DOI: https://doi.org/10.18261/9788215042985-2021-10

10. Søkelys på hverdagsrehabilitering

En tenkning og praksis av betydning for medvirkende eldre?

Aud Moe, Marianne Hedlund og Hildfrid V. Brataas

Sammendrag I dettet kapittelet problematiser vi hverdagsrehabilitering overfor hjemmeboende eldre og hvilke utfordringer som er fremtredende. Vi belyser og diskuterer særlig utfordringer knyttet til medvirkning, samhandling, personsentrert praksis og tverrfaglige tjenester. Vi diskuterer også konsekvenser for arbeidslivskultur i hjemmebaserte tjenester som ofte preges av omsorg og pleie. Behovet for mer forskning kommer frem.

Nøkkelord brukermedvirkning | hverdagsrehabilitering | tverrfaglighet | samhandling | eldre

Abstract This chapter problematizes and discusses everyday-rehabilitation service in regard to elderly persons living at home and what challenges are prominent. We highlight and discuss challenges related to participation, collaboration, person-centered practice, and interdisciplinary services. We also discuss consequences for working life culture in home-based services that are often characterized by care and nursing. The need for more research emerges.

Keywords user involvement | everyday rehabilitation | interdisciplinary | interaction | elderly

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International (CC BY-SA 4.0).
To view a copy of this license, visit http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/.

INNLEDNING

Politiske føringer angir at spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er sentralt når helsehjelp skal utføres i kommunal helse- og omsorgstjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Spørsmålet er særlig avgjørende for hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er et relativt nytt tjenestetilbud i mange norske kommuner, og tilbudet fremstår som noe uensartet i de kommuner som tilbyr det (Langeland et al., 2016). I dette essayet drøftes spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i forbindelse med hverdagsrehabilitering overfor hjemmeboende eldre. Dette siden hjemmeboende eldre er en viktig målgruppe som antas å ha nytte av hverdagsrehabilitering. I essayet diskuterer vi hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» og sikring av brukermedvirkning med eldre i hverdagsrehabilitering ikke er en enkel oppgave. Noen eldre vet kanskje lite om hva de kan kreve av kommunale tilbud, andre kjenner ikke hvilken tenkning tjenestene i hverdagsrehabilitering bygger på, eller hva som er formålet med å få et hverdagsrehabiliteringstilbud. Tankegangen og formålet med hverdagsrehabilitering kan også være ukjent for de mange som jobber med hjemmebaserte tjenester.

I essayet diskuterer vi både hva som kjennetegner hverdagsrehabiliteringen, dets tankegang og organisering samt hvorvidt hverdagsrehabilitering kan nyttiggjøres av hjemmeboende eldre. Vi diskuterer også hvem av disse eldre et slikt tilbud kan bedre hverdagen til, samt hva et slikt tilbud krever av måten personellet tenker og handler på, og hvilke konsekvenser dette gir. I tillegg setter vi i kapittelet søkelys på koblingen mellom brukermedvirkning i hverdagsrehabilitering knyttet til å gi personsentrert omsorg og samhandling mellom ulikt helsepersonell. Hensikten med essayet er å belyse og diskutere tankesett og praksis i hverdagsrehabiliteringstjenesten i lys av betydningen tjenesten har for eldre tjenestemottakere.

METODE

I dette essayet er vårt metodiske utgangspunkt å diskutere hverdagsrehabilitering i forhold til læring og kunnskap om hverdagsrehabilitering. Med læring sikter vi her til noe annet enn det Argyris og Schön kaller «single-loop»-læring (Argyris & Schön, 1996). Metodisk jobber vi i essayet med at kunnskapsutvikling og læring isteden skjer gjennom å stille spørsmål og reflektere over hvilken kunnskap og erfaring som finnes med hverdagsrehabilitering i den kommunale praksis, og hvilke underforståtte «sannheter» eller retningslinjer som styrer den praksis som utvikles. Dette essayet forsøker dermed å bidra til læring som Argyris og Schön (1996) kaller «double-loop»-læring. Det vil si læring som oppnås gjennom det

Reynolds (1998, s. 183) kaller kritisk refleksjon. Læring innebærer å se hvordan et problem er løst (enkelkretslæring), og dernest stille granskende spørsmål i den hensikt å få dypere forståelse av mål, verdier og tenkning som ligger til grunn for problemløsingen, det vil si dobbelkretslæring.

Datagrunnlaget vi benytter for å reflektere og lære, er hentet fra offentlige styringsdokumenter relevant for hverdagsrehabiliteringstiltak i kommunal helse og omsorg, samt andres og egen forskning. I en kritisk reflekterende tilnærming diskuterer vi hverdagsrehabilitering knyttet til eldre hjemmeboende sine muligheter for medvirkning og forventninger om samhandling fra tjenestepersonell. Termen «kritisk» sikter her til å være åpen og granskende (Brataas & Thorsnes, 2019; Dyson, 2018).

HVA ER HVERDAGSREHABILITERING, OG HVILKE PREMISSER BYGGER DEN PÅ?

«Personer med funksjonsfall, og særlig eldre, har etter etablering av hverdagsrehabilitering fått et utvidet tilbud om rehabilitering i eget hjem og nærmiljø», hevder Førland og Skumsnes (2016) i en rapport som oppsummerer kunnskap om hverdagsrehabilitering. For kommunale helse- og omsorgstjenester er hjemmeboende eldre dermed en gruppe som er ment å få det bedre gjennom tiltak i hverdagsrehabiliteringstilbudet der slike tiltak innvilges. Underforstått ligger det i slike tilbud at eldre skal rehabiliteres til en bedre hverdag i egne hjem og nærmiljø, ikke ved å legges inn ved heldøgnsinstitusjoner. På den måten skal eldre som har behov for rehabilitering, kunne bo i egne hjem og få bedre funksjonsevne.

Fremtidsprognoser tilsier at det vil bli flere eldre, og mange eldre vil leve lenger som friske. Samtidig vil medisinsk utvikling gjøre at flere eldre lever lenger med flere sykdommer og økende grad av funksjonssvikt, noe som kan medføre at hverdagslivet blir utfordrende (Husebø, Erdal, Kjellstadli & Bøe, 2017). I offentlige føringer angis prinsipper om at helsehjelp skal bidra til å mestre livet i tråd med egne forutsetninger, mål og ønsker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Det betyr en forventning om at i fremtiden skal eldre gis mulighet til å være mest mulig selvhjulpne. De skal få vurdert sitt potensial for rehabilitering og egenomsorg før den kommunale omsorgen setter i verk eventuelle kompenserende tiltak. Den offentlige helsepolitikken angir dermed hverdagsrehabilitering som et sentralt virkemiddel for hverdagsmestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2018) som kan lykkes med at eldre kan hente ut sine muligheter for selvhjulpenhet og sitt potensial.

Hverdagsrehabiliteringstilbud skal aktivisere egen mestring av hverdagen i eget hjem, og dette skjer via aktiv involvering av brukere av tjenesten (Tuntland & Ness, 2014). I tillegg skal hverdagsrehabilitering skje i form av et tverrfaglig samarbeid av helsepersonell som sammen med bruker setter mål for hverdagsrehabiliteringstiltakene. Utgangspunktet for dette handler om å spørre bruker om hva som er viktig. Når helsearbeider benytter svar eller mangel på svar hos bruker som utgangspunkt, kan det skje en videre dialog og involvering med brukeren i utforming av mål for rehabiliteringen. Som annen rehabilitering er hverdagsrehabilitering tidsavgrenset og regulert (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2012). Helsepersonell skal sammen med bruker legge opp et treningsprogram for å nå rehabiliteringsmålene (Tuntland & Ness, 2014).

HVA SIER FORSKNING NÅR DET GJELDER BETYDNING AV TJENESTEN FOR BRUKERNE?

En norsk studie har vist bedre resultat av hverdagsrehabilitering enn vanlige omsorgstilbud når det gjelder å forbedre selvopplevd aktivitetsytelse og tilfredshet med egen ytelse hos hjemmeboende eldre, også sårbare eldre med redusert individuell motstandskraft (Tuntland, Aaslund & Espehaug, 2015; Barstad, 2020). En systematisk review som inkluderte 14 742 deltakere i ti studier fra Storbritannia, USA, Australia og New Zealand, viste at hverdagsrehabilitering hadde positiv innvirkning på helserelatert livskvalitet og tilfredshet med tilbudet (Tessier, Beaulieu, McGinn & Latulippe, 2016). En annen review-studie som omfattet 750 deltakere i Australia og 61 i Norge, viste at hverdagsrehabilitering hadde positiv innvirkning på helserelatert livskvalitet og tilfredshet med tilbudet (Cochrane et al., 2016). Selv om noe forskning viser forbedringer i fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet (Tessier et al., 2016; Cochrane et al., 2016), gir forskningen ikke kunnskap om varige resultater.

«Hverdagsrehabilitering» er et norsk begrep beslektet med engelske begrep som «reablement» og «restorative care» i engelskspråklig forskningslitteratur. Basert på en kunnskapsoppsummering om hverdagsrehabilitering (Førland & Skumsnes, 2016) defineres hverdagsrehabilitering slik:

> 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)

Allikevel vil ikke definisjoner og forståelse av hverdagsrehabilitering i praksis alltid være samstemte (Hartviksen & Sjøli, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 24, 2018; Tuntland & Ness, 2014). Resultatet fra en Delphi-studie med forskere fra elleve land (publisert i 2020) viser at definisjonen av «reablement» ofte knyttes til en diagnoseuavhengig, personsentrert og helhetlig tilnærming utført av et koordinert tverrfaglig team. Tilbudet tar sikte på å styrke den enkeltes funksjoner og opprettholde/øke uavhengighet i meningsfulle aktiviteter, men også redusere behovet for langsiktige tjenester (Metzelthin, Rostgaard, Parsons & Burton, 2020).

I studier som Cochrane et al. (2016) og Bergström, Borell, Meijer og Guidetti (2019) defineres «reablement» eller «restorative care» som en personsentrert tjeneste som ytes av tverrprofesjonelle team. Det er imidlertid ikke gitt at organisering av tjenestene er de samme. I studier som ikke omtaler tverrfaglige team, tilbys tilbudet av helsearbeidere og terapeuter som ikke nødvendigvis er organisert i team.

Forskning viser at forståelsen av hverdagsrehabilitering kan knyttes til *hverdagsmestring som tenkesett* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 24; Tuntland & Ness, 2014; Hartviksen & Sjøli, 2017). Allikevel stiller vi spørsmål ved om det i den kommunale praksis foreligger et omforent syn på hva hverdagsmestring *er* for enkeltindivider. Det fremstår som om hverdagsmestring gjennom mestring av fysisk aktivitet blir det som vektlegges, selv om hverdagsrehabilitering er ment å være et tilbud som skal ivareta *hele* mennesket (Tuntland & Ness, 2014). Muligens kan et syn på hverdagsrehabilitering som et helhetlig tilbud ivaretas ved at fysisk aktivitet styrker muskulatur og balanse, og derved gir bedre funksjonsevne og mulighet til fysiske aktiviteter (Husebø, Erdal, Kjellstadli & Bøe, 2017). Bedre evne til fysisk aktivitet styrker igjen muligheten til å bevege seg i eget hjem og ivareta hverdagslivets fysiske aktiviteter. Videre kan styrket fysisk funksjonsevne gi mulighet til å bevege seg utenfor hjemmet, og å delta i sosiale aktiviteter. Muligheten til å bevege seg utenfor hjemmet kan forebygge isolasjon og ensomhet, og gi mulighet for også å dekke sosiale og eksistensielle behov. Selv om rehabiliteringstilbudet setter søkelys på fysiske øvelser, mener vi det er vesentlig å vurdere ringvirkninger som fysiske tiltak kan ha, for å ivareta psykososiale og eksistensielle behov hos mennesket.

Helhetstenkning innebærer å betrakte deltakeren som en person med egne preferanser og tilpasningsmåter i livssituasjon og kontekst. Denne tenkningen synes relevant når Cochrane et al. (2016) og Bergström et al. (2019) definerer «reablement» eller «restorative care» som en personsentrert tjeneste. Utøvelse av en personsentrert tjeneste kan forstås som «hjelpekunst», der personellet tilegner seg kunnskap om personen og hvordan personen tenker, føler og mestrer utfordringer i sin helsemessige situasjon, samtidig som personellet evner å se situasjonen i en

større kontekst (Ingstad, Evensen & Brataas, 2019). Det er et mål å ivareta tjenestemottakeren som et helt menneske, og styrke personens makt og selvbestemmelse.

Forskning tilsier at tiltak som setter søkelys på fysisk funksjon og fysiske øvelser, har som siktemål å fremme fysisk selvstendighet (Whitehead, Worthington, Parry, Walker & Drummond, 2015; Langeland et al., 2016). Aldersrehabilitering ut fra et mer helhetlig menneskesyn betrakter mentale og sosiale fungeringer i hverdagslivet som like viktig som fysisk funksjon (Drageset, Dysvik, Espehaug, Natvig & Furnes, 2015). Et helhetlig fokus ut fra den betraktningen kan gi brukeren større frihet til å svare på spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Tilnærmingen kan for eksempel åpne for målgrupper som er mest opptatt av psykososiale aktiviteter og ivaretakelse av sosiale bånd og nettverk. Et tilbud for slike målgrupper kan heller kreve bistand til organisering og tilgang til ressurser som gir mulighet til aktiviteter innen et større område enn bare å leve sitt liv i eget hjem. Kanskje trengs også øvelse og tiltak for å fortsette et sosialt liv, mental stimulering eller tilbud knyttet til eksistensielle behov.

Med en helhetlig tilnærming som vektlegger personsentrert tenkning, kan personen og hverdagsmestringen betraktes i lys av hva som er viktig for den enkelte, men også hva situasjonen og konteksten innebærer av muligheter og utfordringer (Ingstad, Evensen & Brataas, 2019). Det vil si at helsepersonell i hverdagsrehabiliteringsteam må kombinere aktiv lytting med faglige vurderinger. Et eksempel kan være en situasjon der den eldre er i en endret livssituasjon fordi ektefellen er død. Mange eldre erfarer å miste nære og kjære i sitt nettverk. For noen kan reaksjoner som tap og sorg føre til fysisk passivitet, man blir «sittende og sture». Over tid kan den reduserte fysiske aktiviteten medføre risiko for tap av muskelkraft, balanse og fysisk funksjon. Ytre miljømessige forhold kan også spille inn og føre til mer inaktivitet. Deltakere på hverdagsrehabilitering som vi har intervjuet, har fortalt at de er svært lite ute på vinteren når det er mørketid og ofte is og snø og glatte veger (Moe & Brataas, 2016). Covid-19-pandemien er et eksempel på andre ytre «trusler» som sannsynligvis har ført til at mange hjemmeboende eldre kommer seg mindre ut eller reduserer sine sosiale aktiviteter.

Eldre er sårbare med hensyn til inaktivitet, da inaktiviteten kan samvirke med aldringsprosessen og fremskynde reduksjon av krefter og motstandskraft (Husebø et al., 2017). Fysisk aktivitet og trening, men også sorgarbeid, livskrisemestring og nyorientering kan faglig sett anses som viktig i slike situasjoner. Paterson (2001) utviklet en modell om skiftende perspektiver, der det å leve med kronisk sykdom betraktes som en kontinuerlig skiftende prosess der perspektivene «sykdommen-i-forgrunnen» og «velvære-i-forgrunnen» har bestemte funksjoner i personens

verden. «Sykdommen-i-forgrunnen» er karakterisert av fokus på sykdom, lidelse, tap og belastning. «Velvære-i-forgrunnen» inkluderer en vurdering av kroniske plager som en mulighet til meningsfulle endringer. Og for noen kan kanskje akseptering av situasjonen og nyorientering mot en meningsfull hverdag der spørsmålet om hva som er viktig, trer frem, være meningsfulle endringer. Forskning har vist at mening i eldres hverdag kan være en følge av å akseptere sin situasjon (Haak, Fänge, Iwarsson & Ivanoff, 2007). Det er grunn til å stille spørsmål om en viktig målgruppe for hverdagsrehabilitering omfattes av tilbudet. Nemlig eldre personer som har endringspotensial, men som ikke har fått utviklet dette fordi de gjennom profesjonell hjelp har lært seg å akseptere eller blitt passivisert. Det vil derfor være viktig også for profesjonene involvert å foreta en nyorientering slik at pasienter preget av passivitet med påfølgende risiko for å utvikle redusert fysisk kapasitet og mangelfull mestring blir inkludert i målgruppa for hverdagsrehabilitering.

Akseptering kan skje gjennom å endre oppfatningen av å være uavhengig ved å være aktiv uten hjelp fra andre, til å være uavhengig gjennom å kunne fatte autonome beslutninger i dagliglivet (Haak, Fänge, Iwarsson & Ivanoff, 2007).

MÅLGRUPPE FOR HVERDAGSREHABILITERING

Hverdagsrehabilitering gjelder for målgruppen «personer som har opplevd et funksjonsfall» (Førland & Skumsnes, 2016, s. 11). Ut fra resonnementet vi har diskutert tidligere, vil målgruppen også inkludere personer som «er i situasjoner som medfører risiko for funksjonsfall». Det er samtidig ikke gitt hvem som i praksis blir målgruppen for hverdagsrehabilitering, siden hver kommune selv definerer aktuell målgruppe (KS, 2019). Det innebærer at i noen kommuner brukes en snever definisjon av målgruppen, og rehabiliteringen konsentreres om trening rettet mot hverdagsaktiviteter. Mens andre kommuner vil bruke en bredere definisjon av målgruppen, for eksempel brukere som trenger hverdagsaktiviteter, trening eller tilrettelegging på grunn av spesifikke funksjonsproblemer som oppstår etter sykdom eller skade. I den kommunale praksisen kan det være en glidende overgang mellom hverdagsrehabilitering og spesialisert rehabilitering (KS, 2019).

Hverdagsrehabilitering kan også gis til eldre som har behov for rehabilitering knyttet til å ha sykdom som for eksempel kreft eller hjerneslag. Andre igjen kan få et slikt tilbud på grunn av skade, for eksempel lårhalsbrudd eller andre fallskader (Olsen, Ness & Devik, 2017). Allikevel vil diagnosespesifikk rehabilitering hovedsakelig skje i egne klinikker i sykehus eller rehabiliteringsinstitusjoner, og tiltakene vil ikke være tilpasset hjemmets eller nærmiljøets utfordringer. Samtidig har det i de senere år foregått en spesialisering i kommunenes helse- og omsorgstjenester

mot mer medisinsk tenkning med spesialisthelsetjenesten som forbilde når det gjelder problemforståelse og løsningsstrategier (Aarseth, Bachmann, Gjerde & Skorve, 2015). Dette gjør at det kan være vanskelig å forstå når hverdagsrehabiliteringstiltak skjer tverrfaglig og uavhengig av diagnose for å sikre «reablement» eller «restoration» (Cochrane et al., 2016). Hverdagsrehabilitering skal fungere mer helhetlig for et menneske med sammensatte behov (Tuntland & Ness, 2014), men det er ikke gitt at dette blir søkelyset når kommunen iverksetter tiltakene. Å finne riktig målsetting og tiltak i hverdagsrehabilitering overfor eldre er heller ikke enkelt, siden det hos noen eldre kan være en kombinasjon av aldringsprosess og sykdom som fører til funksjonssvikt, og for disse kan det være bra med en «ikke-diagnosefokusert» rehabilitering i kombinasjon med spesialisert rehabilitering (KS, 2019).

Et annet spørsmål som gjelder helhetstankegangen i hverdagsrehabilitering, er om det i tillegg til funksjonsfokuset også blir satt lys på aldring og aldrende menneskers ressurser, mulighetspotensial og mestringsbetingelser som følge av aldringsprosessen. Aldring innebærer for det første livserfaring og livsmestring gjennom et langt liv. For det andre kan tidligere ressurser i form av biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle prosesser være endret og medføre redusert kapasitet og mestringsmuligheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Aldringsprosessen fører til sårbarhet i form av *redusert tålegrense og motstandskraft,* i norsk språkdrakt også benevnt som «skrøpelighet» (Baltes & Mayer, 1999; Husebø et al., 2017; Barstad, 2020), med de begrensningene det gir.

Når målgruppen for hverdagsrehabilitering er eldre hjemmeboende, gir aldring i seg selv begrensninger som ikke må overses. Som følge av aldring kan noen ressurser, for eksempler syn eller hørsel, være redusert for alltid, mens andre ressurser kan ha potensial for å styrkes. Kognitiv aldring kan innebære langsommere tempo og reaksjonsevne samt glemsomhet. Sosiale aldersforandringer kan kjennetegnes av rolleendringer i familie og arbeidsliv og endringer i sosialt liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). I noen situasjoner kan redusert kapasitet kompenseres helt eller delvis med hjelpemidler og utvikling av nye ferdigheter, for eksempel briller, eller ferdigheter i bruk av gå-staver ved balansesvikt (Baltes & Baltes, 1990). Dette betyr at hverdagsrehabiliteringstiltak ikke bare må vurderes med tanke på fremtidig bedring, men også vedlikehold av eksisterende funksjoner. Personellets ressursfokus kan styrke muligheten for vedlikehold av funksjoner og forebygge funksjonstap, og følgelig høyne muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig og oppleve en meningsfull hverdag (Moe, Enmarker & Hellzen, 2012). Samtidig vil indre motivasjon for å nå mål være ulik fra person til person, og støtte og oppmuntring være ekstra viktig for deltakere med lavere motivasjon (Bertisch, Rath, Long, Ashman & Rashid, 2014). Forskning har vist at rehabiliteringsproses-

sen kan bli vellykket selv om brukeren ikke har tro på sine muligheter i starten. Troen på egne ressurser kan styrkes ved at teamet både stiller krav og gir støtte i et dynamisk samspill (Jokstad, Landmark, Hauge & Skovdal, 2016). Samtidig er det betimelig å spørre om dette innebærer en form for myk, lite synlig styring (Askheim, 2019), til tross for politiske føringer om brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

HVORDAN REALISERE BRUKERMEDVIRKNING?

Norsk helselovgivning fremhever pasient- eller brukerinnflytelse, medvirkning og informert samtykke til helsetjenester som tilbys (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerretighetsloven, 1999). Medvirkningstenkningen har bakgrunn i «nothing about us without us»-prinsippet, som er førende blant annet i FNs menneskerettskonvensjon for funksjonshemmede (CRPD, 2006). Ideologien innebærer at mottaker av hjelp selv vet «hvor skoen trykker», og at «shared decision making» (SDM) står sentralt i fagutøvelsen (Jamtvedt & Nordtvet, 2015). Økt reell brukermedvirkning og pasientmakt er også en statlig intensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette tjenester som tar utgangspunkt i brukerens autonomi, men også ansvar for egen helse og tilfriskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, 2018). I hverdagsrehabilitering vektlegges dette med tanke på hverdagsmestring, og her skal brukermedvirkning være et viktig verktøy (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2018; Tuntland & Ness, 2014; Hartviksen & Sjøli, 2017). Hvordan realiseres tenkningen om brukermedvirkning i hverdagsrehabilitering?

Brukermedvirkning med selvbestemmelse som ideal innebærer en krevende omstillingsprosess i helsetjenesten. Dette på grunn av utfordringer fra gamle tradisjoner og tenkesett om å «ta vare på» pasienter og gi hjelp som kompenserer for funksjonssvikt (Jokstad, Skovdal, Landmark & Haukelien, 2019). Brukermedvirkning krever derimot at helse- og omsorgspersonell forholder seg til aktive pasient-/brukerroller. Det betyr ikke nødvendigvis at brukeren bestemmer alt og har «det siste ordet». Det kan like godt handle om samvalg og samstemthet mellom tjenesteutøver og bruker. Ideelt sett skal de som mottar hverdagsrehabilitering, involveres i både utforming av mål, tiltak og aktiviteter, og vurdering av prosess og resultater. Det særegne ved hverdagsrehabiliteringstenkningen er ifølge Jokstad et al. (2016) ikke at man tar utgangspunkt i redusert funksjon som gjør at «skoen trykker», men heller i hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv. Utgangsspørsmålet blir følgelig «Hva er viktig for deg?», som skal sikre at brukermedvirkning inngår i hele rehabiliteringsprosessen (Tutton & Seers, 2004).

«Hva er viktig for deg?» kan være både et omfattende spørsmål å bli stilt og et krevende spørsmål å svare på. Det kan besvares med utgangspunkt i både psykiske, sosiale, eksistensielle og fysiske viktighetsområder. Svaret kan påvirkes av hva brukeren tror spørsmålsstiller forventer som svar. Kanskje stilles spørsmålet med den hensikt at brukeren skal belaste omsorgsapparatet minst mulig ved å greie seg selv i eget hjem uten hjelp fra det offentlige. Er det da den fysiske funksjonen det forventes at svaret skal vektlegge? Forskningsresultat tilsier, som vi har vært inne på, at fokuset i hverdagsrehabilitering lett blir fysisk funksjonsdyktighet i dagliglivets aktiviteter, altså selvstendighet i ADL-funksjoner (Whitehead et al., 2015; Langeland et al., 2016). Dersom noen svarer at det viktigste er å bruke dagene til å sitte og lese, eller følge med på TV, kan utfordringen for helsepersonellet være å gi grundig informasjon om hva denne helsetjenesten har som formål, og hva den kan tilby. Ønsker den eldre hverdagsrehabilitering, er intensjonen at deltakeren gjennom en samvalgprosess setter seg rehabiliteringsmål (Lenzen, Danils, van Bokhoven, van der Weijden & Beurskens, 2015).

> Reablement should start with a person-centred assessment, where the reablement recipient is enabled to identify issues and state goals that can be either directed towards maintaining a daily activity or for achieving new or reinstating previous valued activities in everyday life. (Bergström, Borell, Meijer & Guidetti, 2019, s. 2)

Brukermedvirkning i målsettingsprosessen innebærer at den aldrende tjenestemottakeren gjennom samhandling med personellet selv identifiserer og gir uttrykk for rehabiliteringsmål som vedkommende selv anser som viktige for seg. Dette er ikke alltid like enkelt å få til, siden eldre kan tilhøre en generasjon som ikke er vant til aktiv brukermedvirkning i beslutninger. Også andre grunner kan gjøre medvirkning vanskelig. Det kan handle om personer i helsetjenesten som «vet best» hva som gjelder ut fra erfaringer med andre brukere med tilsvarende problematikk. En prosess som gir forutsetninger for reell aktiv medvirkning, fordrer derimot at personellet er orientert mot personen og kommunikasjonen, hvor de i fellesskap skal utvikle en målrettet dialog (Hobbs, 2009).

Hvilke rehabiliteringsopplegg som skal utformes, avhenger av brukerens prioriteringer, og hva tverrfaglige vurderinger hos helsepersonell ser som viktig. Kartleggingsinstrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) brukes ofte for å styrke samarbeidet mellom bruker og ansatt og for å fremme personsentrert praksis (Townsend, 2008). COPM er opprinnelig kanadisk og oversatt til norsk i 2001 (Kjeken & Lund, 2001). Kartleggingen skjer i intervju med bruke-

ren med utgangspunkt i aktivitetsområdene personlig stell, mobilitet, fungering i samfunnet, arbeid, husarbeid, utdanning, rolige og fysisk krevende fritidsaktiviteter og sosiale aktiviteter. Med numerisk scoring på en 10-gradert-skala vurderer brukeren betydning av aktivitetene, deretter utførelse og tilfredshet med inntil fem prioriterte aktiviteter. Ifølge forskning kan COPM være et godt instrument for å få deltakere til å formulere egne rehabiliteringsmål (Enemark Larsen & Carlsson, 2012). Samtidig viser annen forskning at dette ikke er gitt. Begrenset deltakermedvirkning viste seg i en annen studie hvor også kartleggingsinstrumentet COPM ble benyttet (Moe, Ingstad & Brataas, 2017; Moe & Brataas, 2016).

Når det gjelder kartlegging innen hverdagsrehabilitering, står opplysninger om følgende tre tema sentralt: 1) å sette mål for hverdagsrehabiliteringsprosessen, 2) deltakerens hverdag og funksjonsevne for å ha en aktiv hverdag og 3) samvalg i forbindelse med rehabiliteringsmål (Moe et al., 2017). I denne studien fant man stor variasjon i personellets samtaleledelse, lytting og oppfølging av det deltakeren formidlet. Dette førte til begrenset deltakermedvirkning i målsettingsprosessen. Forslag til mål for hverdagsrehabiliteringen ble formulert av personellet, og brukere aksepterte forslagene (Moe et al., 2017). Med andre ord var det ikke nødvendigvis det som var verdsatt av brukeren, som kom i fokus. I stedet for utdyping av «hva er viktig for deg» ble det et mål å kartlegge brukere via COPM (eller andre instrumenter), og ikke et søkelys på målsettinger ved rehabiliteringen (Hansvik & Hedlund, 2015). Å lykkes å få brukeren aktivt med som en samskapende premissleverandør skjer dermed ikke automatisk selv om kartlegging, målsetting og tiltak er til stede (Haukelien, Lunder, Møller & Sannes, 2010). Selv om brukeren sitter på nøkkelen i samhandlingen, er det ikke nødvendigvis slik at helsepersonellet retter søkelyset mot å få til aktiv involvering av bruker i å formulere rehabiliteringsmålene, samt å involveres underveis slik at «sluttproduktet» av rehabiliterings-innsatsen oppnås (Tuntland & Ness, 2014; Konsmo, de Vibe, & Nordheim, 2013; Rambøll, 2012).

I dagens samfunn legges det vekt på mestrings- og ressursfokus, og verdier som selvstendighet og uavhengighet (Hansen, Eskelinen, Rahnbæk & Helles, 2015; Kildal & Nilssen, 2013; World Health Organization, 2015). Dette kan være vanskelig å lykkes med overfor eldre som målgruppe. Søkelyset mot den eldre og hvordan den eldre skal få en meningsfylt hverdag, bør derfor inkludere brukerens opplevelse underveis i hverdagsrehabiliteringen, ikke bare når det gjelder funksjonell mobilitet, men helheten i hverdagen og aktiviteter som er viktige for brukeren i nærmiljøet (Tuntland, Kjeken, Folkestad, Førland & Langeland, 2019).

I hverdagsrehabilitering blir det en oppgave for involvert helsepersonell å ikke bare bruke kartleggingsinstrument, men å jobbe med å fremme og stimulere til brukerens innsats selv når det er komplekst og krevende. Kompetanse i personsen-

trert kommunikasjon, samt opplæring og erfaring i bruk av kartleggingsverktøy, synes nødvendig for å realisere brukermedvirkning og samskaping i hverdagsrehabilitering. Samtidig vet vi fra forskning at både ansatte og brukeres medvirkning i utforming av tjenestene er vesentlig (Natland, Tveiten & Knutsen, 2017). Det finnes relativt få studier om eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering og betydning av tjenesten (Førland & Skumsnes, 2016; Jokstad et al., 2016). Det er allikevel behov for mer kunnskap om eldres stemme og betydning for brukermedvirkning i hverdagsrehabilitering og hva som fremmer eller hindrer aktiv deltakelse og brukermedvirkning. Feltforskning, men også forskning som involverer brukerne, kan gi relevant kunnskap om deltakere i hverdagsrehabilitering sine oppfatninger og erfaringer med tjenesten. Hvordan har eldre som har deltatt i hverdagsrehabilitering i hjemmet, erfart opplegget og tilretteleggingen for deres medvirkning? Og hvilken betydning mener disse at de som er involvert i tjenestene, har for at de får hverdagsmestring og meningsfulle liv?

BETYDNINGEN AV TVERRFAGLIGE TJENESTER

Hverdagsrehabilitering defineres som et tverrfaglig tilbud, 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). Uansett organiseringsmodell vil hverdagsrehabilitering etterstrebe et tilbud hvor personell gjennom ulike former for tverrfaglig samarbeid får en felles og delt kunnskapsbase hvor det eksisterer en erkjennelse av at teammedlemmene har yrkesspesifikke kompetanser som har betydning (Hartviksen, 2014). Idealet innbefatter dessuten at samarbeidet skal bidra til brukermedvirkning i en målrettet, personsentrert og tidsavgrenset tjeneste (Førland & Skumnes, 2016).

I kommunehelsetjenesten har det tradisjonelt vært tilbudt yrkesspesifikke tjenester som for eksempel fysioterapi, ergoterapi og hjemmesykepleie, og hver innbygger får tildelt sin fastlege. Hverdagsrehabilitering kan utvikles til å bli en personsentrert tjeneste som møter brukeres behov på en mer helhetlig måte, og at tverrfaglige team blir mer effektive enn yrkesspesifikke tjenester (Neumann et al., 2010). Litteratur om hverdagsrehabiliteringstjenester fremhever samarbeid mellom flere yrkesgrupper. Førland og Skumsnes (2016) fremhever særlig samarbeid mellom terapeuter, sykepleiere og ansatte i hjemmetjenesten som sentralt. Andre beskriver hverdagsrehabilitering som en teamorganisert tjeneste (Moe & Brataas, 2016; Cochrane et al., 2016; Bergström et al., 2019). Men «det er på ingen måte entydig og gitt hva et tverrprofesjonelt samarbeid innebærer» (Vabø, 2019). Flere

samarbeidsmodeller benyttes, og med ulik grad av samarbeid, fra flerfaglige til tverrprofesjonelle og yrkesoverskridende samarbeidsformer (Armitage, Suter, Oelke & Adair, 2009; Brataas & Haugan, 2009; Lauvås & Lauvås, 2004). I *flerfaglig samarbeid* bidrar ulike yrkesgrupper med fagspesifikke bidrag, men de bidrar ikke interaktivt i problemidentifisering, målsetting og samordning av aktiviteter. Eksempelvis ivaretar fysioterapeuten sine oppgaver, sykepleieren sine og så videre, men yrkesgruppene samarbeider lite interaktivt på tvers av profesjoner. Mye av den kommunale helsetjenesten er organisert på denne måten. I hverdagsrehabilitering som bygger på en helhetlig tilnærming, vil denne organiseringen sannsynligvis gi utfordringer med å få til en koordinering som gjør at alle fortløpende forholder seg til et personsentrert og felles målrettet fokus. I *tverrprofesjonelt samarbeid*, også benevnt som interdisiplinært samarbeid, samarbeider ulike yrkesgrupper derimot interaktivt om å sette og oppnå felles mål. Samtidig bidrar hver yrkesgruppe med sin yrkesspesifikke kompetanse. Denne teamorganiseringen synes fordelaktig for hverdagsrehabilitering da organiseringen bidrar til kontinuerlig samarbeid hvor deltakernes egne rehabiliteringsmål fungerer som en felles plattform (Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen & Langeland, 2017). En tredje form for samarbeid innebærer *yrkesoverskridende samarbeid,* hvor roller og ansvar deles uten hensyn til profesjonell tilhørighet. Yrkesgruppene kan i dette tilfellet ikke holde fast på sine tradisjonelle oppgaver (Svensson, 2008). Derimot skal profesjonenes spesialkompetanse gjøres tilgjengelig for de andre i teamet som samarbeider; alle skal kunne gjøre alt. Det kan føre til «utvanning» av yrkesgruppenes særegne kompetanse, hevder Leathard (2003). På den annen side kan yrkesoverskridende samarbeid føre til at mottakere av hverdagsrehabilitering må forholde seg til kun én (eller få) i den daglige rehabiliteringsaktiviteten.

I norske beskrivelser av hverdagsrehabilitering beskrives *tverrprofesjonelt* samarbeid i hverdagsrehabiliterings-team, eventuelt i tett *flerfaglig* samarbeid med hjemmesykepleie (Hjelle, Skutle, Førland & Alvsvåg, 2016; Hjelle, Skutle, Alvsvåg & Førland, 2018). Teamsamarbeid som befinner seg et sted mellom tverrprofesjonell og yrkesoverskridende tverrfaglighet, er også beskrevet. Her kombinerer likestilte teammedlemmer tverrprofesjonelt samarbeid og flerfaglig samarbeid. Hverdagsrehabiliteringsopplegg utarbeides i fellesskap av deltakere i et team som består av flere yrkesgrupper. Ut fra en felles målsetting har hver profesjon ansvar for faglig ekspertise, for eksempel innen fysioterapi, ergoterapi og medikamenthåndtering. De praktiske rehabiliteringsoppgavene knyttet til hvert spesialfelt skal derimot innpasses og kunne utføres av en av yrkesgruppene, for eksempel en fysioterapeut, ergoterapeut eller sykepleier (Moe & Brataas, 2016). Funksjonell tverrfaglighet er kompleks og vil kreve både samarbeidskompetanse og yrkesspe-

sifikk kompetanse, samtidig som personellet skal bygge på felles tenkning om tjenesten som en intensiv, personsentrert og målrettet støtte og tilrettelegging av trening på hverdagsaktiviteter som er viktige for hver enkelt person som mottar tjenesten. Å bruke riktig kompetanse og dedikerte medarbeidere er en forutsetning for å lykkes med tilbudet hverdagsrehabilitering (Fürst & Høverstad, 2014). I hverdagsrehabilitering forutsettes samhandling og samspill mellom helsepersonell og deltakere som et viktig element i å yte personsentrert omsorg med reell medvirkning (Moe et al., 2019). Den tverrfaglige innsatsen må samordnes, være planlagt og inngå i en sammenheng som oppleves som meningsfylt for brukeren. Som i all rehabilitering kan det aktuelle rehabiliteringsopplegget for den enkelte pasient omfatte flere typer tiltak for å nå ett og samme mål, og for å koordinere innsatsen hensiktsmessig må målet være kjent for alle som er involvert (jf. Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Forskning tyder på at flere modeller for organisering av tverrfaglig samarbeid i hverdagsrehabilitering kan bidra til bedre forståelse av brukerens behov (Vik, 2018), samtidig som forskning viser at styringskonteksten har betydning for det tverrprofesjonelle samarbeidet (Vabø, 2019).

Flere og større studier der ulike styringsformer og tverrprofesjonell organisering sammenlignes, vil kunne gi mer kunnskap når det gjelder effektive former for styring, organisering og samarbeid i hverdagsrehabiliteringstjenester. Det trengs også mer kunnskap om tenkning, medvirkning og samhandling, målsettingsprosesser og gjennomføring av hverdagsrehabiliteringsopplegg.

VIL HVERDAGSREHABILITERING ENDRE HJEMMEBASERTE TJENESTETILBUD?

Som vi har vært inne på, kan hverdagsrehabilitering ses som en personsentrert helsetjeneste som innebærer nytenkning. Det vil på systemnivå kreve en større satsing på samhandling og samarbeid, at personell har kompetanse i pasientmedvirkning og kan dyktiggjøre pasientene til helsefremmende mestring (Richards, Coulter & Wicks, 2015). Hverdagsrehabilitering i betydning «reablement» kan hevdes å medføre et *paradigmeskifte* i helsehjelpen (Ryburn, Wells & Foreman, 2009) fra «traditional home care goals of 'maintenance' and 'support' towards improvements in functional status and quality of life» (s. 225). Skiftet er knyttet til den «nye» arbeidsformen «å arbeide med hendene på ryggen» (Randström, Wengler, Asplund & Svedlund, 2014). En arbeidslivskultur knyttet til mer tradisjonell omsorg og pleie kan utfordres. Hverdagsrehabilitering innebærer at hjemmebasert omsorgstjenester «gjør noe sammen med» den eldre, det vil si en annerledes tankegang enn «å gjøre noe for» den eldre (Bergström et al., 2019). Tradisjonelt har

pasienter i hjemmebasert omsorg vært passive mottakere, instruert av eksperter. De har akseptert helsepersonellets beslutninger for ikke å bli upopulære eller å risikere dårligere kvalitet på pleien (Nordgren & Fridlund, 2001). I personsentrert helsehjelp med medvirkning og respekt for deltakernes egne valg som grunnlag vil en annen tankegang være gjeldende. Det vil fordre at hjelpen gjennomføres ut fra en modell med en «partner-med-pasienten»-orientering i stedet for en «gjøre-for»-orientering. Følgelig vil fokus flyttes til oppgaver for hvordan pasienten skal ha det når sykepleieren forlater hjemmet (Brown, McWilliam & Ward-Griffin, 2006).

Hverdagsrehabilitering vil kreve en mer personsentrert tenkning som kan rokke ved tradisjonell tenkning og praksis i hjemmebasert omsorg. Med praksis mener vi her en prototyp for kulturen, i betydning en kulturelt innrettet, sosialt inkorporert måte å tenke og være på i denne sosiale settingen (Bruner, 1997; Benner & Gordon, 1996). Med hverdagsrehabilitering mener vi å endre tenkesett og kultur. En reell endringsprosess kan ta tid. Kanskje kan grundige og longitudinelle studier verifisere hvorvidt endret praksis og tenkesett er et reelt og «varig» fenomen?

OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

I dette kapittelet har vi diskutert hverdagsrehabilitering for hjemmeboende eldre som målgruppe og vist hvordan det henger sammen med en målsetting om søkelys på hverdagsaktiviteter, selvstendighet og muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig. Vi har også vist hvordan hverdagsrehabilitering kan knyttes til forskning, definisjon av «reablement» og utviklingen etter kunnskapsoppsummeringen til Førland og Skumnes i 2016. Definisjonen utviklet gjennom Delphi-studien (Metzelthin et al., 2020) betyr en tydeliggjøring av tilbudet, men er også mer omfattende enn tidligere definisjoner. Tydeliggjøringen kan bidra til å sette søkelys på målgruppen, uavhengig av diagnose, slik at hverdagsrehabiliteringen blir en personsentrert helhetlig tilnærming utøvd av et koordinert tverrfaglig team for å styrke den enkeltes funksjoner og opprettholde/øke uavhengighet i meningsfulle aktiviteter, og redusere behovet for langsiktige tjenester. Dette angir ikke bare en teoretisk forståelse av begrepet hverdagsrehabilitering forstått som «reablement», men også hvilke utfordringer en slik forståelse gir for praksisfeltet, og hva som skal stå i fokus. Hverdagsrehabilitering forstått som «reablement» fordrer et helhetssyn på brukeren, ikke bare søkelys på tiltak knyttet til fysisk funksjon. Det er altså en avstand mellom teori og praksis i hva tilbudet bør være, og hva det er. Tilbudet har mange lokale tilpasninger der for eksempel hverdagsrehabilitering inngår i tilbudet hjemmesykepleie i stedet for at det er koordinert av et tverrfaglig team som kan være en faglig ressurs for å sikre kvaliteten på tilbudet.

For målgruppen for hverdagsrehabilitering viser tidligere forskning at hovedsakelig fysisk funksjonsevne ved funksjonstap hos eldre som kvalifiserer for tilbudet, bryter med helhetstenkningen. Den inkluderer ikke eldre som har mulig risiko for funksjonstap eller eldre i en endret livssituasjon. Definisjonen til Metzelthin et al. (2020) åpner for et diagnoseuavhengig tilbud. Innholdet i tilbudet skal være helhetlig og styrke den enkeltes funksjoner som trengs for å delta i meningsfulle aktiviteter (Metzelthin et al., 2020), som imøtekommer diskusjonen i essayet. For at den eldre skal leve i en meningsfull hverdag, må tilbudet være personsentrert med mulighet for samvalg mellom den eldre og helsearbeider, og det må jobbes tverrfaglig. Kun gjennom en realisering av brukermedvirkning hvor den som skal få tilbudet, er i stand til aktivt å fatte egne beslutninger om tiltakene i hverdagsrehabiliteringen, vil samvalg mellom personell og mottaker skje.

Definisjonene av hverdagsrehabilitering og utøvelsen av brukermedvirkning må ta inn over seg at eldre er i en aldringsprosess som kan innvirke på hverdagsrehabiliteringen. Det er derfor viktig at tilbudet fra et tverrfaglig team har kompetanse til å gjennomføre faglige vurderinger som ivaretar eldre i en aldringsprosess. I dagens praksis kan det, som vi har vært inne på, være utydelig om det skal være tverrfaglig, flerfaglig team eller tilbud fra hjemmetjenesten i sin «alminnelighet».

Når det gjelder betydning av hverdagsrehabilitering overfor eldre hjemmeboende, er det sentralt å jobbe ut fra søkelyset «Hva er viktig for deg?» for å sikre brukermedvirkning og aktiv deltakelse fra den det gjelder. I kapittelet har vi belyst og diskutert noen utfordringer hverdagsrehabiliteringstjenester kan møte overfor eldre, hva disse handler om, og hva som kan vektlegges for å lykkes med en kunnskapsbasert tjenestene. Avslutningsvis vil vi si at det er behov for mer forskning om deltakerperspektivet blant eldre hjemmeboende som tilbys hverdagsrehabilitering. For å oppnå en enhetlig forståelse av hverdagsrehabilitering som en unik rehabiliteringsform er det behov for mer innsats når det gjelder å komme frem til en enhetlig forståelse blant lovgivere, kommuner, helsepersonell og eldre mennesker (Clotworthy, Kusumastuti & Westendorp, 2020). Det trengs mer kunnskap om ulike modeller for hverdagsrehabilitering og tilbud for ulike målgrupper. Nye vurderinger av hvorvidt tjenesten også kan tilpasses og tilbys flere målgrupper av eldre hjemmeboende enn i dag, er ønskelig.

REFERANSER

Aarseth, T., Bachmann, K.E., Gjerde I. & Skorve G.K. (2015). Mot samhandlingskommunen? *Nordiske Organisasjonsstudier,* 3, 109–133.

Argyris, C. & Schön, D. (1996). *Organizational learning II. Theory, method and practice*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.

Armitage, G., Suter, E., Oelke, N. & Adair, C. (2009). Health system integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care,* 9, 1–11.

Askheim, O.P. (2019). Pasientopplæring i det helsepolitiske landskapet. I: Brataas, Evensen & Ingstad (red) *Pedagogisk praksis i sykepleie* (s. 54–72). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Baltes, P. & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. I: Baltes P.B., Baltes M.M. (red.) *Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Baltes, P.B. & Mayer, K.U. (1999). *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.

Barstad, S. (2020). De skrøpelige. *Tidsskrift for omsorgsforskning, 6*(1), 1–4. ISSN online: 2387-5984 Hentet fra https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2020/01/de_skroepelige

Benner, P., Gordon, S. (1996). Caring Practice. I: Gordon, S., Benner, P. og Noddings, N. (red.): *Caregiving. Readings in Knowledge, Practice, Ethics, and Politics* (s. 40–55). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Bergstrõm, A., Borell, L., Meijer, S. & Guidetti, S. (2019). Evaluation of an intervention addressing a reablement programme for older, communitydwelling persons in Sweden (ASSIST 1.0): a protocol for a feasibility study. *BMJ Open.* 9: e025870. doi: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025870.

Bertisch, H., Rath, J., Long, C., Ashman, T. & Rashid, T. (2014). Positive psychology in rehabilitation medicine: a brief report. *NeuroRehabilitation*, 34(3), 573–585.

Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F.F. & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement – a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare,* 10, 195–203.

Brataas, H.V. & Thorsnes, S.L. (2019). Teorier om erfaring og læring. I: Brataas, H.V., Evensen, A.E. & Ingstad, K. (red.) *Pedagogisk praksis i sykepleie* (s. 27–42). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brataas, H.V. & Haugan, N. (2009). Ansatte perspektiver på utvikling av tverrfaglighet i ny sykehusavdeling. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning,* 5(2), 30–45.

Brown, D., McWilliam, C. & Ward-Griffin, C. (2006). Client-centred empowering partnering in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 160–168.

Bruner, J. (1997). *Utdanningskultur og læring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Clotworthy, A., Kusumastuti, S. & Westendorp, R.G.J. (2020). Reablement through time and space: A scoping review of how the concept of "reablement" for older people has been defined and operationalised. *BMC Geriatics.* DOI: https://doi.org/10.21203/rs.2.21256/v3.

CRPD. (2006). *Konvensjon om rettigheter til personer med funksjonsnedsettelse.* FN, A/61/611. Distr.: General 6. desember 2006 (på norsk hentet fra: https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne).

Cochrane, A., Furlong, M., McGilloway, S., Molloy, D.W., Stevenson, M. & Donnelly, M. (2016). Time-limited home-care reablement services (up to 12 weeks) for supporting older adults to live independently. *Cochrane Library.* Hentet fra: https://www.cochrane.org/CD010825/COMMUN_time-limited-home-care-reablement-services-12-weeks-supporting-older-adults-live-independently.

Drageset, J., Dysvik, E., Espehaug, B., Natvig, G.K. & Furnes, B. (2015). Suffering and mental health among older people living in nursing homes—a mixed-methods study. *PeerJ*, *3*, e1120.

Dyson, S.E. (2018). *Critical pedagogy in nursing*. London: Palgrave Macmillian.

Enemark Larsen, A. & Carlsson, G. (2012). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy,* 19(2), 204–213.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256) av 1.januar 2012. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30

Fürst, R. & Høverstad, L. (2014). Fra passiv mottaker til aktiv deltaker. Hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Oslo: Hentet fra: http://www.ks.no/ globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/helse-og-velferd/helse-og-omsorg/ ks---hverdagsrehabilitering---sluttrapport-endelig.pdf

Førland, O. & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering.* Senter for omsorgsforskning, vest. oppsummering nr – 1. Hentet fra: www.omsorgsbiblioteket.no

Haak, M., Fänge, A., Iwarsson, S. & Ivanoff, S.D. (2007). Homeas a signification of independence and autonomy: experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(1), 16–24.

Hansen, E.B., Eskelinen, L., Rahnbæk, M.Ø. & Helles, J.N. (2015). *Ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering* (9788775097821). KORA, København: Hentet fra: http://www.kora.dk/media/3482208/10858_aeldres-oplevelse-hverdagsrehab.pdf

Hansvik, H.P & Hedlund, M. (2015). Effekter av rehabilitering – et forprosjekt. ARBEIDSNOTAT. Effekter av rehabilitering. Forprosjekt. Steinkjer, *Høgskolen i Nord-Trøndelag. Arbeidsnotat nr. 262.*

Hartviksen, T.A. & Sjøli, B.M. (2017). *Hverdagsrehabilitering. Kvalitetsforbedring i norske kommuner*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.

Hartviksen, T. (2014). *Opplæring i Hverdagsrehabilitering. Idéer og erfaringer.* Rapport utgitt av forbundene Ergoterapeutene, KS, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Sykepleierforbund. http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/helse-og-velferd/helse-og-omsorg/rapport-opplaring-i-hverdagsrehabilitering-2014.pdf

Haukelien, H., Lunder, T.E., Møller, G. & Sannes, J. (2010). Evaluering av rehabiliteringstiltakene SOLA og PiA. Bø, Telemarksforskning, *TF-rapport nr. 279 2010.*

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.* Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator – Lovdata.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St 29, 2012-2013). Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld.St. 26 (2014-2015)). Hentet fra Meld. St. 26 (2014–2015) (regjeringen.no)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). (Meld. St. 11 (2015–2016)).* Meld. St. 11 (2015–2016) (regjeringen.no).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre.* (Meld. St. 15 (2017–2018)). Meld. St. 15 (2017–2018) (regjeringen.no).

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* av 2. juli 1999 nr. 64 (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Lovdata.

Hjelle, K.M., Skultle, O., Førland, O. & Alsvåg, H. (2016). The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *J Multidiscip Healthc*., 575–585. eCollection. DOI: https://doi.org/10.2147/JMDH.S115588.

Hjelle, K.M., Skutle, O., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2018). Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 3(11), 305–331.*

Hobbs, J.L. (2009). A dimensional analysis of patient-centered care. *Nurs Res,* 58(1), 52–62.

Husebø, B., Erdal A., Kjellstadli C. & Bøe, J.B. (2017). *Helsehjelp til eldre. Kunnskapsoppsummering.* Sefas, Universitetet i Bergen. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/leveheleli|vet/kunnskapsoppsummering/011017_kunnskapsoppsummering_helsehjelp_sefas.pdf (20.08.19).

Ingstad, K., Evensen, A. & Brataas, H.V. (2019). Sykepleiepedagogikk i endringstider. I: Brataas, H.V., Evensen, A.E. & Ingstad, K. (red.) *Pedagogisk praksis i sykepleie* (s. 282–289). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jamtvedt, G. & Nordvedt, M.W. (2015). Brukermedvirkning i sykepleie. *Sykepleien Forskning*, 10(2), 188–191.

Jokstad, K., Landmark, B.T., Hauge, S. & Skovdal, K. (2016). Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering – Mestring og muligheter – krav og støtte i et dynamisk samspill. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. Hentet fra: https://www.researchgate.net/publication/311749639_Eldres_erfaringer_med_hverdagsrehabilitering_-_Mestring_og_muligheter_-_krav_og_stotte_i_et_dynamisk_samspill 06.10.19)

Jokstad, K., Skovdahl, K., Landmark, B.T. & Haukelien, H. (2019). Ideal and reality; Community healthcare professionals' experiences of user-involvement in reablement. *Health Soc Care Community,* 27(4), 907–916. doi: https://doi.org/10.1111/hsc.12708.

Kildal, N. & Nilssen, E. (2013). Ageing policy ideas in the field of health and long-term care. Comparing the EU, the OECD and the WHO. In R. Ervik & T. S. Lindén (red.), *The Making of Ageing Policy: Theory and Practice in Europe*: Edward Elgar Publishing.

Kjeken, I. & Lund, A. (2001). The Canadian Model of Occupational Performance, *Ergoterapeuten*, 4, 11–18.

Konsmo, T., de Vibe, M.F. & Nordheim, G. (2013). *Evaluering av 80 samhandlingsprosjekter: nøkler for å lykkes.* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra: www.kunnskapssenteret.no

KS (Kommune Sektororganisasjonen). (2019). Hverdagsrehabilitering i norske kommuner. *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker*, Fürst og Høverstad, KS FOU. Hentet fra: ww.ks.no/hverdagsrehabilitering

Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B. & Kjeken, I., Jacobsen, F.F., Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner.*

Effekter for kommuner og gevinster for kommuner? Senter for omsorgsforskning vest, Rapportserie 6/16. Lenke: http://hdl.handle.net/11250/2389813

Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi (2.utg.*). Oslo. Universitetsforlaget.

Leathard, A. (2003). Models for interprofessional collaboration. I Leathard, A. (red.) *Interprofessional collaboration. From policy to practice in health and social care* (s. 93–117). London, New York. Routledge.

Lenzen, S.A., Danils, R., van Bokhoven, M.A., van der Weijden, T. & Beurskens, A. (2015). Setting goals in chronic care: Shared decision making as self-management support by the family physician. *European Journal of General Practice,* 21(2), 138–144. doi: https://doi.org/10.3109/13814788.2014.973844.

Metzelthin, S.F., Rostgaard, T., Parsons, M. & Burton, E. (2020). Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing & Society,* 1–16.

Moe, A., Enmarker, I. & Hellzén, O. (2012). "Daily Life for Chronically Ill Oldest Old Persons". *Nursing Reports*. Volum 2:e8.

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: http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S103696.

Moe, A., Ingstad, K. & Brataas, H.V. (2017). Patient influence in home-based reablement for older persons: qualitative research. *BMC Health Services Research., 17*(1), 736. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2715-0.

Natland, S., Tveiten, S. & Knutsen, I.R. (2017). Hvorfor skal pasienten medvirke i forskning? *Tidsskr Nor Legeforen, 137*, 210–212. doi: https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0839.

Neumann, V., Gutenbrunner, C., Fialka-Moser, V., Christodoulo, N., Varela, E. & Giustini, A. (2010). Delarque Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine,* 42, 4–8.

Nordgren, S. & Fridlund, B. (2001). Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 117–25.

Olsen, R.M., Ness, T.M. & Devik, S.A. (2017). *Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene.* Oppsummering nr. 6. Senter for omsorgsforskning, midt.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Lovdata

Paterson, B.L. (2001). The Shifting Perspectives Model of Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship,* 33(1), 21–26.

Rambøll Management Consulting og Helsedirektoratet. (2012). *Undersøkelse om Rehabilitering i kommunene: Erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem*/vante miljø. Rapport, IS-0365 Oktober 2012. https://evalueringsportalen.no/evaluering/undersokelse-om-rehabilitering-i-kommunene-erfaringer-med-tilbud-gitt-i-pasientens-hjem-vante-miljo/rehabilitering-i-kommunene.pdf/@@inline

Randström, K.B., Wengler, Y., Asplund, K. & Svedlund, M. (2014). Working with "hands-off" support: a qualitative study of multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation for

older people. *International Journal of Older People Nursing,* 9, 25–33. doi: https://doi.org/10.1111/opn.12013.

Reynolds, M. (1998). Reflection and critical reflection in management learning. *Management Learning,* 29(2), 183–200.

Richards, T., Coulter, A. & Wicks, P. (2015). Time to deliver patient centred care. *BMJ;* 350. h530. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.h530

Ryburn, B., Wells, Y. & Foreman, P. (2009). Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health Soc Care Community,* 17(3), 225–34. doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00809.x.

Svensson, L.G. (2008). Profesjon og organisasjon. I: Molander, A. & Terum, L.I. (red.) *Profesjonsstudier* (s. 131–143). Oslo, Norway: Universitetsforlaget.

Tessier, A., Beaulieu, M.D., McGinn, C.A. & Latulippe, R. (2016). Effectiveness of reablement: A systematic review. *Healthcare policy,* 11(4), 49.

Townsend, E. (2008). *Menneskelig aktivitet II. En ergoterapeutisk visjon om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gjennom betydningsfulde aktiviteter. Enabling occupation II.* København: Munksgaard Danmark.

Tuntland, H. & Ness, N.E. (2014). *Hverdagsrehabilitering.* Oslo: Gyldendal akademisk.

Tuntland, H., Aaslund, M.K. & Espehaug, B. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr,* 15(1), 145.

Tuntland, H., Kjeken, I., Folkestad, B., Førland, O. & Langeland, E. (2019). Everyday occupations prioritised by older adults participating in reablement. A cross-sectional study. *Scand J Occup Ther.;* 28: 1–11. doi: https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1604800.

Tutton, E. & Seers, K. (2004). Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing,* 46(4), 380–389.

Vabø, M. (2019). Tverrprofesjonelt samarbeid i ulike styringskontekster – hverdagsrehabilitering som eksempel. I: Bjorkquist, C. & Jerndahl Fineide, M. (red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 69–94). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Vik, K. (2018). Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner. *Tidsskrift for omsorsforskning,* 4(1), 6–15. DOI: https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2018-01-0.

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.

World Health Organization (WHO) (2015). *World Report on Ageing and Health.* Geneva. Hentet fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/97892406948 11_eng.pdf?ua=1