



Medspill og motspill mellom profesjonene tilknyttet hverdagsrehabilitering

Facilitators and barriers for the inter-professional collaboration of reablement

Cathrine Fredriksen Moe

Nord Universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap og Nordlandssykehuset HF
Korresponderende forfatter, cathrine.f.moe@nord.no

Levi Gårseth- Nesbakk

Nord Universitet, Handelshøgskolen

Berit Støre Brinchmann

Nord Universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap og Nordlandssykehuset HF

SAMMENDRAG

Kunnskapsgrunnlaget for hverdagsrehabilitering er økende, men vi vet ennå lite om det tverrprofesjonelle samarbeidet i tjenesten. Denne studiens hensikt er å utforske hvilke faktorer som bidrar til medspill og motspill mellom profesjoner tilknyttet hverdagsrehabilitering i Norge. Det empiriske datamaterialet baserer seg på deltakende observasjon, intervjuer og dokumentstudier. De faktorene som er identifisert til å skape medspill, er å være med på noe stort, tverrprofesjonalitet, profesjonell autonomi og fleksibilitet samt å jobbe mot et felles mål. De faktorene som kan bidra til motspill er ulik profesjonsmoral, pleiekultur versus rehabiliteringskultur, ulik status blant profesjonene og forventninger om økonomisk lønnsomhet. Både medspill og motspill skaper dynamikk, noe som kan komme mottakerne til gode. Det er fremdeles behov for mer kunnskap om ulike dimensjoner av den tverrprofesjonelle praksisen i hverdagsrehabilitering.

Nøkkelord

hverdagsrehabilitering, tverrprofesjonell, samspill, profesjonspraksis, offentlig sektor

ABSTRACT

The knowledge base of reablement practice is increasing, but there is still a lack of knowledge about inter-professional collaboration. This study aims to explore facilitators and barriers for collaboration. We have identified four facilitators: to be part of something big, inter-professionalism, professional autonomy and flexibility and working towards a common goal. The barriers are: varying morale of the

professionals, care culture versus rehabilitation culture, varying status of the professionals and expectations of economic savings. Both the facilitators and barriers create a dynamic in the reablement practice, which can be advantageous for the service recipients. There is still a need for more knowledge about different dimensions of the inter-professional practice of reablement.

Keywords

reablement, inter-professional, collaboration, professional practice, public sector,

INTRODUKSJON

Velferdsstaten kjennetegnes av samhandling mellom profesjoner, organisasjoner og sektorer, noe som vil ha betydning for utforming av velferdstjenester i framtiden. Alle aktuelle aktører er forpliktet til å delta fordi det vil være nødvendig for samfunnet (Willumsen & Ødegård, 2014). Samarbeidende aktører er ikke bare fra den offentlige tjenesten, men også fra andre deler av samfunnet. En utfordring er å samle disse ulike aktørene for å jobbe mot et felles mål (Axelsson & Axelsson, 2006). Både Verdens Helseorganisasjon (WHO, 2010) og norske myndigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) fremhever samhandling som en viktig faktor for å ivareta de komplekse behovene innbyggerne i kommunene har. WHO's rammeverk for en tverrfaglig praksis sier at samarbeid mellom profesjoner er den beste måten å håndtere et økende press på helsetjenester på. Samhandling i praksis utnytter både kompetanse og kapasitet maksimalt. I tillegg skapes bedre tilgang til og koordinering av helsetjenester bedre helsetilbud og pasientsikkerhet (WHO, 2010). Tverrprofesjonelt samarbeid omtales derfor som vesentlig for å forbedre kvaliteten av tjenester, men det er liten enighet om hva som kan forbedre samarbeidet og hvordan det kan iverksettes (Lehn- Christiansen, 2016). Denne studien vil utforske hvilke faktorer som kan påvirke tverrprofesjonelt samarbeid. Noen faktorer vil bidra til at profesjoner spiller hverandre gode og skaper gode samspill. Vi velger å bruke begrepet medspill om dette. Andre faktorer kan bidra til motstand i praksis og skape barrierer for samhandling. Dette omtaler vi som motspill. Medspill og motspill er begreper som brukes i dagligtalen knyttet til ulike områder (for eksempel idrett), men begrepene er lite etablert i et akademisk språk, og har dermed liten teoretisk forankring. Medspill og motspill kan også forstås som tilretteleggere og barrierer for samspill – begreper som er mer innarbeidet teoretisk (for eksempel fra litteratur om samarbeid på andre områder innen helsetjenester: McInnes, Peters, Bonney & Halcomb, 2015; Supper et al., 2014).

Teoretisk perspektiv

Tverrprofesjonelt samarbeid forstås her som «an active and ongoing partnership, often between people from diverse professional backgrounds, who work together to solve problems or provide services» (Barr, Koppel, Reeves, Hammick & Freeth, 2005). Profesjonsbegrepet er flertydig, men en vanlig måte å omtale profesjoner på er å si at de er yrker som har oppnådd en profesjonell status, og som har en tydelig rolle i et samfunn. Den profesjonelle statusen oppnås etter en spesiell type høyere utdanning (Molander & Terum, 2010; Smeby, 2008). I hverdagsrehabilitering er den tverrprofesjonelle sammensetningen av personal en forutsetning. Formålet er å øke kvaliteten på tilbudet ved å utnytte kompetanse maksimalt,

og å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fagene (Ness et al., 2012). Denne studien støtter seg til en definisjon av hverdagsrehabilitering som sammenfatter grunntrekkene av tjenesten i Skandinavia:

Hverdagsrehabilitering er 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 (Førland & Skumsnes, 2016, s.11).

Kunnskapsgrunnlaget for hverdagsrehabilitering er økende, men det er fremdeles dimensjoner ved praksis som vi ikke vet så mye om (Cochrane et al., 2016; Førland & Skumsnes, 2016). Det er blant annet begrenset kunnskap om det tverrprofesjonelle samarbeidet (Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen & Langeland, 2017; Moe & Brataas, 2016).

To norske studier understreker viktigheten av jevnbyrdighet mellom profesjonene (Birkeland et al., 2017; Moe & Brataas, 2016). Studier viser også til stort engasjement for det tverrprofesjonelle samarbeidet i hverdagsrehabilitering og positive erfaringer for utøvere (Birkeland et.al, 2017; Vik, 2018). Moe (2017) har skrevet en avhandling om «Hverdagsrehabilitering i praksis» som avdekker noen spenninger knyttet til det tverrprofesjonelle samarbeidet. Fordi tidligere studier i stor grad viser til positive erfaringer med samarbeid, vil det være hensiktsmessig å utforske disse spenningene videre. Målet med studien er derfor å få mer kunnskap om hvilke faktorer som kan påvirke det tverrprofesjonelle samarbeidet i hverdagsrehabilitering, slik at utøvere av hverdagsrehabilitering og samarbeidende aktører lettere kan forstå og håndtere spenninger i praksis, og dermed bedre samspillet. Et bedre samspill mellom profesjoner vil igjen øke kvaliteten på tjenesten (Lehn- Christiansen, 2016).

Videre i artikkelen vil vi presentere metodologisk tilnærming, før vi presenterer studiens resultater og refleksjoner rundt disse. Artikkelen avsluttes med noen oppsummerende bemerkninger og forslag til videre forskning.

METODE

Denne studien utvider Moes ph.d.-prosjekt som er publisert gjennom avhandlingen *Hverdagsrehabilitering i praksis. En studie av spenningsfeltet mellom ulike aktører og interesser* (2017). Prosjektet er en følgeforskningsstudie av en norsk kommunes innføring av hverdagsrehabilitering. For å studere medspill og motspill mellom profesjoner tilknyttet hverdagsrehabilitering, vil denne aktuelle studien basere seg på sekundæranalyser av empirisk data. Sekundæranalyser av kvalitative data er bruk av data som tidligere er samlet inn og benyttet i forskning, med det formål å forfølge forskningsspørsmål som avviker fra de opprinnelige forskningsspørsmålene (Heaton, 2008).

Studiens kontekst og deltakere

Organisering og innhold i hverdagsrehabilitering varierer. I den studerte kommunen etablerte de hverdagsrehabilitering i 2012. Mens studien pågikk, var hverdagsrehabilitering organisert som et eget tverrprofesjonelt team. Utøverne i teamet var sykepleier, ergoter-

peuter, fysioterapeuter og helsefagarbeidere (hjelpepleiere og omsorgsarbeidere). I denne studien inkluderes alle hverdagsrehabiliteringenes utøvere som profesjoner, selv om definisjonen innledningsvis ekskluderer helsefagarbeidere. Dette gjøres med støtte fra Hjort (2005) som bruker «de profesjonelle» når hun henviser til offentlig ansatte som arbeider i direkte kontakt med mottakere av offentlige tjenester.

Grovt skissert var det slik i den studerte kommunen at de med høyere utdanning kartla tjenestemottakernes målsettinger og funksjoner, designet et treningsprogram samt evaluerte tiltak og resultater. Helsefagarbeiderne ble omtalt som hjemmetrenere og hadde ansvaret for den daglige treningen hjemme hos tjenestemottakeren. De ulike profesjonene fordelte arbeidsoppgaver seg imellom. De hadde felles kontor og flere ukentlige møter der de gjennomgikk tjenestemottakernes rehabiliteringsforløp, drift av tjenesten og faglige utfordringer.

En hverdagsrehabiliteringspraksis avhenger av et samspill med profesjoner også utenfor selve hverdagsrehabiliteringsteamet (Moe, 2017). Deltakere i studien har derfor vært ansatte i kommunen, som har hatt tilknytning til initiering, etablering, utøvelse og vurdering av hverdagsrehabilitering. Dette er utøvere i det tverrprofesjonelle teamet, ledere på ulike nivåer innenfor hjemmetjenesten, rehabiliteringstjenesten, sentralt i kommunens helse- og omsorgstjeneste og økonomer. En detaljert oversikt over deltakerne finnes i tabell 1.

Tabell 1. Deltakere i intervju.

Profesjon	Rolle	Intervju
Vernepleier	Leder pilotprosjekt	Individuelt
Sykepleier	Tverrprofesjonelt team	Fokusgruppe 1
Ergoterapeut	Tverrprofesjonelt team	Fokusgruppe 1
Ergoterapeut	Tverrprofesjonelt team	Fokusgruppe 1
Fysioterapeut	Tverrprofesjonelt team	Fokusgruppe 1
Fysioterapeut	Tverrprofesjonelt team	Individuelt
Helsefagarbeider	Tverrprofesjonelt team – hjemmetrener	Fokusgruppe 2
Helsefagarbeider	Tverrprofesjonelt team – hjemmetrener	Fokusgruppe 2
Helsefagarbeider	Tverrprofesjonelt team – hjemmetrener	Fokusgruppe 2
Helsefagarbeider	Tverrprofesjonelt team – hjemmetrener	Fokusgruppe 2
Ergoterapeut	Tildelingskontor	Individuelt
Sykepleier	Leder hjemmetjeneste, nivå 1	Fokusgruppe 3
Sykepleier	Leder hjemmetjeneste, nivå 1	Fokusgruppe 3
Sykepleier	Leder hjemmetjeneste, nivå 2	Fokusgruppe 3
Sykepleier	Leder hjemmetjeneste, nivå 3	individuelt
Sykepleier	Leder hjemmetjeneste, nivå 4	individuelt
Sykepleier	Leder hjemmetjeneste, nivå 2	individuelt
Økonom	Økonomikontor	Individuelt
Økonom	Økonomikontor	Individuelt

Leder hjemmetjeneste nivå 1 er nærmest utøverne i praksis, mens leder nivå 4 har en høyere lederposisjon.

Metode for innsamling av data

Studien har benyttet ulike metoder for å samle empiriske data; deltakende observasjon, individuelle intervjuer, fokusgruppeintervjuer, uformelle samtaler og dokumentgjennomgang.

Feltobservasjon har vært gjennomført i et utvalg av møter i kommunen. De utvalgte møtene har omhandlet drift, evaluering og utvikling av hverdagsrehabilitering samt brukevalueringer. Deltakende observasjon startet i januar 2014 og har pågått ut året 2016 (til sammen 260 timer).

Det har vært gjennomført både individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer. Ti semi-strukturerte, individuelle intervjuer ble gjennomført i tidsperioden mars 2014 til juni 2016 (Kvale & Brinkmann, 2015). Tre fokusgruppeintervjuer har vært gjennomført med til sammen 11 ansatte i kommunen. Intervjuene har vært planlagt og gjennomført som beskrevet av Hernandez (2012). Fokusgruppeintervjuene hadde til hensikt å belyse praksis gjennom en fokusert samtale deltakerne imellom. Slike samtaler har vist seg nyttige fordi deltakerne stimulerer hverandres hukommelse og assosiasjoner om sine felles erfaringer (Malterud, 2003). Formålet med intervjuene har vært å forstå erfaringer med hverdagsrehabilitering ut fra intervjupersonens perspektiv. Under alle intervjuene har deltakerne gitt detaljerte beskrivelser av sin hverdag og hvordan de begrunner, organiserer, gjennomfører og evaluerer hverdagsrehabilitering.

Et bredt utvalg av dokumenter er gjennomgått for å studere skriftlig kommunikasjon som belyser hverdagsrehabilitering, tendenser i helsetjenester og samfunnsstrukturer. Disse dokumentene har vært nasjonale dokumenter og lover, lokale kommunale dokumenter og aviser. Hensikten med denne gjennomgangen er å få kunnskap om ulike aktørers ideer og hvordan de manifesterer seg, pågående diskusjoner og argumenter (Bratberg, 2014).

Håndtering av det empiriske datamateriale

Det empiriske datamaterialet er gjennomgått med en målsetting om å løfte frem faktorer som kan ha bidratt til medspill og motspill mellom profesjonene. Analysene er inspirert av tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre i et datamateriale. Analysene i denne studien er gjennomført som en tematisk analyse som er drevet av forskerens «analytiske interesse» på feltet. Data som omfatter samspill mellom profesjoner, har derfor vært valgt ut, og det er gjennomført en induktiv systematisering av disse (Braun & Clarke, 2006). Analyseprosessen har vært en fortløpende frem og tilbake-prosess mellom datamaterialet og identifiserte faktorer (tema). Hensikten med dette er å øke studiens troverdighet med å tilstrebe at resultatene representerer studiens datamateriale.

Forskningsetiske overveielser

Studien er godkjent av norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (ref. 36770), og alle deltakere har gitt samtykke til å delta i studien. Kommunen er anonymisert av forskningsetiske hensyn. Regional etisk komité har gitt fritak fra taushetsplikt for å gi forsker tilgang til deltakelse på møter der tjenestemottakeres rehabiliteringsprosess har vært diskutert og evaluert (2013/2145/REK Nord).

RESULTATER OG REFLEKSJONER: FAKTORER SOM KAN SKAPE MEDSPILL OG MOTSPILL MELLOM PROFESJONER TILKNYTTET HVERDAGSREHABILITERING

Når vi videre skal presentere faktorer som bidrar til medspill og motspill mellom profesjoner tilknyttet hverdagsrehabilitering, er det ikke ment som en utfyllende oversikt – og heller ikke det siste ord i en slik diskusjon. Hensikten er å belyse og reflektere rundt noen faktorer som kan påvirke samspill i praksis. Faktorene blir her presentert nokså polarisert, men bildet fra praksis er mye mer nyansert. Faktorer som bidrar til medspill, kan også i motsatt fall bidra til motspill. Utforskning av disse faktorene har bidratt til nye oppdagelser som igjen kan skape grunnlag for mer dyptgående undersøkelser og refleksjoner.

Å være med på noe stort kan skape medspill

Å være med på noe stort handler om at hverdagsrehabilitering har blitt løftet frem som en endring, et paradigmeskifte og en innovasjon (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011; Moe & Gårseth-Nesbakk, 2015). Uttrykk som «å snu kommuneskuta» har vært brukt av deltakere i studien. De som er med, er en del av innovasjonen og får være delaktig i et større moderniseringsprosjekt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spesielt engasjerende er det dersom innovasjonen skapes «bottom-up». Det har vært et stort engasjement i dette feltet, og beskjedene til profesjoner har vært «hopp på toget nå før det er for sent» (Granbo & Sand, 2013). Hverdagsrehabilitering er også en representant for mange faglige og politiske strømninger som er over oss nå som aktiv aldring, mestring, smartere omsorg, nyskaping, innovasjon, samhandling, personsentrert omsorg og brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; NOU 2011:11; WHO, 2002). Engasjementet i kommunene har vært stort, og også media har løftet frem suksess-historier, begeistring og «Halleluja-stemming» (Larsen, 2013; Ueland, 2013).

Det er også slik at hverdagsrehabilitering har vært prosjektbasert i flere kommuner, og det har vært gjennomført evalueringer og forskning flere steder. Det er kjent fra litteraturen at forskere kan være fasilitatorer i endringsprosesser (Meyer, 2000). Slik kan det også være i hverdagsrehabilitering. Forskning og prosjektevaluering kan gi en følelse av å være med på noe viktig og betydningsfullt. «Å være med på noe stort» kan derfor være en faktor som bidrar til medspill. Det kan skape entusiasme og bidra til at flere ønsker å jobbe sammen mot en felles kommunal visjon: «Det er jo veldig positivt, for det setter kommunen på kartet. Det er artig å være med å bidra til det» (Prosjektleder). Også utøvere av hverdagsrehabilitering understreker dette: «For oss i hverdagen handler det om å øke kvaliteten

på jobben vi gjør. Det kan vi alle med hånden på hjertet si, vi vil være med på det løftet» (Fysioterapeut).

Det tette tverrprofesjonelle samarbeidet kan skape medspill

Flere studier viser at et godt samarbeid betyr en mer helhetlig tilnærming, og flere studier rapporterer om bedringer i tjenestemottakernes livskvalitet, helse og mestring av dagliglivets aktiviteter (selv om studier som bruker sammenliknende design, rapporterer om marginale forskjeller) (Cameron, Lart, Bostock & Coomber, 2014; Reeves et al., 2011).

Det tette samarbeidet mellom profesjoner skaper også ny kunnskap. Under gruppeintervju diskuterer terapeuter og sykepleiere den nye måten å jobbe sammen på: «Man har ideer om hverandre når man jobber på siden av hverandre, noe som blir korrigert når man jobber sammen» (Ergoterapeut).

I en svensk studie kom det fram at det tette tverrfaglige samarbeidet i hjemme-rehabilitering fungerte kompetansehevende for helsefagarbeidere og assistenter som deltok (Randström, Wengler, Asplund & Svedlund, 2012). Denne studien viser også at terapeuter og sykepleiere lærer av hverandre og bidrar til utvikling av ny kunnskap:

Vi har fått mer forståelse for hva kompetansen til for eksempel en fysioterapeut innebærer. Det er ikke bare bøy og tøy, og så slakker du på armen, det er jo ikke bare det. Som man kanskje har en idé om når man jobber på siden av hverandre. Nå får jeg være med litt inn i hodet hennes når hun tenker ut tiltak. Vi forklarer, det her tiltaket er fordi at, og så observerte jeg det. Når vi bruker tid på å diskutere får vi frem ting vi ikke ville ha sett hvis vi hadde vært alene. Det å få til den tverrfagligheten, å få alle synspunktene inn, det er utrolig flott og givende (Ergoterapeut og Sykepleier).

Samlokalisering har i denne studien vist seg å være nyttig. Det har bidratt til fleksibilitet i kontakten mellom profesjonsutøverne, og en økt flyt i kommunikasjon og dermed spredning av kunnskap. Dette stemmer med flere av studiene som er løftet frem av Cameron et al. (2014). Vik (2018) fant også i sin studie at samarbeidet mellom profesjoner skaper ny kunnskap som de anvender overfor brukere. En kontinuerlig utveksling av observasjoner, vurderinger og forslag til tiltak synes som nyttig for at de ulike profesjonene lærer av hverandre. Vik (2018) trekker i tillegg frem at det bidrar til at profesjoner blir faglig tryggere i eget fag.

Profesjonell autonomi og fleksibilitet kan skape medspill

Studier viser at økt profesjonell autonomi og fleksibilitet er en viktig faktor for å lykkes med hverdagsrehabilitering (Hjelle, Skutle, Førland & Alvsvåg, 2016; Moe & Brinchmann, 2018; Rabiee & Glendinning, 2011). Derfor legges det også til rette for det. Fauske (2010) skriver at de profesjonelles autonomi og grad av egenkontroll over arbeidet sitt er en viktig forutsetning for at arbeidet har en annen kvalitet enn arbeidet som er kontrollert av andre. På denne måten blir hverdagsrehabilitering en motsats til et system der de ansatte forventes å gjøre det som står på arbeidslista, uten særlige muligheter til faglig skjønn. Hverdagsrehabilitering blir et dynamisk system uten for mange rammer og regler, og gir utøverne økt

mulighet til faglige vurderinger. Dette står i motsetning til bestiller–utfører-modellen som i stor grad legger opp til en standardisering av helsetjenestene. Noe av premisset for styringsformen NPM er at man ikke har tillitt til frontlinjen, og kontrollerer utøvelsen med for eksempel å tidsstyre aktiviteter slik som den ordinære hjemmetjenesten ofte er organisert (Jørgensen, 2014).

Økt profesjonell autonomi og fleksibilitet kan sees på som en del av en større tillitsreform som vi er inne i Skandinavia. Tillitsreform er en politisk reform som tar sikte på å utvikle tillit i alle ledd i offentlige organisasjoner, og la en tillitsbasert styring erstatte den mer kontroll- og rapporteringsbaserte styringen som nå dominerer. Danmark var tidlig ute med å forsøke dette. Den danske tillitsreformen ble iverksatt i 2013, men det er fremdeles store uklarheter omkring i hvor stor grad den er gjennomført. Likevel har tillitsreformen skapt engasjement i flere politiske partier i Norge, og flere sentrale politikere er klare på at vi trenger en slik reform i Norge (Aspøy, 2016).

Når profesjonsutøvere og yrkesgrupper får økt autonomi og fleksibilitet, får de også mer ansvar, og de blir i høyere grad personlig stilt til ansvar for de valg som blir tatt. Når fremtiden baserer seg på friere valg, må avgjørelser i større grad tas «i situasjonen», og det vil bli stilt enda høyere krav til skjønnsutøvelse og samspill mellom flere aktører (Breimo & Sandvin, 2009; Hopia & Hakala, 2016). Denne studien viser at profesjonsutøverne setter pris på mer ansvar og muligheter til å påvirke egen arbeidshverdag:

Vi har mere påvirkning på vår egen arbeidshverdag. Hvis jeg ikke har tid da, kan jeg gjøre det senere. Det er ingen som sier at dette må skje i dag. Her er vi mer fagutøvere. Vi observerer, justerer og evaluerer tiltakene. Vi ser jo med et faglig blikk (Fysioterapeut).

Slik kan vi tenke oss at profesjonell autonomi og fleksibilitet skaper medspill mellom utøverne. Det gis rom for skjønn, og utøverne kan gjøre vurderinger og evalueringer sammen. Når profesjonene må finne løsninger sammen, bidrar det til engasjement (Vik, 2018).

Å jobbe mot et felles mål kan skape medspill

Med hverdagsrehabilitering søker kommunen å skape en målorientert, samhandlende prosess der profesjonsutøvere og yrkesgrupper samarbeider mot et felles mål. Målet/målene defineres av tjenestemottakeren ut fra hvilke aktiviteter som er viktig for den enkelte. Axelsson og Axelsson (2006) skriver at det er en utfordring i dagens helsetjenester å få flere ulike aktører til å jobbe mot et felles mål. Å jobbe mot et felles mål blir i studier løftet frem som en faktor som fremmer medspill i hverdagsrehabilitering. Blant annet viser en norsk studie gjennomført av Birkeland et al. (2017) at det skaper medspill når teamet jobber mot tjenestemottakers mål. Det er betydningsfullt at ingen av profesjonene definerer målet, men personen det gjelder. Forfatterne skriver også at mottakere av hverdagsrehabilitering ofte definerer mål som er annerledes enn det de ansatte selv ville satt, noe som ble oppfattet som positivt i denne studien. Det at tjenestemottaker setter egne mål, kan derfor bidra til at profesjonsutøverne blir mer likestilte fordi alle må bidra mot et eller flere felles mål og støtte hverandre for igjen å gi støtte til mottaker av hverdagsrehabilitering. Derfor vil «å jobbe mot et felles mål» være en faktor som bidrar til medspill. Målet blir noe utenfor profesjonene: «For det er mye lettere hvis du er en fagperson, å komme med egne mål, fordi jeg

har mine faglige briller, men det er brukerens egne briller som skal se og bestemme målene» (Ergoterapeut). En hjemmetrener er også enig i at det er meningsfylt og samskapende å jobbe mot brukers egne mål: «Det er kjempeviktig. Det er jo det som gir resultatene og som gjør det kjempeinteressant å jobbe».

Ulik profesjonsmoral kan skape motspill

Profesjonsutøverne i studien viser gjennom samtaler og handlinger at de har et samfunnsoppdrag som de tar på alvor, og de kjemper for å gjøre den kommunale helsetjenesten bærekraftig: «Jeg tror hverdagsrehabilitering representerer noe bærekraftig for fremtiden» (Økonom). I perioder har likevel samfunnsoppdraget vært erfart som for stort: «Hverdagsrehabilitering alene kan ikke redde kommunen, mer må til» (Ergoterapeut). Diskusjoner viser også andre verdier for praksis: «Ja, vi gir nå katten i de pengene. Det er jo fordi vi ser hvor bra det er for brukerne. De får mere livsglede og livskvalitet. Det er derfor jeg jobber med det» (Hjemmetrener). At profesjoner både er opptatt av samfunnsoppdraget og bedre kvalitet på tjenesten, er også et funn i Viks (2018) studie.

For en tid tilbake pågikk en diskusjon mellom filosofen Harald Grimen og etikeren Per Nortvedt. Grimen skrev at grunnlaget for all profesjonsetikk er politisk, og at profesjonsetikken springer ut av profesjonens samfunnsoppdrag. Uten et legitimt samfunnsoppdrag finnes derfor ingen profesjonsetikk (Grimen, 2008). Nortvedt tok til motmæle mot Grimens artikkel og hevder at etikken har forrang. Han skriver at Grimens påstand om det motsatte er problematisk (Nortvedt, 2005).

Spenningen i forholdet mellom samfunnsoppdrag og ansvar for enkeltindivider blir håndtert med ulike strategier. En er å snakke med to stemmer. En representant fra den aktuelle kommunen sa under et innlegg ved en konferanse: «Hverdagsrehabilitering må ikke snakke om penger – bare til politikere, ikke til drift. Da får du ikke til noen ting». Likevel er den økonomiske innsparingen sentral i hverdagsrehabilitering, motivert av å skape en bærekraftig helsetjeneste. Erfaringer fra denne studien er at aktører har ulike meninger og oppfatninger om styrende verdier for hverdagsrehabilitering. Dette fører til misforståelser profesjonene imellom og kommunikasjonsproblemer: «De forstår ikke hva vi gjør for folk, alt er bare økonomi» (Hjemmetrener). Uklarheter om hvilke verdier som styrer profesjonenes moral og som ligger til grunn for praksis, kan derfor skape motspill mellom profesjoner i hverdagsrehabilitering, noe som også støttes av Bredland, Linge og Vik (2011). For noen profesjoner er samfunnsoppdraget rådende for profesjonsmoralen, mens for andre profesjoner vil nærhetsetikken være styrende. Fokuset i nærhetsetikken ligger på det konkrete samspillet mellom to ulike individer. Innenfor denne etiske retningen vil enkeltindivider prioriteres foran rettferdighet, politikk og økonomi (Nortvedt & Nordhaug, 2007). Derfor trekkes ulikheter i profesjonenes moral frem som en faktor som kan bidra til motspill.

Pleiekultur versus rehabiliteringskultur kan skape motspill

Med bakgrunn i en dansk rapport med tittelen «Fra pleje og omsorg til rehabilitering» legges det til grunn en endring av fokus fra pleie og omsorg til rehabilitering, og hverdags-

rehabilitering blir omtalt som et paradigmeskift innenfor hjemmebaserte kommunale tjenester (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011).

I forbindelse med dette har hjemmetjenesten vært beskyldt for å arbeide for kompenserende (og med det gjøre eldre mer skrøpelig og hjelpetrengende enn hva som er nødvendig) (Birkeland, 2014). For å illustrere ulikheten mellom hverdagsrehabilitering og kompenserende tiltak kan man tenke seg en eldre person som har vansker med å gå i trappene. I stedet for å montere en trappeheis, vil man her trene opp balanse og styrke slik at personen kan klare å gå selv.

Sykepleieforskere svarer på kritikken fra hverdagsrehabilitering med å si at hverdagsrehabilitering ikke er noe nytt, og dersom de i hjemmetjenesten hadde hatt de samme rammebetingelsene som hverdagsrehabilitering (mer tid og den samme fleksibiliteten), kunne de ha gjort mye av det samme (Fæø, Petersen & Borge, 2016). Tønnesen og Nortvedt (2012) skriver at sykepleierne i hjemmesykepleien vet hvordan de skal jobbe for at pasientene skal ivareta funksjonsnivå, men de mangler ressurser til å gjøre det. Tidspress, rigide vedtak, få ansatte og høy grad av ufaglærte, lite kontinuitet, strenge dokumentasjonskrav og stadig nye pasienter for pleierne vanskeliggjør målrettet arbeid for å hjelpe pasientene til å ivareta og gjenvinne egenomsorgsevne. At personalet i hjemmetjenesten har liten tid, har nettopp blitt dokumentert i en ny ph.d.-avhandling (Holm, 2017). Andre sykepleieforskere skriver at det kanskje er et poeng at hjemmetjenesten er for lite opptatt av egenomsorg og mestring. Birkeland (2014) skriver for eksempel at spørsmålet er om å utøve hjemmesykepleie i for stor grad har blitt å hjelpe og kompensere, på bekostning av å bidra til at brukere kan hjelpe seg selv i størst mulig grad. Han mener at en del forhold kan tyde på det, og det kan ha ulike årsaker. For eksempel kan det være et resultat av en delvis misforstått omsorg der det å hjelpe så mye som mulig blir et mål i seg selv.

Vi har valgt å definere pleiekultur versus rehabiliteringskultur som en faktor som kan bidra til motspill fordi denne diskusjonen tidlig manifesterte seg i praksis, spesielt som spenninger mellom personalet i hjemmetjenesten og hverdagsrehabilitering. Ofte handler disse diskusjonene om tid:

Altså hvis vi hadde hatt to – tre brukere i løpet av dagen til så hadde det jo selvfølgelig gått bra. Men vi har jo 20. Så det sier seg selv at det ikke er mulig. De skal stelle seg, de skal ha mat, de skal ha medisiner, og så har vi ikke mere enn toppen en halv time. Det er det som er vedtakstid fra tildelingskontoret. Det må vi forholde oss til (Leder hjemmetjenesten).

Slike diskusjoner er også til stede i hverdagsrehabiliteringsteamet: «Brukeren skal ordne beina selv for å trene balansen hver gang han dusjer. Når hjemmetjenesten er der, tar de beina for å spare tid. Dette blir håpløst. Både vi og hjemmetjenesten må gjøre en innsats» (Ergoterapeut). Forskjeller i kultur, kunnskap og holdninger er også årsaker som blir løftet frem: «Hadde de hatt mer kunnskap, ville de jobbet på en annen måte i hjemmetjenesten» (Fysioterapeut), men «det er som en stein i systemet, den gamle kulturen er der enda» (Hjemmetrener).

Profesjonenes ulike status kan skape motspill

I dagens resultatorienterte helsevesen kan det være slik at det gir høyere status å jobbe med de som blir bedre, de vi kan behandle og gjøre friske/uavhengig av helsetjenester. Alvsvåg (1981) introduserte uttrykket resultat-sikker sykepleie som beskrivelse for den sykepleie som er rettet mot de som kan bli friske fra sin sykdom. Dette satte hun i kontrast til resultatløs sykepleie som er rettet mot de som ikke kan bli friske, selvstendige og uavhengige av hjelp.

Den danske forskeren Agnete Meldgård Hansen har fulgt hverdagsrehabiliteringsteam i to danske hjemmetjenesteenheter. I sine artikler skriver hun om hvordan rehabiliteringen har bidratt til et «mer optimistisk narrativ» av arbeidet i hjemmetjenesten. Hverdagsrehabilitering har mindre kroppskontakt og er mindre «dirty-work» enn de tradisjonelle pleie og omsorgstjenester og gir derfor høyere status (Hansen, 2016a, 2016b). En leder fra Helse- og omsorgsavdelingen i denne studien bruker ikke disse ordene, men hun tror og håper hverdagsrehabilitering kan være en mer attraktiv arbeidsplass enn hva hjemmetjenesten er, noe som kan øke rekruttering av fagfolk. På samme måte som vi skrev tidligere at det å være med på noe stort kan skape medspill for de som er med, kan status skape medspill for de som har jobber med status. Her nevnes det likevel som en faktor som kan skape motspill fra hjemmetjenesten som «står igjen» med de brukerne som ikke blir bedre: «Terskelen for å få hjemmetjeneste er hevet. Det er en helt annen politikk på tildelingskontoret. De brukerne vi har, trenger mye hjelp, og vi har en stadig økning av tjenester» (Leder hjemmetjenesten). Dermed tar ikke hjemmetjenesten nødvendigvis del i den endring av status som hverdagsrehabilitering har. Mens hverdagsrehabilitering holder fokus på de som kan bli bedre (Alvsvåg, 1981), vil hjemmetjenesten håndtere pasienter som krever mer omfattende oppfølging. En høyere terskel for tildeling av tjenester bidrar også til at brukere av hjemmetjenesten er sykere og lever med mer komplekse helseproblemer, noe som kan gi mer «dirty-work» (Hansen, 2016a) og motspill i praksis fordi kontrasten mellom hverdagsrehabilitering og hjemmetjenesten øker.

Også innad i hverdagsrehabiliteringsteamet kan ulik status skape motspill. I utøvelsen av hverdagsrehabilitering er det slik at de med høgskole-/universitetsutdanning kartlegger tjenestemottakernes målsettinger og funksjoner, designer et treningsprogram og evaluerer. De gjennomfører også hjemmetrening, men i utgangspunktet var det tenkt at hjemmetrenerne skulle utføre treningen. På denne måten kan man si at organiseringen av hverdagsrehabilitering skaper det som Hjort (2005) kaller et skille mellom håndens og åndens arbeid. Hjort skriver at dette skaper et A- og B-forhold mellom utøverne, der hjemmetrenerne blir B-utøvere. A-utøvernes (terapeuter og sykepleiere) arbeid er dynamisk og fleksibelt, mens B-utøverne blir bundet til praktiske oppgaver, bestemt av andre. Kanskje er det slik at de som utfører åndens arbeid, har høyere status enn de som gjør håndens arbeid (jf *dirty work*). Det kan ikke denne studien svare på, men uklare roller kan skape frustrasjoner i praksis: «Er vi bare utøvere, eller skal vi også gjøre faglige vurderinger? Vi gir jo tilbakemeldinger, men det er både- og om de blir tatt hensyn til» (Hjemmetrener).

Forventninger om økonomisk lønnsomhet kan skape motspill

Det siste punktet er forventninger om økonomisk lønnsomhet. Hverdagsrehabilitering har vært fremmet som en tjeneste som kan bedre kommunenes økonomi. Argumentasjonen er at det frigis midler når flere blir selvhjulpne. Med at andelen eldre øker i de neste årene, samtidig som vi sliter med rekruttering til velferdsyrkene, er flere bekymret for fremtiden. Den største bekymringen handler om bærekraftighet, om vi har penger nok til å drifte velferdsstaten slik vi gjør nå. Dette henger tett sammen med punktet over om Alvsvågs resultatsikre og resultatløse sykepleie. Hun advarte mot å prioritere de resultatsikre og dermed økonomisk samfunnsnyttige pasientene (Alvsvåg, 1981).

Martinsen (1989) introduserte uttrykkene vekstomsorg og vedlikeomsorg. Martinsen skriver at vedlikeomsorgen lett kan bli skadelidende i et helsevesen preget av ensidig resultatorientering og økonomisk nyttetenkning. Flere deler denne bekymringen, og mener at spørsmål om penger ødelegger verdier som profesjoner legger til grunn i sin utøvelse (Bentzen, Harsvik & Brinchmann, 2013). Forventninger om økonomisk lønnsomhet skaper både medspill og motspill i hverdagsrehabilitering. Ledere i den studerte kommunen sier at å spare penger ikke er motiverende for helsearbeidere. De erfarer å få ansatte imot seg når de snakker om penger. Likevel er kommuneøkonomi en sterk drivkraft i hverdagsrehabilitering. En investeringstankegang er i tråd med de tidligere nevnte trendene som for eksempel *active aging* og hjelp til selvhjelp. Sosial investering handler om å investere i mennesker, og politikken vil være å styrke menneskers ferdigheter og kapasiteter slik at de igjen kan delta i arbeidsliv eller det sosiale liv (Hall & Millo, 2016). Trening og rehabilitering er to av nøkkelområdene innenfor en slik politikk, og teori om sosial investering forklarer og rasjonaliserer derfor den styrende politikken.

Slik skaper penger motspill mellom profesjoner fordi noen helsearbeidere er bekymret for at en investering i hverdagsrehabilitering skal gå utover de kronisk syke og skrøpelige, mens de som har et potensiale, får mer hjelp. Forventninger fra ledere i kommunen om innsparinger er også stressende for utøverne av hverdagsrehabilitering fordi teamets eksistensgrunnlag avhenger av økonomisk innsparing: «Til syvende og sist er det tallene (pengene) som gjelder for oss. Slik det ser ut nå er vi kun en utgiftspost» (Ergoterapeut). Flere oppfatter også kommunens forventninger om innsparing som krevende og urettferdig: «De kan ikke forvente å tjene penger på noen få ansatte» (Hjemmetrener). Økonom mener derimot at de som jobber i helsetjenesten, har for snevert fokus på økonomi: «De må jo se hele bildet, ikke hente ut noen tall og gå til politikerne og si at dette er en suksess». Forventninger om økonomisk lønnsomhet og uklarhet om hva tallene skal representere, har derfor skapt motspill blant profesjoner tilknyttet hverdagsrehabilitering.

OPPSUMMERENDE BETRAKTNINGER

Denne artikkelen gir et kunnskapsbidrag til litteraturen om det tverrprofesjonelle samspillet i hverdagsrehabilitering. Vi har identifisert faktorer som kan fremme medspill og faktorer som kan bidra til motspill mellom profesjoner tilknyttet hverdagsrehabilitering. Det som kan skape medspill, er å være med på noe stort, tverrprofesjonalitet, profesjonell autonomi og fleksibilitet og å jobbe mot et felles mål. De faktorene som kan bidra til motspill,

er profesjonsmoral, pleiekultur versus rehabiliteringskultur, ulik status blant profesjonene og forventninger om økonomisk lønnsomhet.

Moes avhandling (2017) påpeker at det er noen spenninger i praksis, og denne studien utdyper disse mer. Avsluttende betraktninger er at det er både medspill og motspill mellom profesjonene knyttet til hverdagsrehabilitering, noe som kan komme brukere til gode. I en profesjonspraksis kan motspill gjøre utøverne skjerpet, noe de skal være for at tjenestemottakere skal få tjenester med høyest mulig kvalitet. Nettopp motstand og kontraster får profesjonsutøvere til å tenke og være bevisste på egne handlinger. Medspill er likevel nødvendig for at de ulike profesjonenes særegne kunnskap skal komme brukerne til gode. Samspill mellom profesjoner er nødvendig for å kunne tilby gode, helhetlige tjenester. Det er fremdeles behov for mer kunnskap om ulike dimensjoner av den tverrprofesjonelle praksisen i hverdagsrehabilitering. Vi anbefaler derfor videre forskning av den tverrprofesjonelle sammenhengen mellom ulike profesjoner som er tilknyttet hverdagsrehabilitering, også utover selve rehabiliteringsteamet.

TAKK

Artikkelen er basert på Moes prøveforelesning for graden ph.d. Vi ønsker å takke bedømmelseskomiteen for en inspirerende tittel på prøveforelesningen. Bedømmelseskomiteen bestod av førsteamanuensis Oddvar Førland, universitetslektor Hanne Konradsen og professor Steen Wackerhausen. Vi vil også takke deltakerne i studien som har delt raust av sine erfaringer og kunnskap.

KILDER

- Alvsvåg, H. (1981). Har sykepleien en framtid? En kritikk av den teoretiske sykepleien. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aspøy, A. (2016). Et spørsmål om doser. *Stat og styring*, 3(26). Hentet fra https://www.idunn.no/stat/2016/03/et_spoersmaal_om_doser
- Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of health planning and management*, 21, 75–88. DOI: <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
- Barr, H., Koppel, I., Reeves S., Hammick, M. & Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional education: Argument, assumption and evidence*. Victoria, Australia: Blackwell Publishing Ltd.
- Bentzen, G., Harsvik, A. & Brinchmann, B. S. (2013). «Values that vanish into thin air: Nurses experience of ethical values in their daily work. *Nursing Research and Practise*, 1–9. DOI: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/939153/>
- Birkeland, A. Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, FF & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement – a qualitative study. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 10, 195–203. DOI: <https://dx.doi.org/10.2147%2FJMDH.S133417>
- Birkeland, A. (2014). Aktiv mestring i hjemmesykepleien. *Sykepleien*, 3, 44–47. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/1489095.pdf>
- Bratberg, Ø. (2014). Tekstanalyse for samfunnsvitere. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>

- Bredland, E., Linge, O. & Vik, K. (2011). Det handler om verdighet: Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Breimo, J. & Sandvin, J. T. (2009). Samordning som diskurs: En analyse av samordningsbegreper brukt i offentlige politiske tekster, med særlig vekt på politikk for funksjonshemmede. I J. Tøssebro (Red.), *Funksjonshemming – Politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. (s.179-193). Oslo: Universitetsforlaget.
- Cameron, A., Lart, R., Bostock, L. & Coomber, C. (2014). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health and Social Care in the community*, 22(3), 225–233. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12057>
- Cochrane, A., Furlong, M., McGilloway, S., Molloy, D., Stevenson, M. & Donnelly, M. (2016). Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10). Hentet fra <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010825.pub2/abstract>
- Fauske, H. (2010). Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 29–53). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fæø, S. E., Petersen, K. A. & Borge, J. (2016). Hverdagsrehabilitering byr på lite nytt. *Sykepleien*, 104(1), 58–60. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/publication-pdf/hverdagsrehabilitering_byr_pa_lite_nytt.pdf
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2016). Hverdagsrehabilitering: en oppsummering av kunnskap. Oppsummering 2. Senter for omsorgsforskning, Vest. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2412233/hverdagsrehabilitering.pdf?sequence=1>
- Granbo, R. & Sand, S. (2013). Hverdagsrehabilitering – fysioterapeutenes deltakelse er viktig. Fysioterapeuten, 1. Hentet fra <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Hverdagsrehabilitering-fysioterapeutenes-deltakelse-er-viktig>
- Grimen, H. (2008). Profesjon og profesjonsmoral. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 144–160). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hall, M. & Millo, Y. (2016). Choosing an Accounting Method to Explain Public Policy: Social Return on Investment and UK non-profit Sector Policy. *European Accounting Review*. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638180.2016.1261721>
- Hansen, A. M. (2016a). Rehabilitative body work: cleaning up the dirty work of homecare. *Sociology of Health & Illness*, 38(7), 1092–1105. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12435>
- Hansen, A. M. (2016b). Rehabiliterende kroppsspleie i hjemmepleien. *Tidsskrift for arbeidsliv*, 18(2). Hentet fra <https://tidsskrift.dk/tidsskrift-for-arbejdsliv/article/view/110866/160027>
- Heaton, J. (2008). Secondary analysis of qualitative data: an overview. *Historical Social Research*, 33(3), 33–45. Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/20762299>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling-på rett sted- til rett tid. (St.meld. nr. 47 2008–2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Morgendagens omsorg. (Meld. St. 29 2012–2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hernandez, C. (2012). Developing grounded theory using focus groups. I V. B. Martin & A. Gynnild (Red.), *Grounded Theory: The Philosophy, Method, and Work of Berney Glaser*. (s.117-131). Boca Raton: BrownWalker Press.
- Hjelle, Skutle, Førland & Alvsvåg. (2016). The reablement team's voice: how do relatives experience participation in reablement. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 575–585. DOI: <https://dx.doi.org/10.2147%2FJMDH.S115588>
- Hjort, K. (2005). Profesjonaliseringen i offentlig sektor. Fredriksberg C: Roskilde Universitetsforlag.
- Holm, S. (2017). Knappt med tid i hjemmetjenesten – om kjøreruter, skjulte tjenester og tidspress. En dokumentanalyse av enkeltvedtak og ukeprogram (Doktorgradsavhandling), Nord Universitet, Bodø.

- Hopia, H. & Hakala, A. (2016). Finnish social and health care professionals' perspective of the future. *International Journal of Healthcare*, 2(1), 12–20. DOI: <https://doi.org/10.5430/ijh.v2n1p12>
- Jørgensen, S. L. (2014). Anerkendende offentlig ledelse under budgetpres. *Oekonomistyring og Informatik*, 29(3), 245–287.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering: Erfaringer fra Fredericia Kommune*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsinterview (Vol. 3)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, H. E. (2013, 13. aug.). Margit ga Erna råd, *Avisa Nordland*. Hentet fra <https://www.an.no/nyheter/margit-ga-erna-rad/s/1-33-6805900>
- Lehn-Christiansen, S. (2016). Kampen om tværsamarbeidet. *Tidsskrift for arbeidsliv*, 18(4), 8–23.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Oslo: TANO.
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A. & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of advanced nursing*, 71(9), 1973–1985. DOI: <https://doi-org.eazy.uin.no/10.1111/jan.12647>
- Meyer, J. (2000). Using qualitative methods in health related action research. *BMJ*, 320(7228), 178–181. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7228.178>
- Moe, A. & Brataas, H. V. (2016). Interdisciplinary collaboration experiences in creating an everyday rehabilitation model: a pilot study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 173–182. DOI: <https://dx.doi.org/10.2147%2FJMDH.S103696>
- Moe, C. F. (2017). *Hverdagsrehabilitering i praksis. En studie av spenningsfeltet mellom ulike aktører og interesser (Doktorgradsavhandling)*. Nord universitet, Bodø.
- Moe, C.F. & Brinchmann, B.S. (2018). Tailoring reablement: A grounded theory study of establishing reablement in a community setting in Norway. *Health & Social Care in the Community*, 26, 113–121. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12471>.
- Moe, C. F. & Gårseth-Nesbakk, L. (2015). Hverdagsrehabilitering som innovasjon – økt oppmerksomhet om aktørers samspill. I O. J. Andersen, L. G. Nesbakk & T. Bondas (Red.), *Innovasjoner i offentlig tjenesteyting: Vågal reise med behov for allierte*. (s. 87–105). Bergen: Fagbokforlaget.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2010). Profesjonsstudier – en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 13–28). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L. & Butli, H. (2012). Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Prosjektgruppen «Hverdagsrehabilitering i Norge». Hentet fra <https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKewj8jYL5wcfgAhXxxKYKHfoeCzIQFjABegQICBAC&url=https%3A%2F%2Ffysio.no%2Fcontent%2Fdownload%2F4792%2F126316%2Fversion%2F1%2Ffile%2FRapport%2520Hverdagsrehabilitering%2520031012.pdf&usg=AOvVaw2eqneEyvXVjZ71rDpTrKhF>
- Nortvedt, P. (2005). *Profesjonsetikkens grunnlag*. Senter for profesjonsstudier. SPS arbeidsnotat nr. 7–2005. Høgskolen i Oslo.
- Nortvedt, P. & Nordhaug, M. (2007). The principle and problem of proximity in ethics. *Journal of medical ethics*, 34, 156–161.
- NOU 2011:11 (2011). *Innovasjon i omsorg*. (2011). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- 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. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01010.x>

- Randström, K. B., Wengler, Y., Asplund, K. & Svedlund, M. (2012). Working with «hands-off» support: a qualitative study of multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 25–33. DOI: <https://doi-org.eazy.uin.no/10.1111/opn.12013>
- Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E. & Zwarenstein, M. (2011). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 25, 167–174. DOI: <https://doi-org.eazy.uin.no/10.3109/13561820.2010.529960>
- Smeby, J.-C. (2008). Profesjon og utdanning. In A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y. & Létrilliart, L. (2014). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of public health*, 37(4), 716–727. DOI: <https://doi-org.eazy.uin.no/10.1093/pubmed/dfu102>
- Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig sykepleie? *Sykepleien Forskning*, 3(7). Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/hva-er-faglig-forsvarlig-hjemmesykepleie>
- Ueland, M. (2013, 17. september 2013). «Halleluja» for ny eldresatsing, *Stavanger aftenblad*. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/nvrM5/Halleluja-for-ny-eldresatsing-i-Stavanger>
- Vik, K. (2018). Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(1), 6–15. Hentet fra https://www-idunn-no.eazy.uin.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2018/01/hverdagsrehabilitering_ogtverrfaglig_samarbeid_enempiris
- WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva: Verdens Helseorganisasjon.
- WHO. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: Verdens Helseorganisasjon.
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2014). Tverrprofesjonelt samarbeid- en fortsettelse. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag*. (s.13-18). Oslo: Universitetsforlaget.