et. al. (2014) beskriver. Det var dette som ble fremstilt som en «kjerne- eller motorteamfunksjon» der hjemmetjenesten forøvrig kunne betraktes som et «utvidet team» som utførte rehabilitering som en forlengelse av eller som en del av kjerneteamets arbeid. Kjerneteamene opererte som en del av hjemmetjenesten, men fungerte i stor grad som et eget team i og med at de opererte utenfor hjemmetjenestens ordinære oppdragslister, lignende det som er beskrevet i annen relevant litteratur om team og teamarbeid (Assmann 2008, Mydland og Nesheim, 2015, Birkeland et. al., 2017, Johanson et. al., 2010, Thylefors et. al., 2005, White et. al., 2013). Dette var nødvendig for at rehabiliteringen skulle kunne skje i et tverrfaglig samarbeid, og som ville vært vanskelig å få til med en organisering bestående av et klart skille mellom faglige vurderinger, vedtak og utførelse. Kjerneteamene kunne spille på hjemmetjenestens ressurser, og ansatte i hjemmetjenesten kunne utføre rehabilitering som en del av virksomheten. Faren kunne være at det tverrfaglige samarbeidet ble løsere og kvaliteten lavere i og med at rehabiliteringsarbeidet ble spredt på mange ansatte, og at rehabilitering i større grad måtte konkurrere med andre påtrengende oppgaver.

Rekruttering av personer med behov for rehabilitering krever samarbeid

Flere team hadde erfaring med at henvendelser om hverdagsrehabilitering kunne komme direkte til teamene. Hvis rehabilitering ble vurdert som aktuelt, ble det avtalt et hverdagsrehabiliteringsopplegg i samarbeid med den aktuelle søker og vedtakskontoret. For øvrig kunne kommunene ansette egne saksbehandlere som hadde selvstendig ansvar for å fange opp personer med behov for hverdagsrehabilitering. Denne studien viser imidlertid gode erfaringer med et direkte samarbeid mellom saksbehandlere og hverdagsrehabiliteringsteamene. Å vurdere behov for hverdagsrehabilitering krever en individuell vurdering i en nær dialog med personen som har et potensielt rehabiliteringsbehov. Mye tyder på at det å identifisere hvilke rehabiliteringstiltak som er aktuelle, bør involvere egne fagpersoner med klinisk kompetanse og erfaring (Steihaug et. al., 2014). Det kan derfor være nyttig at det tverrfaglige hverdagsrehabiliteringsteamet bistår vedtakskontoret i faglige vurderinger rundt vurdering av rehabiliteringsbehov (Kjellberg et. al., 2013). Vedtakskontorets rolle blir da å være oppmerksom på henvendelser, behov og ønsker om rehabilitering, men at selve identifiseringen av den enkeltes behov for rehabilitering gjøres i et samarbeid med teamene (Hansen et. al.2015). Sammen med de vedtaksansvarlige kan teamene dermed lede personer inn i en tidsavgrenset rehabilitering. I tilfeller med søkere som ikke har hatt noen hjelp fra hjemmetjenesten fra før, kan teamene gå inn og gi nødvendig kompenserende hjelp samtidig med aktiv rehabilitering, uten å trekke inn den ordinære hjemmetjenesten. Dette kan illustreres med følgende modell:

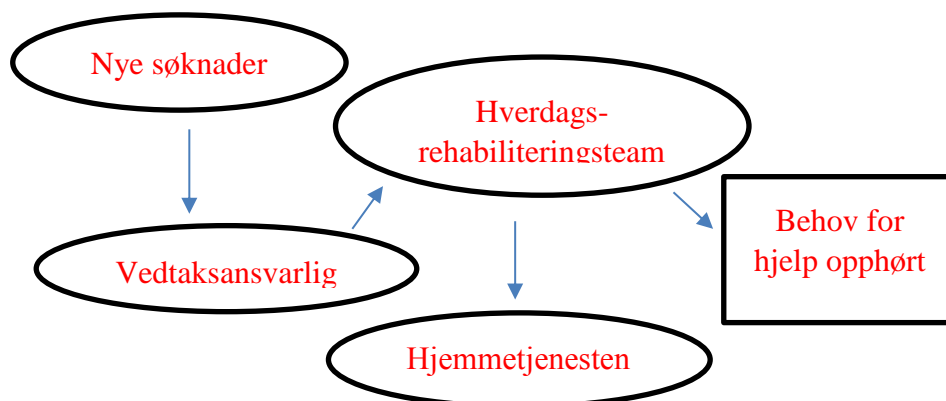


Fig. 1: Illustrasjon av teamenes funksjon og samarbeid med vedtaksansvarlig

Dette gjaldt de såkalte motorteamene (kjerneteamene) i den integrerte modellen i like stor grad som de spesialiserte. Mange av disse nye søkerne ble helt selvhjulpne etter rehabiliteringsperioden, mens noen ble overført til hjemmetjenesten.

Individrettet teamarbeid og/eller endring av tenkning, holdninger og kultur?

De kommunene og teamene som ønsket at hverdagsrehabilitering skulle integreres i hjemmetjenesten, hadde påbegynt et samarbeid gjennom de individuelle rehabiliteringsoppleggene. En del tok imidlertid dette videre til en ny dimensjon der hverdagsrehabilitering også ble forbundet med en kultur- og holdningsendring i hele hjemmetjenesten. Flere rapporter, bøker og offentlige dokumenter omtaler hverdagsrehabilitering som en effektivisering, kvalitetsheving og en ny arbeidsform som et alternativ til ordinære tjenester. Herunder anvendes ofte ordet hverdagsmestring som uttrykk for et tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå, der brukerstyring, vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt (Hartviksen & Sjølie, 2017, Først & Høverstad, 2014, Ness et. al., 2012, NOU, 2011).

Det var her klare forskjeller mellom de spesialiserte og integrerte teamene. De spesialiserte teamene var konsentrert om egen kultur, tenkning og spesifikk individrettet rehabilitering avgrenset til det teamet de jobbet i. Dermed hadde de liten innvirkning på det som skjedde i den ordinære hjemmetjenesten og de betraktet heller ikke det som en del av teamets oppgaver og funksjon. Teamene som arbeidet for integrasjon hadde i utgangspunktet mye større muligheter til å spre nye tenkemåter og holdninger og flere så det som en viktig oppgave. Samtidig var det vanskelig å vurdere om og i hvilken grad det skjedde, selv om flere arbeidet med å etablere et nærmere samarbeid med hjemmetjenesten, blant annet gjennom felles møteplasser. Resultatene fra denne studien omhandler derfor først og fremst erfaringer med «individrettet» rehabilitering, og studien gir få svar på om, i hvilken grad og på hvilken måte nye holdninger, tenkning, kultur og arbeidsformer faktisk ble implementert i hjemmetjenesten som helhet. Det kan skyldes at dette var prosesser som ville trenge mer tid og at teamene i stor grad var bundet opp av arbeid med individuelle rehabiliteringsopplegg.

Et annet aspekt er at tenkning, holdninger og kultur er fenomener som det kan være ulike oppfatninger av. Mye tyder likevel på at hjemmetjenesten kan innarbeide arbeidsmåter som i større grad bidrar til at brukere av tjenesten kan greie seg selv. Samtidig er personer som mottar hjemmetjenester ulike personer med ulike helseproblemer som har behov for ulike former for hjelp. Selv om de fleste som har mottatt hverdagsrehabilitering har positive erfaringer, er det også situasjoner der noen kan oppleve personalets tenkning og holdninger som et press og mangel på vilje til å gi nødvendig kompensierende hjelp (Hansen et. al., 2015).

Ingen store forskjeller i gjennomføringen

Selv om det i utgangspunktet kan være store forskjeller mellom en spesialisert og integrert modell for gjennomføring av hverdagsrehabilitering, førte ikke det

nødvendigvis til store forskjeller i selve kvaliteten på utførelse av rehabilitering til den enkelte deltaker, slik deltakerne i fokusgruppene opplevde det. Når det gjelder alle de 43 kommunene som var med i prosjektet så ble det gjennomført en flernivåregresjonsanalyse for å undersøke i hvilken grad ulike modeller hadde effekt på deltakernes utførelse av daglige aktiviteter. Det ble ikke funnet noen slike effektforskjeller mellom de ulike modellene og det ble konkludert med at de ulike modellene sannsynligvis er uttrykk for tilpasninger til ulikheter i kommunenes geografi og øvrige organisering (Langeland et. al., 2016). Vår studie viser at alle kommunene hadde et samarbeid med de vedtaksansvarlige omkring rekruttering av personer som hadde et rehabiliteringsbehov, og de var pålagt å benytte vurderingsredskapet COPM. Bruk av COPM som individuelt kartleggingsinstrument la dermed grunnlag for å fastsette individuelle mål for rehabiliteringen. Dessuten var det slik at selv om størrelsen og sammensetningen på teamene var forskjellig, så hadde også de integrerte teamene en tverrfaglig grunnbemanning som i det minste innbefattet både fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Det medførte altså at uavhengig av organiseringen så sikret dette både tverrfaglige vurderinger av tiltak og et tverrfaglig samarbeid omkring selve gjennomføringen av rehabiliteringen til den enkelte deltaker.

Når det gjelder intensiteten på treningen så viste det seg at 19 % av de 43 kommunene som var med i prosjektet også tilbød trening på kveld og helg (Langeland et. al., 2016). Enkelte av kommunene i denne studien tilbød trening to ganger daglig. Sammenlignet med det å delta på institusjonsbaserte rehabiliteringstilbud eller få besøk av en fysioterapeut eller ergoterapeut en til to ganger i uken, så erfarte noen av våre informanter god effekt av å tilby trening to ganger daglig. Det var en erkjennelse som ble gjort av spesielt fysioterapeuter som hadde kombinasjonsstillinger, for eksempel delt mellom en tradisjonell fysioterapistilling og en fysioterapistilling knyttet til et hverdagsrehabiliterings-team. I større spesialiserte team med mange ansatte som dekker både morgen og kveld kan det være mulig å få til trening to ganger pr. dag alle dager i uken, men i mindre spesialiserte team kan dette by på utfordringer. Der det er en integrert organisering kan trening på kveld og helg legges inn som ordinære hjemmetjenesteoppdrag.

Selv om organiseringen i en viss grad var forskjellig, innvirket ikke dette på det helhetlige fokuset på meningsfulle hverdagsaktiviteter som hverdagsrehabilitering fordrer. Samtidig var dette en ny måte å arbeide på. Til forskjell fra enkelte fysioterapeuter som hadde hatt en arbeidssituasjon med mye fokus på for eksempel kun et kne, hofta, skulder eller rygg, ble hverdagsrehabilitering mer holistisk og dreide seg om meningsfulle aktiviteter som for eksempel å kunne gå på toalettet selv, å gjennomføre et morgenstell, å gå på butikken, å lage mat eller gå på kafe. Ofte innbefattet dette både fysiske, sosiale og mentale funksjoner der en måtte ha oppmerksomhet på alle disse elementene i tilnærmingen. Det var der

tverrfagligheten ble viktig og det var der, spesielt de spesialiserte teamene, opplevde at hver fagperson hadde sitt spesielle bidrag i forhold til en helhetlig tilnærming (Birkeland et. al., 2017).

Metodiske overveielser

Dette var et tidsavgrenset prosjekt som innebærer begrensninger. Mens flere kommuner hadde arbeidet med hverdagsrehabilitering over en viss tid, hadde andre kommuner kun erfaring fra prosjektperioden og hadde dermed mindre erfaring. Alle kommuner hadde et mål om bedre samarbeid med hjemmetjenesten, men tidsaspektet satte begrensninger angående å kunne fange opp en lengre og bredere erfaring med organiseringen. Intervjuer på et senere tidspunkt kunne derfor ha gitt mer utfyllende data. Studien har fokus på organisering og et organisasjonsteoretisk perspektiv er derfor i noen grad trukket inn. Et sterkere fokus på dette ville muligens bidratt til å gi mer nyanserte svar. Når det gjelder selve fokusgruppeintervjuene var det primært et ønske å ha informanter i fokusgruppene som hadde erfaring med praktisk rehabiliteringsarbeid. Ledere var derfor ikke tiltenkt å være med, men noen steder var disse sterkt involvert også i det praktiske prosjektarbeidet. Det var derfor en del prosjektledere med i fokusgruppene, og det kan ha påvirket gruppediskusjonen og hindret kritiske ytringer. Videre ble intervjuene gjennomført av kun en moderator og det kan ha begrenset refleksjon over og vurdering av gruppedynamikken under intervjuene. Et annet aspekt er at det ble gitt eksterne midler fra Helsedirektoratet til alle de lokale prosjektene. Starten av et nytt tiltak kan også ha gitt mye entusiasme, skapt spenning og optimisme. Intervjuer etter lengre ordinær drift med hverdagsrehabilitering ville ha gitt et mer nyansert og fylldigere datagrunnlag.

Konklusjon

Hverdagsrehabilitering kan organiseres som spesialiserte, frittstående team, eller som integrerte team i hjemmetjenesten. Ulike fordeler og ulemper knyttet til de to organiseringsformene kom fram under intervjuene, der deltakerne hadde ulikt syn på hvilken modell som fungerer best. Sett fra et organisatorisk perspektiv er hjemmetjenesten ofte preget av en byråkratisk struktur med et hierarkisk skille mellom faglige vurderinger, vedtak og de som utfører oppdragene. Hverdagsrehabilitering krever tverrfaglig samarbeid med større grad av teamtenkning og teamorganisering, herunder kortere avstand mellom vedtaks- og utøverfunksjonen. De spesialiserte teamene har fordel av å ha flere fagpersoner som har et intensivt tverrfaglig samarbeid og de kan opparbeide høy kompetanse i og med at de utelukkende har fokus på hverdagsrehabilitering. Integrerte team samarbeider med hjemmetjenesten i gjennomføring av rehabiliteringen og kan dermed ha et mindre intensivt tverrfaglig samarbeid i og med at mange ansatte med ulike arbeidsoppgaver er involvert. Fordeler med en slik organisering er at det er mulig å spille på hjemmetjenestens ressurser og at alle i hjemmetjenesten

kan få større erfaring med og øke sin kompetanse om hverdagsrehabilitering. Så lenge begge modeller har tverrfaglige enheter som kan iverksette, koordinere, administrere og delta i den praktiske gjennomføringen av rehabiliteringen, er det små forskjeller i kvaliteten på rehabiliteringen overfor den enkelte deltaker. Det var gode erfaringer med at de som har vedtaksansvar samarbeider med hverdagsrehabiliteringsteamene om vurdering av behov for og vedtak om hverdagsrehabilitering. Ikke minst gjaldt det nye søknader om hjemmetjenester der hverdagsrehabiliteringsteamene i en del tilfeller bidrog til at personer kunne sluses utenom varig hjelp, eller trenge mindre hjelp enn det som ellers ville vært nødvendig.

Referanser

- Abrahamsen, D., Allertsen, L. og Skjøstad, O. (2016). *Hjemmetjenestens målgrupper og organisering*. Statistisk Sentralbyrå. Rapport 2016/13. Hentet fra: http://www.ssb.no/helse/artikler-og-ublikasjoner/attachment/262401?_ts=154043a0198
- Alvesson, M. & Skoldberg M. (2000). *Reflexive Methodology*. New Vistas for Qualitative Research. London. Sage.
- Assmann, R. (2008). *Teamorganisering. Veien til fleksible organisasjoner*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jacobsen, F. F. & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement – a qualitative study. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 10. 195-203. DOI <https://doi.org/10.2147/JMDH.S133417>
- Cochrane, A., McGilloway, S., Furlong, M., Molloy, D. W., Stevenson, M. & Donnelly, M. (2013). Home-care “reablement” services for maintaining and improving older adults' functional independence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Doi: 10.1002/14651858.CD010825
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR-2011-12-16-1256. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Fürst, R. & Høverstad, L. (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker. Hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. KS – FOU. Hentet fra: <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/fou-fra-passiv-mottaker-til-aktiv-deltaker---hverdagsrehabilitering-i-norske-kommuner/>
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering. En oppsummering av kunnskap*. Omsorgsbiblioteket. Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/hverdagsrehabilitering>
- Hansen, E. B., Eskelinen, L., Rahbæk, M. Ø. & Helles, J. N. (2015). *Ældres opplevelse av hverdagsrehabilitering*. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. KORA. København.

- Hentet fra: https://www.kora.dk/media/3482208/10858_aeldres-oplevelse-hverdagsrehab.pdf
- Hartviksen, T. A. & Sjølie, B. M. (2017). *Hverdagsrehabilitering. Kvalitetsforbedring i Norske Kommuner*. Cappelen Damm Akademisk.
- Helse og omsorgsdepartementet, (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Stortingsmelding nr. 29. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Helse og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m. m. (helse og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health and Social Care in the community*. Doi: 10.1111/hsc.12324
- Hjelle K. M., Skutle, O., Førland O. & Alvsvåg H. (2016). The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *J Multidiscip Healthc*. 9, 575-585. DOI: 10.2147/JMDH.S115588
- 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. Doi: 10.3109/11038120902978096
- Jokstad, K., Landmark, B., Hauge, S. & Skovdahl, K. I. (2016). Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering – Mestring og muligheter – krav og støtte i et dynamisk samspill. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 03 (2) – 212-221. Doi: 10.18261/issn.2387-5984-2016-03-07
- Kjellberg, P. K., Helgestad, A. H., Madsen, M. H. & Rasmussen, S. R. (2013). *Kortlægning av kommunernes erfaringer med rehabilitering på eldreområdet*. Sosialstyrelsen Danmark. Digit ISBN: 978-87-93052-10. Hentet fra: https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~/_/media/68CD1891EDC24AA29EDDD0A4B7065E7F.ashx
- Krueger, A. & Casey, M. (2000). *Focus groups. A practical guide for applied research*. 3 ed. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., Jakobsen, F. F. & Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?* Senter for omsorgsforskning Vest. Rapport nr. 6/2016. Hentet frå: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2389813/1/Rapport6_16_web.pdf
- Langeland, E., Tuntland, H., Førland, O., Aas, E., Folkestad, B. & Jakobsen, F. (2015). Study protocol for multicenter study of reablement in Norway. *BMC Geriatr*. 15 (111):1-9. Doi.org/10.1186/s12877-015-0108-y

- Legg, L., Gladman, J., Drummond, A. & Davidson, A. (2016). A systematic review of the evidence on home care reablement services. *Clin Rehabil.* 30(8):741–749. DOI: 10.1177/02692155155603220
- Liaaen, J.M.A. (2015). *Professional careers' experience of working with reablement [master]*. Trondheim: Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskolen i Sør-Trøndelag; 2015.
- Mydland, N. & Nesheim, T. (2017). Avbyråkratisering i staten? Utfordringer ved prosjekt- og teamorganisering. *Nordiske Organisasjonsstudier*. Nr. 2, 19. Fagbokforlaget. ISSN 1501-8237
- Nandram, S. & Koster, N. (2014) Organizational Innovation and integrated care: lessons from Buurtzorg. *Journal of Integrated Care*. 22, 4. DOI 10.1108/JICA-06-2014-0024
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L. & Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Ergoterapeutene, Norsk Sykepleierforbund og Norsk Fysioterapeutforbund. Tilgjengelig fra:
<http://www.netf.no/content/download/59168/229791/file/Rapport%20Hverdagsrehabilitering%20031012.pdf>
- NOU, 2011:11(2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo. Helse og omsorgsdepartementet. Departementenes servicesenter. Informasjonsforvaltning
- Otnes, B. (2015). Utviklingen i pleie og omsorgstjenestene 1994-2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 1, nr. 1, 48-61. Hentet fra:
https://www.idunn.no/file/pdf/66784794/utviklingen_i_pleie_og_omsorgstjenestene_19942013.pdf
- Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3 ed. Sage Publications; 2002.
- Pettersson, C. & Iwarsson, S. (2017). Evidence-based interventions involving occupational therapists are needed in re-ablement for older community-living people: A systematic review. *Brit J Occup Ther*. DOI: 10.1177/0308022617691537.
- Rostgaard, T. & Graff, L. (2016). *Med hænderne i lommen. Borger og medarbeiders samspil og samarbejde i rehabilitering*. Framferd Ældre. Det National Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA). Hentet fra:
https://www.kora.dk/media/5619316/11117-fremfaerd-rehabilitering_web.pdf
- Sims-Gould, J., Tong, C. E., Wallis-Mayer, L. & Ashe, M. C. (2017). Reablement, Reactivation, Rehabilitation and Restorative Interventions With Older Adults in Receipt of Home Care: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 18, 8. 653-663. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.12.070
- Steihaug, S., Lippestad, J.W., Isaksen, H. & Werner, A. (2014). Development of a model for organisation of and cooperation on home-based rehabilitation – an action research project. *Disability and Rehabilitation*. 36(7):608-616. Doi.org/10.3109/09638288.2013.800595

- Statistisk Sentralbyrå (2017). *Nøkkeltall for helse. Omsorgstjenester*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>
- Tessier, A., Dominique Beaulieu, M., McGinn, C. A. & Latulippe, R. (2016). Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Healthcare Policy*, 11(4) May 2016: 49-59. Doi:10.12927/hcpol.2016.24594
- Thylefors, I., Persson, O., & Hellström, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal Of Interprofessional Care*, 19(2), 102-114. Doi: 10.1080/13561820400024159
- 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.Doi 10.1186/s12877-015-0142-9
- Wilde, A. & Glendinning, C. (2012). If they're helping me then how can I be independent? The perceptions and experience of users of home-care reablement services. *Health & Social Care in the Community*. 20(6), 583-590. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x
- White, M. J., Gutierrez, A., McLaughlin, C., Eziakonwa, C., Newman, L. S., White, M. & Asselin, G. (2013). A Pilot for Understanding Interdisciplinary Teams in Rehabilitation Practice. *Rehabilitation Nursing*, 38(3), 142-152. Doi: 10.1002/rmj.75
- Whitehead, P.J., Worthington, E.J., Parry, R.H., Walker, M.F. & Drummond, A.E. (2015). Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: a systematic review. *Clin Rehabil*. 29(11):1064–1076. Doi: 10.1177/0269215514564894