

En oppsummering av kunnskap

Hverdagsrehabilitering

Oddvar Førland og Randi Skumsnes



Mange kommuner har gode erfaringer, og det er utviklet nyttige lokale ressurser og verktøy. Forskingen peker i positiv retning, men resultatene er ikke entydige.

En oppsummering av kunnskap

Hverdagsrehabilitering

Oddvar Førland og Randi Skumsnes



Mange kommuner har gode erfaringer, og det er utviklet nyttige lokale ressurser og verktøy. Forskningen peker i positiv retning, men resultatene er ikke entydige.



På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Senter for omsorgsforskning opprettet et nasjonalt dokumentasjonssenter for forsknings- og utviklingsarbeid i helse- og omsorgssektoren, omsorgsbiblioteket.no. Omsorgsbiblioteket skal samle og gjøre tilgjengelig kunnskap basert på forskning og utviklingsarbeider knyttet til ulike emner.

Denne oppsummeringen beskriver forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler hverdagsrehabilitering. I tillegg gis en oversikt over de mest sentrale offentlige reguleringer og føringer for hverdagsrehabilitering i omsorgstjenesten i kommunen.

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: © Shutterstock.com

Tittel på oppsummeringen: Hverdagsrehabilitering

Emne: Hverdagsrehabilitering

Delemne: Hverdagsrehabilitering

Forfattere: Oddvar Førland og Randi Skumsnes

Institusjon: Senter for omsorgsforskning, vest

Emneredaktør: Oddvar Førland

Kontaktpersoner: Oddvar Førland og Randi Skumsnes

Oppsummering nr 2

Dato: 17. mars 2016

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Avenir Next)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-049-6

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Oppsummeringen finnes på: www.omsorgsbiblioteket.no

INNHold

SAMMENDRAG	7
ABSTRACT IN ENGLISH	9
INNLEDNING	11
Hensikt og problemstilling med denne publikasjonen	11
Om hverdagsrehabilitering	11
METODE	19
Søkestrategi	19
Utvalg	20
Analyser	21
Ekspertgruppens rolle og fagfelleordning	22
LOVER, FORSKRIFTER OG ANDRE SENTRALE OFFENTLIGE DOKUMENTER	23
Lover, forskrifter og veiledere	23
Andre sentrale offentlige dokumenter	25
FORSKNING	27
Bruker- og pårørendeerfaringer	27
Effekt på utførelse av dagliglivets aktiviteter	29
Effekt på egenopplevd helse, livskvalitet og trygghet	30
Effekt på fysisk funksjon og aktivitet	31
Effekt på forbruk av kommunale tjenester og kommunens økonomi	32
Målgrupper, organisatoriske forhold og suksesskriterier	33
Konsekvenser for de ansatte	35
Oppsummering og vurdering av forskningen	36
Pågående forskning i Norge	37
UTVIKLINGS- ARBEID I KOMMUNER	41
Overordnet beskrivelse av kommunerapportene	42
Oppstart og planlegging	43
Kompetansebygging	44
Modeller og organisering	45
Målgrupper	46
Metoder og verktøy	47
Innholdet i rehabiliteringstiltakene	49
Rapporterte resultater fra kommuner	49
Implementering i ordinær drift	54
Oppsummering og vurdering av erfaringene fra kommunerapportene	55

VERKTØY OG RESSURSER	61
Masteroppgaver	61
KONKLUSJONER	63
Essenser og trender	63
Suksessfaktorer og utfordringer	64
Kunnskapshull	65
REFERANSER	67

SAMMENDRAG

Oppsummeringen inkluderer 112 publikasjoner fra forsknings- og utviklingsarbeid og offentlige dokumenter relatert til emnet.

UTVIDET REHABILITERINGSTILBUD I HJEM OG NÆRMILJØ

Personer med funksjonsfall, og særlig eldre, har etter etablering av hverdagsrehabilitering fått et utvidet tilbud om rehabilitering i eget hjem og nærmiljø.

GODE ERFARINGER I KOMMUNENE, MEN SVAK FORSKNINGSEVIDENS

Mange kommuner gir uttrykk for at de har gode erfaringer. Det er stor entusiasme omkring tilbudet, og det er utviklet en rekke lokale ressurser, verktøy og hjelpemidler. Forskningen som foreligger, peker i retning av positive gevinster for brukerne og kommunene, men resultatene er få og ikke entydige.

VESENTLIGE KJERNEPUNKTER VED ETABLERING OG DRIFT AV HVERDAGSREHABILITERING ER:

- At tilbudet *forankres* i politisk og faglig ledelse i kommunen.
- *Grundig planleggingsfase* knyttet til valg av organisasjonsmodell, identifikasjon av målgrupper, opplæring av ansatte og informasjonsarbeid.
- *Tverrfaglige rehabiliteringsteam* etableres og *ansatte i de ordinære hjemmetjenestene* deltar i rehabiliteringsarbeidet.
- Det er *gjensidig anerkjennelse* mellom de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert hverdagsrehabiliteringstjenesten, og respekt for hverandres ulikheter og egenart.
- Bevisstgjøring av at *hovedmålgruppe* er personer med funksjonsfall. Diagnose og alder er underordnet, mens *brukers motivasjon* for trening og mestring er grunnleggende. Det er respekt for at ikke alle brukere av hjemmetjenester er i målgruppen.
- Rehabiliteringen startes opp tidlig etter funksjonsfallet (*tidlig innsats*).
- Det lages en rehabiliteringsplan sammen med brukeren, med utgangspunkt i hans/hennes mål for hverdagsmestring (*brukerstyrt rehabiliteringsplan*).
- *Intensiv brukeropfølging* i en tidsavgrenset periode.
- Helsepersonell *veileder, støtter og stimulerer brukers egen trening*

og mestringsbestrebelse, framfor å utføre oppgavene for dem. De kompensere der det er nødvendig, men søker å unngå «hjelpellen».

- Helsepersonellet *samarbeider* også med brukerens pårørende.
- Helsepersonellet foretar *oppfølgingsbesøk* etter endt rehabiliteringsperiode.
- *Resultatene dokumenteres* på en slik måte at brukerens utvikling kan vurderes.

De fleste av disse punktene har hverdagsrehabilitering til felles med generelle prinsipper for rehabilitering. Det som særpreger hverdagsrehabilitering, er tilbudets politiske og faglige forankring i kommunen, tett samarbeid med øvrige hjemmetjenester og at hjem og nærmiljø er rehabiliteringsstedet.

ØKENDE INVESTERINGSTENKNING

Satsningen på hverdagsrehabilitering kan tolkes som et uttrykk for en sterkere investeringstankegang i kommunene. Den er i tråd med nasjonale og internasjonale føringer som vektlegger «aktiv aldring» og «rehabiliterende tjenester», og i tråd med økende vektlegging av verdier som autonomi og uavhengighet («selvstendig aldring»). Investeringstenkningen kan føre til at brukergrupper som ikke gir «avkastning» i form av økt mestring og selvhjulpenhet, blir nedprioritert i kommunene.

MER KUNNSKAP TRENGS

Hverdagsrehabilitering er et nytt tilbud i Norge, og det har ikke satt seg i kommunene ennå. Det trengs mer forsknings- og erfaringskunnskap, både om hvilke organiseringer som er mest hensiktsmessige og om hvilke hverdagsrehabiliteringstiltak som er mest virkningsfulle for ulike brukergrupper. Det trengs også mer kunnskap om økonomiske konsekvenser av satsningen og om den bidrar til en styrking av det totale tjenestetilbudet i kommunene eller medfører ugunstige prioriteringer.

ABSTRACT IN ENGLISH

The summary includes 112 publications related to research, innovation and public documents concerning reablement.

COMPREHENSIVE REHABILITATION SERVICES AT HOME AND IN THE COMMUNITY

Persons experiencing functional decline, especially older people, have since the introduction of reablement received more comprehensive rehabilitation services at home and in the community.

GOOD EXPERIENCES IN THE MUNICIPALITIES, BUT WEAK RESEARCH EVIDENCE

Many municipalities express that they have good experiences with reablement. There is great enthusiasm concerning the service, and several local resources, tools and aids have been developed. Available research points in the direction of positive gains for both the user and the municipality, but the results are few, inconsistent and not conclusive.

ESSENTIAL KEY FACTORS WHEN ESTABLISHING AND MANAGING REABLEMENT SERVICES ARE:

- *Commitment* from political and professional leadership in the municipality
- *Thorough planning phase*, especially related to the choice of organizational model, identification of target groups, training of employees and information to users.
- Establishing of *interdisciplinary rehabilitation teams*. Employees in the *regular home care services*, participate in the rehabilitation services.
- There is *mutual recognition* between the different parts of the municipal health care services, including the reablement service, and respect for the distinctive differences between them.
- Awareness of the fact that the main *target group* is persons with functional decline. Diagnosis and age is less important, while the *user's motivation* for training and coping is essential. Respect that not all users of home care services are *candidates for reablement*.
- Rehabilitation should start early after the functional decline (*early intervention*).
- A rehabilitation plan should be created together with the user, using his/her goals for mastering everyday activities as the starting point (*user-controlled rehabilitation plan*).

- *Intensive follow-up* of the user for a limited period of time.
- Health care staff *advice, support and encourage the user's own training and effort to gain skills*, rather than doing tasks for them. They compensate when necessary, but try to avoid the "mistake of helping too much".
- Health care staff *cooperates also with the user's family*.
- Health care staff conducts *follow-up visits* after the end of the rehabilitation period.
- *The results are documented* in a way so that the user's improvement can be evaluated.

Most of these key factors of reablement are the same as the general principals of rehabilitation. What distinguishes reablement is the political and professional commitment in the municipality, the close cooperation with the rest of home care services and that the home and community is the place of rehabilitation.

INCREASED EMPHASIS ON RETURN OF INVESTMENT

The interest in reablement can be interpreted as an expression of a stronger concern with "return on investment" on the behalf of the municipalities. This is in line with national and international trends like "active aging" and "rehabilitating services", as well as an increased focus on autonomy and independence ("independent aging"). This focus on "return of investment" can cause user groups that do not give a "return", measured as increased ability to master everyday activities and self-reliance, to not be prioritized by the municipality.

MORE KNOWLEDGE IS NEEDED

Reablement is a new service in Norway, and is not fully established among the municipalities yet. More research and experiences is needed, both related to useful models of organizing and to which elements and components of reablement are most effective and beneficial for different user groups. More knowledge about the financial consequences of the services is also needed, and whether it contributes to a strengthening of the total health care services in the municipality or cause unfavorable prioritizing.

INNLEDNING

HENSIKT OG PROBLEMSTILLING MED DENNE PUBLIKASJONEN

Emnet for denne publikasjonen i Omsorgsbiblioteket er hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er satt på den faglige og politiske dagsordenen i mange norske kommuner de siste par årene. Flere har etterlyst en rapport eller en nettside som samler fagstoff om emnet. Hensikten med publikasjonen er å dokumentere kunnskap om emnet. Vi samler, oppsummerer og presenterer faglig materiale og ressurser om hverdagsrehabilitering for å gjøre dette lettere tilgjengelig for ansatte i kommunene og andre interesserte.

Under arbeidet har vi stilt følgende hovedspørsmål: Hvilken kunnskap er av særlig betydning for kommuner som har startet eller planlegger å starte med hverdagsrehabilitering? Rapporten er et forsøksvis svar på dette spørsmålet.

OM HVERDAGSREHABILITERING

DEFINISJON OG UTDYPNING

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.

Definisjonen over oppsummerer grunntrekkene ved hverdagsrehabilitering i Norge og Skandinavia i dag. I det følgende vil vi utdype disse grunntrekkene basert på litteratur og vår kjennskap til emnet fra kontakt med kommuner og egen forskning.

Først vil vi understreke at hverdagsrehabilitering har mye til felles med annen rehabilitering. Den retter seg mot personer som har opplevd et funksjonsfall, det vil si mistet eller svekket ferdigheter som de tidligere har hatt, ofte som følge av konkret sykdom eller skade. Det typiske for hverdagsrehabilitering er at personene er eldre og står i fare for å bli avhengig av faste hjemmetjenester, men hverdagsrehabilitering kan i prinsippet gis til personer i alle aldre. Noen legger vekt på at funksjonsfallet skal være nylig og brått oppstått, men andre også inkluderer personer med mer gradvis oppstått funksjonsfall.

Et sentralt prinsipp er at gjenopptreningen starter opp kort tid etter det konkrete funksjonsfallet (prinsippet om tidlig innsats). Rehabiliteringen varer fra omlag fire uker til tre måneder (prinsippet om tidsavgrensning), men kan gjentas ved nye funksjonsfall.

I rehabiliteringsperioden trener brukeren hyppig og med stor innsats, gjerne flere økter per dag, også omtalt som «innsatssjokk» (prinsippet om intensitet og stor egen innsats). Treningen retter seg mot de ønsker og mål personen selv velger ut som mest vesentlige for egen hverdag og eget liv (prinsippet om målrettethet, brukerstyring og relevans). Dens mål er mestring av de hverdagsaktivitetene som personen selv tillegger stor betydning.

Til forskjell fra institusjonsrehabiliteringen gjennomføres rehabiliteringen i hjem og nærmiljø. Ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere og andre yrkesgrupper med rehabiliteringskompetanse samarbeider med den ordinære hjemmetjenesten i kommunen (prinsippet om tverrfaglig samarbeid og om å involvere hjemmetjenesten) om å gi bistand til personens egen innsats for å oppnå størst mulig grad av mestring av de hverdagsaktiviteter han eller hun selv tillegger betydning for å kunne leve godt og lengst mulig i eget hjem og nærmiljø. Prinsipielt kan det selvsagt også drives rehabilitering med vekt på hverdagsmestring i hjem og nærmiljø også i institusjon, altså en institusjonsbasert hverdagsrehabilitering. I denne oppsummeringen av kunnskap inkluderer vi imidlertid ikke institusjonsbaserte tilbud.

I hverdagsrehabilitering i Norge brukes vanligvis kartleggings- og vurderingsredskapet «Canadian Occupational Performance Measure» (COPM) som hjelpemiddel for å få fram og beskrive personens egne mål. I tillegg brukes andre kartleggings- og vurderingsredskaper, for eksempel «Short Physical Performance Battery» (SPBB) for å dokumentere utvikling og måloppnåelse. Se mer om COPM, SPBB og andre kartleggings- og vurderingsredskaper i kapitlet «Utviklingsarbeid i kommuner». Se forøvrig kapittel 1 i boken «Hverdagsrehabilitering» for en nærmere beskrivelse av ulike sider ved hverdagsrehabilitering (Tuntland & Ness, 2014).

FORLØPET

I hverdagsrehabilitering spør man vanligvis brukeren innledningsvis om «hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» og «hva kan trenes og tilrettelegges for at du skal mestre det du ønsker?». Brukerens motivasjon og potensiale for rehabilitering vurderes og tilbudet gis der tilstrekkelig motivasjon og potensiale vurderes å være til stede. Sammen med det tverrfaglige hverdagsrehabiliteringsteamet lages det en rehabiliteringsplan med utgangspunkt i brukeres egne aktivitetsmål. Innsatsen den første tiden etter funksjonsfallet og rehabiliteringsoppstarten er stor, og dersom brukeren når sine mål, reduseres treningsbistanden. En tid etter endt rehabiliteringsperiode foretas det ett eller flere oppfølgingsbesøk for å etterspørre hvordan det nå går.

FORHOLDET TIL ANNEN REHABILITERING

Hverdagsrehabilitering er, som betegnelsen indikerer, en rehabiliteringsform. Definisjonen og prinsippene er i samsvar med definisjonen av habilitering og rehabilitering i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Her heter det i § 3 at «Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet».

I formålet til denne forskriften, § 1, fastslås det at tjenestene innen habilitering og rehabilitering skal tilbys og ytes:

- ut fra et pasient- og brukerperspektiv
- i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø
- samordnet, tverrfaglig og planmessig
- i en meningsfylt sammenheng for pasienten og brukeren

Metodikk og innhold i hverdagsrehabilitering samsvarer med både definisjonen og formålet slik det beskrives i forskriften. *Det som først og fremst skiller hverdagsrehabilitering fra definisjonen, er dens politiske, administrative og faglige forankring i kommunene og dens vekt på aktiv deltakelse fra ansatte i den tradisjonelle hjemmetjenesten (hjemmesykepleie og hjemmehjelp).*

Kristiansand kommune har i sin plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering (Kristiansand kommune, 2013) satt hverdagsrehabilitering inn i en vid sammenheng der det differensieres mellom fem nivåer, arenaer og spesialiseringsgrader innen rehabilitering:

1. På det første og mest allmenne nivået er helsefremming og hverdagsmestring som et tenkningsgrunnlag for alle tjenester og nivåer (nivå 1).
2. Hverdagsrehabilitering plasseres på neste nivå, knyttet til rehabilitering av brukere som søker om eller har hjemmetjenester (nivå 2).
3. Dernest følger rehabilitering av brukere i hjemmet som har behov for mer spesifikk rehabilitering, for eksempel et kommunalt innsatsteam (nivå 3).
4. På det fjerde nivået befinner brukere seg som har behov for rehabilitering som ikke kan ivaretas i hjemmet, men som krever oppfølging på kommunal institusjon med døgnbemanning (nivå 4).
5. På det siste nivået befinner brukere seg som har behov for spesialisert og kompleks rehabilitering på spesialavdeling på sykehus (nivå 5).

Nivåene skal ikke forstås som nivåer av status eller betydning, men som nivåer av *spesialisierungsgrad*.

I Helsedirektoratets veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2015b) står det at kommunene skal ha et differensiert rehabiliteringstilbud som omfatter både personer med «mindre omfattende behov», «middels omfattende behov» og «omfattende behov». Rehabiliteringstilbud utenfor institusjon kan bestå av et vidt spekter av tjenester, og tilbud fra andre sektorer kan også inngå. Her nevnes:

- tverrfaglige ambulante team
- habilitering og rehabilitering som dagtilbud
- lærings- og mestringstilbud
- fysioterapeuter med avtale med kommunen
- hverdagsrehabilitering
- rehabilitering med arbeid som mål

AKTUALITET OG UTBREDELSE I NORGE, NORDEN OG ANDRE LAND

Hverdagsrehabilitering som fagbegrep i Norge er av nyere dato og ble introdusert omkring 2010. Likevel må det understrekes at flere av de sentrale elementene i denne rehabiliteringsformen har eksistert i kommunehelsetjenesten i lengre tid (Bredland, Linge, & Vik, 1996). Hjemmesykepleie og hjemmehjelp har lenge vært lovpålagte tjenester for norske kommuner, med det formål å gi eldre og omsorgstrengende mulighet til å bo i eget hjem så lenge som mulig. I tillegg til å gi nødvendig omsorg og hjelp, har mestring av grunnleggende behov og aktiviteter hele tiden vært et mål i disse tjenestene. Hverdagsrehabilitering kan imidlertid sies å ha satt denne tenkningen inn i en mer systematisk og rehabiliterende ramme, med et tydelig fokus på brukerens egne mål, motivasjonsgrunnlag og egenaktivitet, og med økt vekt på tverrfaglig samarbeid.

Kommunene har også i lengre tid vært pålagt å tilby rehabilitering og fysioterapi for å bidra til innbyggernes mestring og selvstendighet. Fysioterapeuter og ergoterapeuter har gitt tjenester i hjemmet til aktuelle pasientgrupper. Noen kommuner, blant andre Bærum (Norenberg, 2003), ga også før hverdagsrehabilitering som begrep oppsto tilbud om intensiv rehabilitering i hjemmet etter akutt sykdom eller skade, gjennom tverrfaglige team, og i et samarbeid mellom rehabiliteringstjenesten og hjemmetjenesten. De kommunale rehabiliteringstilbudene har ifølge Riksrevisjonen i liten grad vært koordinert med andre tjenester, og eldre med mindre alvorlig funksjonsfall har ikke blitt prioritert (Riksrevisjonen, 2012).

UTBREDELSE I NORGE

Hverdagsrehabilitering har hatt en rask vekst i norske kommuner siden de første kommunene startet opp omkring 2010. Antall kommuner som har startet, er imidlertid noe usikkert, fordi det ennå ikke er foretatt en nasjonal kartlegging av utbredelse. Per februar 2016 har 146 kommuner meldt inn på den åpne Facebook-siden Hverdagsrehabilitering at de har startet opp tilbudet. I tillegg er det sannsynligvis flere kommuner som har etablert tilbudet og andre som planlegger oppstart¹. På få år har hverdagsrehabilitering i Norge utviklet seg fra å være et begrep med bestemte kjennetegn, til å bli et utbredt kommunalt tilbud for hjemmeboende personer med funksjonsfall, særlig eldre. Eldre har tidligere i liten grad fått tilbud om rehabilitering i eget hjem og nærmiljø.

Prosjekt «Hverdagsrehabilitering i Norge» startet i 2012 som et samarbeidsprosjekt mellom Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Sykepleierforbund, med midler fra Helse- og omsorgsdepartementet. Senere er også KS blitt med i prosjektet. Disse partene har etablert nettsiden hverdagsrehabilitering.no. I tillegg har KS (kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon i

¹ Facebook-siden hverdagsrehabilitering er en offentlig gruppe for personer som er opptatt av hverdagsrehabilitering. Nettsiden har i 2016 over 6000 medlemmer. Her deles erfaringer, tips, publikasjoner og arrangementer. På denne siden blir kommuner som har startet med tilbudet, meldt inn av kommunene selv og registrert. Registreringen administreres av Norsk Ergoterapeutforbund. Sannsynligvis fanges ikke alle kommuner med tilbudet opp. På den annen side kan noen av de registrerte kommunene ha avvirket tilbudet.

Norge) opprettet nettsiden «Hverdagsrehabilitering - for økt livskvalitet». De driver også læringsnettverk med kommuner som er i oppstartfasen med hverdagsrehabilitering <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/helse-og-omsorg/rehabilitering/hverdagsrehabilitering---for-okt-livskvalitet/>.

I statsbudsjettet for 2013 bevilget Helse- og omsorgsdepartementet tilskuddsmidler til utprøving av modeller for hverdagsrehabilitering. Utprøvingen omfatter 47 kommuner, er flerårig og blir fra 2014-2016 følgeevaluert av Senter for omsorgsforskning Vest ved Høgskolen i Bergen og Forskningscenter for habiliterings- og rehabiliteringstjenester (CHARM) ved Universitetet i Oslo (Langeland et al., 2015). I tillegg til disse har en rekke andre kommuner prøvd ut hverdagsrehabilitering med støtte fra Fylkesmannen i sitt fylke og for egne midler.

INSPIRASJON FRA SVERIGE OG DANMARK

Flere norske kommuner ble de første årene etter 2010 inspirert av den danske kommunen Fredericia og andre danske kommuner som fra rundt 2008 hadde startet opp med «hverdagsrehabilitering». Fredericia kommune hentet for sin del inspirasjon og ideer fra blant andre Østersund kommune i Sverige som hadde startet med «hemrehabilitering» fra omkring 2000. Denne svenske modellen er beskrevet i boken Hemrehabilitering. Vad, hur och for vem? (Månsson, 2007). I 2011 gjennomførte Dansk Sundhetsinstitutt (nå under navnet KORA: Det nasjonale Institutt for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning) flere evalueringer som viste positive resultater av dette rehabiliteringsopplegget. Dette gjaldt både for den enkelte mottaker (bruker) og for kommunens økonomi. Samtidig ble det pekt på utfordringer, blant annet knyttet til nye roller for yrkesgruppene og for samarbeidet mellom dem (J. Kjellberg & Ibsen, 2010; P. K. Kjellberg, Ibsen, & Kjellberg, 2011a, 2011b). Rapportene fra evalueringene er ikke eksternt fagfelleurdert. De er imidlertid blitt mye referert til av norske kommuner som har startet med hverdagsrehabilitering. Danmark har vært et foregangsland for hverdagsrehabilitering, og de aller fleste danske kommuner gir i dag trenings- og rehabiliteringstilbud til eldre hjemmeboende personer. Danske myndigheter har imidlertid valgt å tone ned bruken av uttrykket hverdagsrehabilitering og anvender i stedet det generelle rehabiliteringsbegrepet om denne rehabiliteringsformen, det vil si uttrykket «kommunal rehabilitering på eldreområdet» (Socialstyrelsen, 2014).

BEGREPSBRUK OG TILNÆRMINGER I ANDRE LAND

Uttrykket hverdagsrehabilitering brukes primært i de skandinaviske landene. Internasjonalt brukes begrepene «reablement» og «home care re-ablement» i England (Glendinning et al., 2010; Rabiee & Glendinning, 2011) og «restorative care» og «restorative home support» i USA, New Zealand og Australia og «active service model» og «restorative home-care programme» og «home independence program» i Australia. De nevnte begrepene har vært brukt i disse landene i de to siste ti-årene. Selv om begrepene dekker ulike vektlegginger og modeller for hjemmerehabilitering, og at det ikke finnes entydige og autoritative definisjoner av dem, er det vår vurdering at de ligger nært opp til den nordiske forståelsen av hverdagsrehabilitering. I denne rapporten bruker vi uttrykket «hverdagsrehabilitering» også når vi omtaler disse landene.

Uttrykkene «home based rehabilitation» og «rehabilitation in the community» har i flere land vært brukt lenger enn de nevnte nyere uttrykkene. Selv om de har klare fellesstrekk med «hverdagsrehabilitering», vurderer vi det slik at de er uttrykk for en videre

tilnærming.

Hanne Tuntland gir i boken *Hverdagsrehabilitering* en gjennomgang av utviklingen internasjonalt. Hun finner mange fellestrekk mellom «reablement» og «restorative care» og de nordiske modellene for hverdagsrehabilitering, men mener at man i Norge i større grad vektlegger brukerens personlige aktivitetsmål og sosial deltakelse, mens fokuset på selvhjulpenhet og avvikling av hjemmetjenestene er noe mindre (Tuntland & Ness, 2014).

HVERDAGSREHABILITERING I ET KRITISK SAMFUNNSPERSPEKTIV

Satsningen på rehabilitering for eldre med funksjonsfall kan tolkes som et uttrykk for en sterkere investeringstankegang i velferdstjenester generelt (Morel, Palier, & Palme, 2011), og omsorgstjenester spesielt (Gautun & Grødem, 2015). Dette er en utvikling vi ikke bare ser i Norge, men også i andre vestlige land. Internasjonalt kommer utviklingen til uttrykk ved en økt vektlegging av politiske honnørord som «active ageing», «productive ageing» og «healthy ageing». Det kommer også til uttrykk ved at en i omsorgstjenestene legger større vekt på rehabiliterende tjenester, mestrings- og ressursfokus og verdier som selvstendighet og uavhengighet («autonomous ageing») (Hansen, Eskelinen, Rahnbæk, & Helles, 2015; IFA Copenhagen 2016 Summit, 2016; Kildal & Nilssen, 2013; Tremblay & Rochman, 2011; World Health Organization (WHO), 2015). Bakgrunnen for investeringstenkningen er i sin tur demografiske endringer med økende antall og andel eldre og andre med omsorgsbehov som i framtiden utfordrer velferdstjenestenes bærekraft (OECD, 2015).

I Norge har samhandlingsreformen stimulert kommunene til økt oppmerksomhet på forebygging, tidlig innsats, rehabilitering og aktiviserende omsorg med tilhørende prioriteringsutfordringer. Det er rimelig å stille spørsmålet om denne utviklingen vil føre til at brukergrupper som ikke gir «avkastning» i form av økt mestring og selvhjulpenhet, blir nedprioritert i kommunene (Dale et al., 2015, p. 42).

Dette spørsmålet aktualiseres ved kommunenes økte satsning på hverdagsrehabilitering, men er likevel ingen ny problemstilling. Allerede i 1981 introduserte Herdis Alvsvåg i boken *Har sykepleien en framtid?* 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 det polemiske uttrykket «resultatløs sykepleie» som er rettet mot de som ikke kan bli friske, selvstendige og uavhengige av hjelp, men som vil forbli sterkt hjelpetrengende. Hun advarte mot å prioritere de resultatsikre og dermed økonomisk «samfunnsnyttige» pasientene framfor de «resultatløse» uten rehabiliteringspotensiale (Alvsvåg, 1981, pp. 100-103). Kari Martinsen introduserte på sin side uttrykkene «vekstomsorg» som beskrivelse for omsorg der en forventer større selvhjulpenhet, og «vedlikeomsorg» rettet mot personer man ikke kan forvente slik bedring hos. Vedlikeomsorgen kan lett bli skadelidende i et helsevesen preget av ensidig resultatorientering og økonomisk nyttetenkning. Samtidig understreket hun at også innenfor vedlikeholdsomsorgen må pleieren ha oppmerksomhet mot å styrke pasientens evne til å hjelpe seg selv (Martinsen, 1989, pp. 77-78). Også andre har stilt spørsmål ved en voksende nytte- og investeringstenkning i nyere norske helsereformer (Førland, 2007; Gautun & Grødem, 2015; Lian, 2003; Rønning, 2004; Vabø, 2012).

Et annet prioriteringsspørsmål som aktualiseres gjennom satsningen på hverdagsrehabilitering, er om det samlede rehabiliteringstilbudet i kommunene blir styrket, eller om satsningen fører til en forskyvning av de kommunale rehabiliteringsressursene. Er

det slik at kommuner som satser på hverdagsrehabilitering, gjør dette på bekostning av allerede begrensede rehabiliteringsressurser, slik at de som faller utenfor målgruppene for hverdagsrehabilitering, får et dårligere tilbud? Dette er uavklarte spørsmål som det trengs mer kunnskap om.

Det kan hevdes at dersom hverdagsrehabilitering faktisk fører til at flere blir mer selvhjulpne, så kan det spare kommunene for ressursinnsats som kan komme de med langvarige omsorgsbehov til gode. Det kan også hevdes at hverdagsrehabiliteringens tydelige vekt på brukermedvirkning og det å stimulere personens mestringsressurser representerer en utvikling i retning av mer personsentrerte helse- omsorgstjenester. I tillegg bør det legges til at før hverdagsrehabilitering ble utbredt i norske kommuner, hadde eldre personer med funksjonsfall mindre mulighet for å få rehabilitering i eget hjem og nærmiljø.

METODE

I dette kapitlet redegjøres det for hvordan vi har gått fram i arbeidet med oppsummeringen. Det redegjøres for søkestrategi, utvalget av dokumenttyper og analyser som er gjort. Videre redegjøres det for fagfelleprosess og ekspertgruppens rolle.

SØKESTRATEGI

Søkestrategien er utarbeidet av Oddvar Førland og Randi Skumsnes. Kontaktbibliotekar for forskningsstøtte ved Høgskolen i Bergen Gunnhild Austrheim har bistått i utarbeidelsen av søkestrategien.

DET BLE SØKT ETTER FØLGENDE DOKUMENTER:

- Offentlige styringsdokumenter (lover, forskrifter og andre sentrale offentlige dokumenter)
- Eksternt fagfellevurdert forskning/vitenskapelige arbeider, internt fagfellevurdert forskning/vitenskapelige arbeider og masteroppgaver
- Rapporter fra utviklingsprosjekt, inkludert utviklede verktøy, hjelpemidler og andre ressurser som:
 - kommune-rapporter
 - videoer/filmer
 - nettsider
 - e-læringsprogram, undervisningsopplegg og videreutdanninger
 - lokalt utviklede veiledere og håndbøker
 - informasjonsmateriell og brosjyrer
- Informasjon om pågående prosjekter
- Annen faglitteratur

FØLGENDE HOVEDSØKEORD ER ANVENDT:

Av nordiske ord er hverdagsrehabilitering, vardagsrehabilitering, hjemmerehabilitering og hemrehabilitering brukt i søkene. Av engelskspråklige ord er Reablement, Home-care re-ablement, Home care rehabilitation, Restorative (Home) Care, Restorative rehabilitation brukt. Det er ikke søkt systematisk med søkeordene “home based rehabilitation” og “rehabilitation in the community” ettersom disse er mindre spesifikke for hovedkennetegn ved hverdagsrehabilitering (jfr. innledningskapitlet). I tillegg til systematiske søk på hovedsøkeordene er det gjort usystematiske søk på rehabilitering/rehabilitation knyttet til effekt, virkning og primærhelsetjeneste.

DET ER SØKT ETTER FØLGENDE TYPE STUDIER:

Kvalitative studier, tverrsnittstudier (prevalensstudier, spørreundersøkelser, surveys), kohortstudier, kvasi-kontrollerte studier og randomisert kontrollerte studier og systematiske oversiktsstudier.

DET ER SØKT I FØLGENDE DATABASER OG NETTSTEDER:

- Pubmed/Medline, Cinahl, Embase, PsycINFO, Amed, Cochrane Library, Epistemonikos, Oria, Swemed+
- Google og Google scholar, Cristin, Helsebiblioteket, Utviklingssenter.no, Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester enkeltvis, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, Hverdagsrehabilitering.no,
- ResearchGate, Youtube, Facebooksiden for gruppen Hverdagsrehabilitering og andre sosiale medier
- Referanselister fra artikler, rapporter og bøker
- Dessuten har vi snakket med og fått tips fra kollegaer og eksperter på fagfeltet.

Hovedsøket ble avsluttet i januar 2016.

UTVALG

Følgende dokumenttyper og inklusjonskriterier er lagt til grunn:

OFFENTLIGE STYRINGSDOKUMENTER:

- Relevant for emnet
- Gjeldende per dags dato
- Belyser nasjonale og/eller faglige føringer som gjelder innenfor emnet

FORSKNING:

- Relevant for emnet
- Publisert i et fagfelleurdert tidsskrift, eller publisert som vitenskapelig monografi, antologi eller artikkel i antologi, eller en godkjent doktorgradsavhandling.

RAPPORTER FRA UTVIKLINGSPROSJEKT:

- Relevant for emnet
- Mål og metode for prosjektet er presentert
- Rapporten beskriver hvilke tiltak som har vært gjort som en del av prosjektet
- Rapporten inneholder beskrivelse av resultater og/eller refleksjoner rundt måloppnåelse.

VERKTØY, HJELPEMIDLER OG ANDRE RESSURSER:

- Relevant for emnet
- Gir faglig støtte i utførelsen av oppgaver eller i gjennomføring av utviklings- eller innovasjonsprosjekter.

Dokumenter på andre språk enn skandinavisk og engelsk ble ekskludert.

NÆRMERE OM FORSTÅElsen AV FORSKNING OG UTVIKLINGSARBEID:

I utvelgelsen av hva vi har inkludert som forskning, har vi lagt til grunn NIFUs (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utvikling) definisjon. Her står det om forskning:

«Forskning forventes dessuten å resultere i en vitenskapelig publikasjon eller et patent eller ha intensjon om å gjøre det. For å regnes som vitenskapelig publikasjon må alle de fire kriteriene nedenfor være oppfylt:

- Presentere ny innsikt
- Være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning
- Være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den
- Være i en publiseringskanal (tidsskrift, serie bokutgiver, nettsted) med rutiner for fagfelle vurdering» (Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utdanning, 2015)

For definisjonen av forskning har vi under det siste punktet om fagfelle vurdering også inkludert publikasjoner fra forskningsinstitusjoner med intern fagfelle vurdering.

Ved forståelsen av utviklingsarbeid legger vi følgende definisjon til grunn: «systematisk virksomhet som anvender eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot å fremstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester (Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utdanning, 2015).

Hovedfagsoppgaver og mastergradsoppgaver omtales som utviklingsarbeider og er omtalt i kapittelet «Verktøy og ressurser».

ANALYSER

Analysene og kunnskapsoppsummeringene er utført på grunnlag av følgende prosess:

1. En kritisk vurdering av kunnskapskildene ut fra inklusjonskriterinene og vurderinger av kildenes relevans og kvalitet.
2. En beskrivelse og oppsummering av kunnskapen på en slik måte at den skal bli forstått av ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og er anvendbar for klinisk praksis og organisatorisk planlegging.

Utvalgte dokumenter er presentert separat for forskning og fagutvikling. Alle identifiserte funn ble vurdert mot inklusjonskriteriene av forfatterne. Først ble titler, sammendrag og dokumentenes hovedinnhold vurdert. Relevante dokumenter ble deretter vurdert i fulltekst av forfatterne etter omsorgsbibliotekets rutiner for kvalitetssikring.

Randi Skumsnes har hatt hovedansvaret for kapitlene om utviklingsarbeid i kommunene og om verktøy og ressurser. Oddvar Førland har hatt hovedansvaret for de øvrige kapitlene. Begge forfatterne har samarbeidet om sluttproduktet.

EKSPERTGRUPPENS ROLLE OG FAGFELLEORDNING

Denne publikasjonen er forfattet av emneredaktør Oddvar Førland og forsker Randi Skumsnes ved Senter for omsorgsforskning, vest. Den er kommentert av en oppnevnt ekspertgruppe for emnet hverdagsrehabilitering i Omsorgsbiblioteket. Gruppen består av:

- Lillian Nisja Lundeby, Klepp kommune (sykepleier, virksomhetsleder).
- Susan Henriksen, Larvik kommune (spesialergoterapeut, prosjektleder).
- Anita Brekke Røed, Bergen kommune (fysioterapeut, prosjektleder).
- Sigrunn Gjønnnes, Helsedirektoratet, Avdeling for minoritetshelse og rehabilitering (sosionom, seniorrådgiver).
- Solrun Hauglum, Vaksdal kommune (ergoterapeut, kommunalsjef).
- Hanne Tuntland, Høgskolen i Bergen (ergoterapeut, førstelektor, PhD-student).
- Inger Johansen, Larvik (fastlege, PhD).
- Kjersti Vik, NTNU (ergoterapeut, professor).

Medlemmer i ekspertgruppen har gitt mange konstruktive innspill og tilbakemeldinger på faglig innhold og form som har vært til stor hjelp.

Deretter er publikasjonen fagfellevurdert av emneredaktør i Omsorgsbiblioteket, Kaia Paulsen, Senter for omsorgsforskning, øst. Før publisering er oppsummeringen vurdert og godkjent av Omsorgsbibliotekets hovedredaktør, professor Torunn Hamran, Senter for omsorgsforskning, nord.

LOVER, FORSKRIFTER OG ANDRE SENTRALE OFFENTLIGE DOKUMENTER

I dette kapitlet beskrives lover, forskrifter og andre sentrale offentlige dokumenter med relevans for hverdagsrehabilitering.

LOVER, FORSKRIFTER OG VEILEDERE

HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN

Det framgår av navnet hverdagsrehabilitering at dette dreier seg om rehabilitering. Kommunene har lovmessig plikt til å tilby rehabilitering. Denne plikten er forankret i Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2, punkt 5, der det står at kommunene skal tilby «Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Kommunene har derimot ingen plikt til å tilby «hverdagsrehabilitering» som spesifikk rehabiliteringsform. De står fritt til velge sin faglige tilnærming, organisering og metodikk innenfor de krav som stilles til rehabilitering som tjeneste.

PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN

Pasienter og brukeres rett til rehabilitering er hjemlet i Lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-1 a. (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2014). Denne paragrafen henviser til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 og gir pasient og bruker rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Det er imidlertid kommunen som til syvende og sist avgjør hva som er «nødvendig» ut fra en faglig vurdering. Kommunen kan ikke begrunne avslag med at rehabiliteringstilbudet ikke finnes. Dersom det er kartlagt et behov for et spesifikt tilbud, og dette anses nødvendig, må det skaffes til veie (Helsedirektoratet, 2015b, p. 33).

LOV OM HELSEPERSONELL

Helsepersonelloven regulerer helsepersonells plikter og ansvar i sin yrkesutøvelse.

Dens formål er å bidra til kvalitet i helsetjenesten og sikre befolkningens tillit til helsepersonell. I hverdagsrehabilitering er tverrfaglighet sentralt. I §4 understrekes det at yrkesutøvelsen skal være tverrfaglig når pasientens behov tilsier det og at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. I hverdagsrehabilitering blir også ofte personell med utdanning fra videregående skole, som for eksempel helsefagarbeidere, benyttet som hjemmetrenere. Også personer uten helsefaglig utdanning blir benyttet som medhjelpere, for eksempel hjemmehjelpere og assistenter. I §5 fremgår det at helsepersonell kan overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Dette må derfor vurderes ut fra om det er faglig forsvarlig i hvert enkelt tilfelle. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

FORSKRIFT OM HABILITERING OG REHABILITERING, INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR

Kommunens plikt til å tilby rehabiliteringstjenester for sine innbyggere med rehabiliteringsbehov, samt krav til innhold og metodikk, er nærmere utdypet i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Her poengteres det at kommunene skal ha oversikt over innbyggenes behov for rehabilitering og at alle som oppholder seg i kommunen, uavhengig av boform, skal tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for rehabilitering (§ 5). Forskriften skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes:

- Ut fra et pasient- og brukerperspektiv
- I eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø
- Samordnet, tverrfaglig og planmessig
- I en meningsfylt sammenheng for pasienten og brukeren

Forskriften definerer habilitering og rehabilitering som «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (§ 3). Hverdagsrehabilitering, slik det ble beskrevet og avgrenset i innledningsdelen, er helt klart innenfor forskriftens definisjon og formål.

VEILEDER OM REHABILITERING, HABILITERING, INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR

Helsedirektoratet laget i 2015 en elektronisk veileder som skal hjelpe ledere og fagfolk som arbeider med rehabilitering og habilitering til en felles forståelse omkring innhold i tjenestene og samhandling (Helsedirektoratet, 2015b). Dens målgruppe er personell i kommunenes helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjenesten og i andre velferdstjenester. Den utdyper og konkretiserer Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator og gir anbefalinger for god praksis.

I kapittel 8 fremgår det at kommunen skal gi et differensiert rehabiliteringstilbud og at dette også bør omfatte tilbud i brukerens hjem. Det differensierte tilbudet må

inneholde både funksjonstrening, tilrettelegging og læringstilbud. Tiltak som kan bistå personen i å gjenvinne funksjons- og mestringsevne, skal prioriteres fremfor kompenserende hjelp dersom det er mulig. Det betyr at brukerens potensiale for rehabilitering skal vurderes først. Å ha et differensiert tilbud om rehabilitering følger av kommunens sørge-for-ansvar og et eventuelt avslag kan ikke begrunnes med at rehabiliteringstilbudet ikke finnes.

Veilederen omtaler flere rehabiliteringsformer utenfor institusjon, blant annet hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering beskrives «som et rehabiliteringstilbud gitt i hjemmet, hovedsakelig til målgruppen eldre som har fått et brått eller langsomt fall i funksjon» (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2014).

ANDRE SENTRALE OFFENTLIGE DOKUMENTER

Vi skal i det følgende vise til noen andre sentrale offentlige dokumenter med relevans for hverdagsrehabilitering:

- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg
- Stortingsmeldingen Morgendagens omsorg. Meld. St. 29 (2012–2013)
- Stortingsmeldingen Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet Meld. St. 26 (2014–2015)
- Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020.
- Statsbudsjettet for 2016

NOU 2011:11 INNOVASJON I OMSORG

Denne offentlige utredningen hadde som mandat å drøfte nye løsninger for framtidige utfordringer i helse- og omsorgssektoren og i den kommunale omsorgstjenesten. På tidspunktet utredningen ble skrevet, var hverdagsrehabilitering nylig blitt introdusert i Norge og kun noen ytterst få kommuner hadde startet opp. Like fullt ble hverdagsrehabilitering omtalt over flere sider i utredningen (NOU 2011:11, 2011, pp. 63–65). Som et av fem forslag i en ny reform foreslo de: «Nye arbeidsmetoder og faglige tilnærminger med større vekt på aktiv omsorg, hverdagsrehabilitering ...» (NOU 2011:11, 2011, p. 17).

STORTINGSMELDINGEN OM MORGENDAGENS OMSORG. MELD. ST. 29 (2012–2013)

Hverdagsrehabilitering som begrep var ikke nevnt i stortingsmeldingen om Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015), men «Brukerstyrt rehabilitering» med henvisning til Fredericia kommune i Danmark ble trukket fram som en inspirasjonskilde (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b, p. 68). Det var først gjennom stortingsmeldingen om Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012–2013)) at hverdagsrehabilitering ble satt på den politiske dagsordenen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Denne meldingen var regjeringens oppfølging av den nevnte NOU 2011:11. Det understrekes at en stor del av ressursene i omsorgssektoren fortsatt må være rettet mot pleie av alvorlig syke

og tiltak som kompenserer for funksjonstap, det vil si tjenester til de som har de største behov for bistand og pleie. Samtidig poengteres det at kommunene må trekke inn den enkelte brukers ressurser og potensiale for rehabilitering før mer tradisjonelle og kompenserende tiltak settes i verk. Hverdagsrehabilitering trekkes fram som eksempel på en slik tilnærming. Et av hovedtiltakene i meldingen er å legge større vekt på mestring og hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering nevnes 49 ganger i meldingen. Regjeringen ønsket gjennom stortingsmeldingen å bidra til en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom sterkere vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig innsats.

STORTINGSMELDINGEN OM FREMTIDENS PRIMÆRHELSETJENESTE - NÆRHET OG HELHET. MELD. ST. 26 (2014-2015)

Denne stortingsmeldingen omtaler habilitering og rehabilitering i kommunene i et eget kapittel. Hverdagsrehabilitering settes i sammenheng med andre kommunale rehabiliteringstilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, pp. 104-110). Kapittelet understreker betydningen av at ansatte alltid må vurdere om brukeren trenger rehabilitering, for eksempel ved utskrivning fra sykehus, konsultasjoner hos fastlegen og ved alle situasjoner der helse- og omsorgstjenesten møter brukere som har redusert funksjons- og mestringsevne. Det understrekes også at brukeren er hovedaktøren i prosessen og at målet er å bedre evnen til å mestre eget liv. Stortingsmeldingen poengterer videre at den vil «videreføre arbeidet med å dokumentere effektene og utvikle og implementere hverdagsrehabilitering i kommunene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, pp. 104, 110).

OMSORG 2020. REGJERINGENS PLAN FOR OMSORGSFELTET 2015-2020

Omsorg 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b) er regjeringens plan for det kommunale omsorgsfeltet i perioden 2015-2020 og avløser den forrige Omsorgsplan 2015. Den omfatter prioriterte områder og tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene, og den følger opp de omtalte stortingsmeldingene nevnt over (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2015a). Under hovedsatsningsområdet «En faglig sterk tjeneste» poengteres det at rehabilitering og egenmestring må være en naturlig og integrert del av all innsats i helse- og omsorgssektoren og at hverdagsrehabilitering kan være et av flere tiltak for å bidra til bedre helse og en aktiv alderdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, p. 27). Planen forespeiler at det skal utarbeides en egen opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, som skal bidra til å bedre rehabiliteringstilbudet i helse- og omsorgstjenestene, med hovedvekt på de kommunale tjenestene.

STATSBUDSJETTET FOR 2016

I statsbudsjettet for 2016 gjentok regjeringen at det skal legges fram en egen opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering i 2016. Hverdagsrehabilitering omtales ikke her som et eget satsningsområde i statsbudsjettet slik de foregående budsjettene gjorde. Det henvises til at det i 2013 ble etablert et tilskudd til 47 kommuner for utvikling og utprøving av modeller for hverdagsrehabilitering og at disse prosjektene skal følgeevalueres for å dokumentere effekter og gevinster for kommunene og brukerne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c).

FORSKNING

I dette kapitlet oppsummerer vi relevant forskning om hverdagsrehabilitering. I oppsummeringen anvendes de engelske uttrykkene «reablement» og «restorative care» som tilnærmet synonyme uttrykk for den nordiske forståelsen av hverdagsrehabilitering.

Vi redegjør for hvordan forskningen omtaler følgende spørsmål:

- Hvordan erfarer brukerne og pårørende hverdagsrehabilitering?
- Hvilken effekt har hverdagsrehabilitering på utførelse av dagliglivets aktiviteter?
- Hvilken effekt har hverdagsrehabilitering på egenopplevd helse?
- Hvilken effekt har hverdagsrehabilitering på fysisk funksjon?
- Hvordan påvirker hverdagsrehabilitering bruk av kommunale tjenester og kommunens økonomi?
- Hvilke konsekvenser har hverdagsrehabilitering for de ansatte?
- Hvordan implementeres og organiseres hverdagsrehabilitering i kommunene?

Kapitlet avsluttes med en samlet vurdering av forskningen og en orientering om pågående forskning i Norge og Norden, det vil si forskning som er påbegynt, men ennå ikke offentliggjort.

BRUKER- OG PÅRØRENDEERFARINGER

Vi har funnet fire forskningsarbeider som beskriver brukernes erfaringer med hverdagsrehabilitering, ett fra Norge (Hjelle, Tuntland, Førland, & Alvsvåg, 2016), ett fra Danmark (Hansen, 2015) og to fra England (Rabiee & Glendinning, 2011; Wilde & Glendinning, 2012b). Vi har funnet to studier fra England som beskriver pårørendes erfaringer (Rabiee & Glendinning, 2011; Wilde & Glendinning, 2012a). Alle seks baseres på kvalitativ metodikk med dybdeintervjuer.

BRUKERERFARINGER

Den første studien er fra England og ble publisert i 2011 (Rabiee & Glendinning, 2011). Målet med studien var ikke primært å få fram brukernes erfaringer, men å identifisere suksessfaktorer for hverdagsrehabilitering på basis av intervjuer med ledere og ansatte i hjemmerehabiliteringstjenesten, samt observasjoner hjemme hos 26 brukere. Studien viste at det både for brukerne og de ansatte kunne være vanskelig å vende forventningene og tankegangen fra tradisjonelle hjelpetjenester til aktive øvelser for å gjenoppnå selvstendighet. Videre avdekket studien betydningen av brukernes motivasjon for å oppnå resultater.

Den andre studien er også fra England, og her ble 34 brukere og ti pårørende

dybdeintervjuet om sine erfaringer med hverdagsrehabilitering (Wilde & Glendinning, 2012b). Det fleste brukerne uttrykte at de hadde hatt nytte av tilbudet og verdsatte det høyt, men intervjuene identifiserte også potensielle utfordringer og barrierer hos noen målgrupper. Utfordringene knyttet seg spesielt til det å skape forståelse og engasjement for den «nye» målorienterte tilnærmingen. Særlig gjaldt dette for personer med sakte fremadskridende og langvarige lidelser, sensorisk svekkelse, kognitiv svikt, etnisk minoritetsbakgrunn og aleneboende med liten støtte fra familie.

Den tredje studien er fra Danmark og ble publisert i 2015 (Hansen et al., 2015). Her ble 35 eldre brukere fra tre kommuner dybdeintervjuet om sine perspektiv på og opplevelser av hverdagsrehabilitering. Det var et gjennomgående trekk at de eldre ønsket å gjenvinne ferdigheter som de hadde hatt før funksjonsnedsettelsen, bestemme sin egen dagsrytme og bli mest mulig selvhjulpne i hverdagsaktiviteter som personlig hygiene og mobilitet. De var mindre opptatt av selvstendighet når det gjaldt praktiske oppgaver som for eksempel rengjøring. Noen gav uttrykk for at deres helse satte grenser for hvor stor selvhjulpne de i realiteten kunne oppnå. Enkelte følte seg presset til å leve opp til personalets ideal om selvhjulpne og etterlyste større hensyntagen til at de befant seg i en sårbar situasjon med behov for omsorg. For noen var den sosiale kontakten med hjemmehjelperne av så stor betydning at de nødig ville miste hjelpen de hadde.

Den fjerde studien er publisert i 2016 og henter sine data fra dybdeintervjuer med åtte brukere av hverdagsrehabilitering i en norsk landkommune (Hjelle et al., 2016). Tre forhold viste seg som særlig betydningsfulle for disse brukerne: (1) å ville bli bedre (egenviljen), (2) å befinne seg i eget hjem med vante omgivelser og kjente folk og (3) å få støtte fra hjemmetrenerne. Disse forholdene representerer ulike type «drivkrefter» for å gjenvinne ferdigheter. Noen ble først og fremst drevet av en sterk indre vilje og motivasjon for å bli bedre og mer selvhjulpne, mens andre var avhengige av ytre forhold som for eksempel hjemmemiljøet og familiemedlemmenes og hjemmetrenerens støtte og oppmuntring. Det konkluderes med at brukernes ulikhet fordrer ulik type støtte og tilnærming fra de ansatte, både underveis i den tidsavgrensede rehabiliteringsperioden og etterpå. En standardpakke med standardtiltak er ikke tilstrekkelig. Det konkluderes videre med at det bør tilbys individualiserte oppfølgingsprogram også etter den intensive rehabiliteringsperioden, for å vedlikeholde oppnådde ferdigheter.

PÅRØRENDEERFARINGER

Det finnes lite forskning om familiemedlemmer og pårørendes erfaringer med hverdagsrehabilitering. Vi har funnet to studier fra England basert på dybdeintervjuer. Wilde & Glendinning (Wilde & Glendinning, 2012a) fant at pårørende som gav hjelp til sine familiemedlemmer, i liten grad erfarte at de ble involvert i hjemme-rehabiliteringen. Mange fortalte om tunge omsorgsforpliktelser, og de opplevde i liten grad anerkjennelse, støtte og avlastning. Forskerne konkluderte med at rehabiliteringstjenesten har et åpenbart utviklingspotensial med tanke på å inkludere og støtte familieomsorgsgiverne i større grad og å gi dem råd som bidrar til å styrke brukernes selvstendighet. I en annen studie fant Rabiee & Glendinning (Rabiee & Glendinning, 2011) at familiemedlemmer først og fremst var opptatt av trygghet for at deres eldre foreldre fikk tilsyn og hjelp, og for noen var dette viktigere enn at de fikk trening for å oppnå større selvstendighet.

Studier fra andre rehabiliteringstjenester har pekt på at pårørende i starten av prosessen ofte ikke er klar over hvilke oppfølgingsforpliktelser som gjerne følger med når familiemedlemmer gjennomgår et rehabiliteringsforløp. Mange opplever i liten

grad å bli involvert i rehabiliteringsarbeidet. De ønsker mer informasjon, støtte fra de ansatte og å kunne bidra med sin egen kunnskap om brukeren (Langedal, 2012; Nolan, 2001, 2003).

EFFEKT PÅ UTFØRELSE AV DAGLIGLIVETS AKTIVITETER

Det er så langt begrenset forskningsevidens for at hverdagsrehabilitering har bedre effekt enn vanlige hjemmetjenester² når det gjelder mestring av dagliglivets aktiviteter. Den første randomisert kontrollerte effektstudien på hverdagsrehabilitering i Europa viser imidlertid positive resultater for dette tilbudet. Studien ble publisert høsten 2015 (Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland, & Kjekken, 2015) og protokollen som redegjør for dens metode ble publisert i 2014 (Tuntland et al., 2014). Dataene ble hentet fra en landkommune i Norge, og et hovedresultat var at eldre som hadde fått hverdagsrehabilitering (intervensjonsgruppen), oppga større framgang i utførelsen av sine oppgitte aktivitetsproblemer enn de som fikk ordinær behandling og pleie (kontrollgruppen). Intervensjonsgruppen var også blitt mer tilfredse med utførelsen av disse aktivitetene enn kontrollgruppen. Også de som fikk ordinære tjenester, viste positiv utvikling. Bedring eller forverring av dagliglivets aktiviteter var studiens primære utfallmål, og for begge gruppene ble dette målt ved bruk av vurderingsredskapet Canadian Occupational Performance Measure (COPM).

I en randomisert kontrollert studie fra Australia publisert i 2013 fant man derimot ikke forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppene på egenoppgitte ADL-funksjoner³ etter tre og tolv måneder, bortsett fra at intervensjonsgruppen hadde større framgang på IADL. Begge gruppene hadde også her framgang (Lewin, De San Miguel, et al., 2013). I denne studien fant de samme forskerne ikke de forskjellene som de hadde funnet både for PADL og IADL i en tidligere studie publisert i 2010 (Lewin & Vandermeulen, 2010). Også i 2010-studien hadde man intervensjonsgruppe og kontrollgruppe, men deltakelsen i de to gruppene var ikke tilfeldig (ikke randomisert). I en amerikansk studie publisert i 2002 fant man større bedring av ADL-funksjoner for intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, men heller ikke denne studien var randomisert (Tinetti et al., 2002).

I en dansk hverdagsrehabiliteringsstudie uten kontrollgruppe fant man betydelig bedring av ADL-mestring etter tolv ukers trening, og bedringen holdt seg også ved ti måneders-oppfølgingen. Verken alder eller hvorvidt man på forhånd hadde hatt hjemmetjenester viste seg å påvirke resultatet. De konkluderte med at det å inkludere tidligere hjemmetjenestebrukere i hverdagsrehabilitering, ikke gir dårligere effekt på ADL sammenlignet med om man kun inkluderer personer som ikke hadde hjemmetjenester på forhånd (Winkel, Langberg, & Whrens, 2015).

² Vi har i denne publikasjonen flere ganger brukt uttrykkene «vanlige hjemmetjenester» og «ordinære hjemmetjenester». Dette er selvsagt ikke entydige begrep. Profil og organisasjon for vanlige hjemmetjenester kan variere fra kommune til kommune. Når uttrykket brukes knyttet til randomisert kontrollerte studier (RCT-er), vises det egentlig til det som er vanlig hjemmetjeneste der denne RCT-en har hentet sine data.

³ ADL (Activities of Daily Living) er aktiviteter i dagliglivet som mennesker utfører på ulike livsområder. IADL er instrumentell ADL som er mer komplekse aktiviteter som for eksempel matlaging, husarbeid, bruk av telefon og offentlig transportmidler, mens PADL (fra engelsk Personal eller Physical Activities of Daily Living) er personnære aktiviteter som personlig hygiene, av- og påkledning, spising, forflytning og toalettbesøk.

Whitehead og medarbeiderne oppsummerte i 2015 fem enkeltstudier som har undersøkt effekten av hverdagsrehabilitering for brukere av hjemmetjenester når det gjelder personlig hygiene, av- og påkledning, spising, forflytning og toalettbesøk (PADL). De konkluderte med at det er begrenset forskningsevidens for at hverdagsrehabilitering reduserer avhengigheten knyttet til slike aktiviteter (Whitehead, Worthington, Parry, Walker, & Drummond, 2015). Det finnes i tillegg en annen systematisk oversiktsartikkel fra 2015 som har oppsummert litteratur om hverdagsrehabilitering, blant annet litteratur om effekten av hverdagsrehabilitering på utførelse av dagliglivets aktiviteter (Legg, Gladman, Drummond, & Davidson, 2015). Denne artikkelen har strengere kriterier for inkluderte artikler og fant ingen artikler som tilfredsstilte inklusjonskriteriene.

Ut fra de omtalte studiene kan vi konkludere med at det finnes noe, men likevel begrenset forskningsevidens for at hverdagsrehabilitering i større grad fører til mestring av dagliglivets aktiviteter enn vanlige hjemmetjenester.

EFFEKT PÅ EGENOPPLEVD HELSE, LIVSKVALITET OG TRYGGHET

I den tidligere omtalte norske randomisert kontrollerte studien fra en norsk landkommune ble det ikke funnet større bedring i helserelatert livskvalitet blant de som fikk hverdagsrehabilitering sammenlignet med de som fikk vanlige hjemmetjenester. Begge gruppene opplevde imidlertid noe bedring etter tre og ni måneder på noen av parameterne (Tuntland et al., 2015).

Noen andre randomisert kontrollerte studier som har undersøkt helserelatert livskvalitet har imidlertid funnet større effekt for intervensjonsgruppen. Vi har identifisert to slike studier fra New Zealand. King og medarbeiderne (King, Parsons, Robinson, & Jorgensen, 2012) fant større effekt i intervensjonsgruppen i en såkalt gruppe-randomisert studie. Også i en annen gruppe-randomisert studie fra New Zealand (J.G. Parsons, Rouse, Robinson, Sheridan, & Connolly, 2012) ble det funnet større effekt i intervensjonsgruppen. Forfatterne konkluderte med at dette sannsynligvis skyldes bruk av et bestemt målsettingsredskap som bare intervensjonsgruppen fikk ta del i, og ikke selve treningen. En stor kontrollert studie (med kontrollgruppe, men ikke randomisert) fra England sammenlignet reablement-program i fem kommuner med vanlige hjembaserte tjenester i fem andre kommuner. Her fant man etter tolv måneder bedre effekt på helserelatert livskvalitet blant dem som hadde fått hverdagsrehabilitering (Glendinning et al., 2010).

De fleste effektstudiene peker altså i retning av at hverdagsrehabilitering fører til bedre helserelatert livskvalitet for brukerne enn vanlige hjemmetjenester. Studiene er imidlertid få, har ulike studiedesign, og resultatene er ikke entydige.

Opplevelse av trygghet (safety) kan være forbundet med egenopplevd helse og livskvalitet. I en australsk studie fra 2001–2003 fant forskerne større økning av trygghet for ikke å falle blant dem som hadde mottatt hverdagsrehabilitering sammenlignet med dem som hadde fått vanlige hjemmetjenester (Lewin & Vandermeulen, 2010).

EFFEKT PÅ FYSISK FUNKSJON OG AKTIVITET

Heller ikke når det gjelder effekten av hverdagsrehabilitering for brukernes fysiske funksjon og aktivitet, målt ved hjelp av funksjonstester, viser forskningen entydige resultater.

I den nevnte norske effektstudien publisert i 2015 var fysisk mobilitet (målt med testen «Timed Up and Go»), og håndstyrke (målt med «Jamar Dynamometer»), to av de sekundære utfallsmålene. På disse parameterne fant man ikke større bedring i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen (Tuntland et al., 2015). Heller ikke i den tidligere omtalte randomisert kontrollerte studien fra Australia ble det funnet bedre effekt i gruppen som fikk hverdagsrehabilitering (Lewin, De San Miguel, et al., 2013). I en gruppe-randomisert kontrollert studie fra New Zealand publisert i 2013 fant imidlertid forskerne bedre effekt på fysisk funksjon målt ved hjelp av Short Physical Performance Battery (SPPB) for gruppen som hadde fått hverdagsrehabilitering sammenlignet med vanlig tjeneste (J. G. Parsons, Sheridan, Rouse, Robinson, & Connolly, 2013). I to ikke-randomiserte, men kontrollerte studier fra henholdsvis USA (Tinetti et al., 2002) og Australia (Lewin & Vandermeulen, 2010) fant man bedre effekt på mobilitet og fysisk funksjon i hverdagsrehabiliteringsgruppen sammenlignet med hjemmetjenestegruppen. En australsk tverrsnittsstudie publisert i 2013 peker i samme retning. De som hadde hatt hverdagsrehabilitering, var mer fysisk aktive enn de som hadde hatt vanlige hjemmetjenester, men forskjeller var ikke signifikante da det ble kontrollert for andre bakgrunnsvariabler (Burton, Lewin, & Boldy, 2013).

I og med at to av de tre randomisert kontrollerte studiene ikke kunne konkludere med bedre fysisk funksjon av hverdagsrehabilitering sammenlignet med vanlige hjemmetjenester, må vi slå fast at forskningsevidensen for slik effekt er svak.

Vi tar også med en australsk randomisert kontrollert studie der begge gruppene fikk hverdagsrehabilitering (restorative care), men med ulike typer treningstiltak. Kontrollgruppen fikk tiltak basert på det såkalte Otago-programmet som er et velutprøvd strukturert treningsprogram som også brukes i Norge (Helbostad, 2007; Taraldsen et al., 2010), og som i flere randomisert kontrollerte studier har vist å ha fallforebyggende effekt (Thomas, Mackintosh, & Halbert, 2010). Intervensjonsgruppen fikk et nyere såkalt livsstils-treningsprogram som integrerer treningsaktiviteter i daglige rutiner og oppgaver, som for eksempel husarbeid, hagearbeid og turgåing. Begge gruppene viste framgang på fysiske funksjonstester, men de som hadde fått det nye livsstilsfokuserende treningsprogrammet, viste størst framgang (Burton, Lewin, Clemson, & Boldy, 2013).

EFFEKT PÅ FORBRUK AV KOMMUNALE TJENESTER OG KOMMUNENS ØKONOMI

Det er så langt publisert noen få forskningsstudier om økonomiske effekter av hverdagsrehabilitering, og resultatene er heller ikke her helt entydige.

I en randomisert kontrollert studie fra Australia ble 750 deltakere fulgt over to år. De som hadde fått hverdagsrehabilitering, trengte mindre pleie enn dem som hadde hatt vanlige hjemmetjenester (Lewin, De San Miguel, et al., 2013). I en seinere publikasjon fra det samme forsøket fant forskerne at hverdagsrehabiliteringsgruppen hadde lavere forbruk av både hjemmetjenester, institusjonsplasser, legevaktbesøk og sykehusinnleggelser. Videre viste kost-nytte-analyser lavere kostnader til helse- og omsorgstjenester for de som hadde gjennomført hverdagsrehabilitering (Lewin et al., 2014). En annen studie fra samme forfatter, en fem-års oppfølgingsstudie, viste at brukerne av hverdagsrehabilitering hadde mindre sannsynlighet for å motta omsorgstjenester, og kost-nytte-analyser viste også her lavere kostnader for denne gruppen (Lewin, Alfonso, & Alan, 2013).

En amerikansk ikke-randomisert kontrollert studie fant lavere innleggelsesrate i akuttinntak i tillegg til økt sannsynlighet for å bo hjemme og mindre hjemmetjenesteforbruk (Tinetti et al., 2002). En stor engelsk kost-nytte-studie fant imidlertid ingen økonomisk innsparing av hverdagsrehabilitering (Glendinning et al., 2010).

Oppsummert kan vi si at disse utenlandske studiene, på tross av variasjoner i funn, peker i retning av at hverdagsrehabilitering kan føre til redusert behov for hjemmebasert omsorg og helsetjenester og dessuten være kost-effektivt. Studiene er imidlertid få, og flere studier som bekrefter eller avkrefter dette, er påkrevet. Det er heller ingen automatikk i at hverdagsrehabilitering gir slik effekt i Norge og Norden, som har ulike helsesystemer enn Australia og USA.

Det finnes så langt ingen fagfelleverderte vitenskapelige publikasjoner om økonomisk effekt fra Norden. Dansk Sundhedsinstitutt (nå KORA) publiserte i 2010 en økonomisk evaluering av hverdagsrehabilitering med data fra den danske kommunen Fredericia som norske kommuner, politikere (Stortinget, 2013) og utredninger (NOU 2011:11, 2011) ofte har henvist til. Analysen viser en større nedgang i timer til pleietjenester enn økningen i timer til hverdagsrehabilitering, og en nedgang i de totale kostnadene til pleie og omsorg (mindre forbruk på 15 % per år) (J. Kjellberg & Ibsen, 2010). Dette er en såkalt før-etterstudie, og det er en rekke usikkerheter forbundet med analysene. Det er mange andre faktorer enn hverdagsrehabilitering som kan ha endret seg i undersøkelsesperioden og påvirket nedgangen.

Et av kjennetegnene ved hverdagsrehabilitering er som nevnt intensiv oppfølging og trening over en periode fra fire til tolv uker. Det er derfor vanlig å anta at hverdagsrehabilitering krever mer ressurser enn ordinære hjemmetjenester i selve intervensjonsperioden, men mindre etter endt rehabilitering. I den tidligere omtalte randomisert kontrollerte studien fra en norsk landkommune ble det imidlertid ikke brukt mer ressurser på hverdagsrehabiliteringsgruppen i form av tidsbruk for helsepersonellet i intervensjonsperioden sammenlignet med gruppen som fikk vanlige tjenester (Tuntland et al., 2015). En mer omfattende analyse av økonomiske konsekvenser ut fra denne studien skal etter planen publiseres i 2016 (Tuntland et al., 2014). Forskning fra flere kommuner med ulike modeller og rehabiliteringsintensitet er imidlertid nødvendig.

MÅLGRUPPER, ORGANISATORISKE FORHOLD OG SUKSESSKRITERIER

Det finnes ulike modeller og tilnærminger for hverdagsrehabilitering når det gjelder målgrupper, organisasjonsforankring, ledelse, metoder og arbeidsformer, kartleggings- og dokumentasjonsverktøy, implementering i drift og yrkesgruppenes samarbeid. Flere av disse sidene er omtalt andre steder i denne oppsummeringen. I dette kapittelet skal vi se nærmere på de få forskningsstudiene som spesifikt har beskrevet målgrupper, organisering og såkalte suksesskriterier for implementering i drift.

MÅLGRUPPER

I England har hverdagsrehabiliteringstilnærmingen vært på den politiske og faglige agendaen lenger enn i Norden. Mange engelske kommuner har omformet sine tradisjonelle hjemmebaserte tjenester til i økende grad å tilby intensive, kortvarige og hjemmebaserte rehabiliteringsopplegg (Rabiee & Glendinning, 2011). Disse har ofte utviklet seg fra å være selektive med hensyn til hvem som fikk hjemmehabiliteringstilbud til nå i større grad å tilby dette til alle som søker om hjemmebaserte tjenester. Forskere argumenterer for at tilnærmingen har flere elementer i seg som styrker og myndiggjør (empower) brukerne på nye måter sammenlignet med tradisjonelle tjenester. Videre antar de at vide inntakskriterier sannsynligvis vil føre til svakere målbare effekter ettersom flere med begrenset rehabiliteringspotensiale blir inkludert (Rabiee & Glendinning, 2011).

MODELLER OG TILNÆRMINGER

Flere har påpekt at modeller og tilnærminger for hverdagsrehabilitering, til tross for noen felles kjennetegn, ikke er ensartede, men heterogene (Fürst og Høverstad, 2014; Pettersson & Iwarsson, 2015).

Kapittelet «Hvordan organisere hverdagsrehabilitering?» i boken *Hverdagsrehabilitering* beskriver ulike organisasjonsmodeller i Norge, Sverige og Danmark (Ness, 2014). Norske organisasjonsmodeller deles inn i tre hovedmodeller for hverdagsrehabiliteringens organisatoriske forankring:

1. Tjeneste som utgår fra hjemmetjenesten i samarbeid med rehabiliteringstjenesten.
2. Tjeneste som utgår fra rehabiliteringstjenesten i samarbeid med hjemmetjenesten.
3. Egen spesialisert enhet ved siden av hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten, og med selvstendig ansvar for hele rehabiliteringsprosessen.

Det er sannsynlig at valg av modell gjøres på grunnlag av eksisterende organisasjonsstruktur i kommunene og lokale forhold som for eksempel geografi og reiseavstander til brukerne. Det er imidlertid svært lite forskning knyttet til de ulike modellenes effekter, konsekvenser, hensiktsmessighet og lokale tilpasning.

SUKSESSKRITERIER

I England har forskere gjennom dybdeintervjuer med ledere og ansatte i utøvende hverdagsrehabiliteringstjenester, samt observasjonsstudier i rehabiliteringssituasjoner i hjemmene, identifisert såkalte suksesskriterier for tilbudet (Glendinning et al., 2010; Rabiee & Glendinning, 2011). De trakk fram:

- Bevisst valg av målgrupper med potensiale for rehabilitering, for eksempel brukere med fall- og bruddskader.
- Brukere med sterk motivasjon for å bli bedre.
- Dedikerte og kompetente medarbeidere.
- Rask og fleksibel rehabiliteringsoppstart.
- Grundige og tilpassede dokumentasjonssystemer.
- Rask tilgang til nødvendig spesialkompetanse og nødvendig utstyr i teamet.
- Tilgang til spesialkompetanse utenfor teamet.
- Kapasitet i teamet og i hjemmetjenestene.

I en svensk studie om det tverrfaglige teamets erfaringer med hjemmerehabilitering ble følgende trukket fram (Randström, Wengler, Asplund, & Svedlund, 2014):

- Å ha en rehabiliterende tilnærming til dagliglivets utfordringer, med underpunktene: «å gi hjelp i hjemmet» og «å gi hjelp med hendene på ryggen» (veilede framfor å overta oppgaven).
- Å arbeide på tvers av profesjonens vanlige arbeidsområder, med underpunktene: «samarbeid, delegering og veiledning på tvers av profesjoner» og «å lære av hverandre».

I boken Hverdagsrehabilitering (Tuntland & Ness, 2014) og rapportene Fra passiv mottaker til aktiv deltaker (Fürst og Høverstad, 2014) og Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø (Rambøll, 2012) oppsummeres også såkalte suksesskriterier, her i en norsk sammenheng. Også en forskningsrapport som henter data fra Stjørdal kommune, har oppsummert suksessfaktorer (Moe & Brataas, 2015).

Litteraturen om såkalte suksessfaktorer kan oppsummeres med følgende vesentlige kjerneelementer:

- Tilbudet må forankres i politisk og faglig ledelse.
- Grundig planlegging må gjennomføres knyttet til bevisstgjøring av organisasjonsmodell, identifisering av målgrupper, opplæring og informasjonsarbeid i kommunen.
- Man må inkludere de rette brukerne, motivere dem for treningsinnsats og samarbeide med pårørende.
- Man må ta utgangspunkt i brukernes egne ønsker og mål for hverdagsmestring, lage en rehabiliteringsplan sammen med dem og dokumentere resultatene.
- Man må sette inn tilstrekkelige ressurser til intensiv innsats i en tidsavgrenset periode, og oppfølging etter endt rehabiliteringsperiode.

- Det må være en felles tenkning om å stimulere brukernes egentrening i å mestre hverdagsaktiviteter, framfor å gjøre oppgavene for dem.
- Det må etableres tverrfaglige rehabiliteringsteam forankret i eller i samarbeid med kommunens ordinære hjemmetjenester.
- Man må ha respekt for at ikke alle hjemmetjenestebrukere eller nye søkere er i målgruppen.

De ulike modellenes og kjerneelementenes forskningsevidens må sies å være forholdsvis svak. De bases på få forskningsstudier. Det er behov for mer forskning som kan utvide kunnskapsgrunnlaget for organisasjonsmodellenes effekter, konsekvenser, hensiktsmessighet og lokale tilpasning, og som kan understøtte de såkalte suksesskriterienes relevans.

KONSEKVENSER FOR DE ANSATTE

Det er forsket lite på hverdagsrehabiliteringens konsekvenser for ansatte. I en svensk studie kom det fram at det tette tverrfaglige samarbeidet i hjemmerehabilitering fungerte kompetansehevende for hjelpepleiere og assistenter som deltok, og skapte kontinuitet i den daglige treningen hos brukerne. Anerkjennelse, samarbeid og delegering av rehabiliteringsoppgaver opplevdes som faglig stimulerende og utviklende. En forutsetning som ble trukket fram, var åpenhet mellom yrkesgruppene og vilje til å lære av hverandre i teamarbeidet (Randström et al., 2014). En norsk hverdagsrehabiliteringsstudie fant anerkjennelse og likhet i det tverrfaglige teamet resulterte i et velfungerende samarbeid i en oppstartsfasen av tilbudet (Moe & Brataas, 2015).

Bachelorutdannet helsepersonell i kommunene, som ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere med spesifikk rehabiliteringskompetanse, utformer vanligvis treningsopplegget sammen med brukeren, og de veileder annet involvert helsepersonell, som helsefagarbeidere og medhjelpere uten helsefaglig utdanning. Zingmark (2013) viser, med henvisning til Proctor (2001), til tre særlig sentrale oppgaver og funksjoner i denne veiledningstjenesten: å støtte de involverte medhjelperne, bidra med opplæring til deres kompetanseutvikling og å gi tydelige instruksjoner som bidrar til å kvalitetssikre tjenesten. Det understrekes at det må være en balanse mellom disse tre sidene. Hver av dem alene er ikke tilstrekkelig.

I en svensk kunnskapsgjennomgang av hverdagsrehabilitering hevdes det at teamene som jobber nærmest brukerne i hverdagsrehabilitering, ikke har ekspertkunnskap om rehabilitering, slik man vanligvis har i tverrfaglige rehabiliteringsteam, og at de derfor må instrueres av terapeuter med slik kompetanse (Pettersson & Iwarsson, 2015).

Liaaen (2016) fant at i en norsk sammenheng opplevde personalet rollekonflikter mellom den tradisjonelle hjelperollen og rollen i hverdagsrehabilitering med fokus på trening, deltakelse og mestring. Likevel opplevde de arbeidet som spennende og utviklende. En dansk studie trekker fram flere samarbeidsutfordringer mellom etatene og yrkesgruppene i hverdagsrehabiliteringen (P. K. Kjellberg et al., 2011b). Det kunne være ulikt syn mellom kommunens bestillerkontor og hverdagsrehabiliteringsteamet på hvem som var i rett målgruppe for tjenesten. For bestillerkontoret var det uvant at det ikke lenger var dem som skulle utforme spesifikke vedtak om innhold og tiltak, men

at dette skulle defineres av brukeren selv i møte med hverdagsrehabiliteringsteamet. Samarbeidet mellom terapeutene og hjemmetrenerne i teamet ble betegnet som tett, men ikke uten problemer og utfordringer. Terapeutene opplevde faglige kulturforskjeller mellom dem selv og hjemmetrenerne, og det var uvant at det ikke var dem selv som skulle følge opp brukeren i den daglige treningen. Ansatte i hjemmetjenesten kunne på sin side være kritiske fordi de følte at hverdagsrehabiliteringsteamet ikke anerkjente det arbeidet de hadde utført gjennom mange år. Det ble ikke funnet høyere medarbeidertilfredshet blant dem som arbeidet med hverdagsrehabilitering i forhold til dem som arbeidet i de ordinære hjemmetjenestene, og den var størst den første tiden etter oppstarten (P. K. Kjellberg et al., 2011b, pp. 17, 28).

Personellets rehabiliteringskompetanse og ferdigheter i å motivere og oppmuntre brukerne, trekkes fram som vesentlige egenskaper (Rabiee & Glendinning, 2011; Randström et al., 2014). For å lykkes med hverdagsrehabilitering påpekes det at de ansatte må ha faglig frihet og tidsmessige rammer som muliggjør kreativitet og utøvelse av faglig skjønn (Rabiee & Glendinning, 2011).

OPPSUMMERING OG VURDERING AV FORSKNINGEN

Det primære målet med hverdagsrehabilitering for den enkelte bruker er ikke å oppnå bedre fysisk form eller bedre egenopplevd helse og livskvalitet, men å gjenopprette ferdigheter som man opplever som viktige i eget hverdagsliv. Utførelse av daglige aktiviteter er dermed hverdagsrehabiliteringens primære utfallsmål. På den annen side er sannsynligvis bedring av generell fysisk form, helse og livskvalitet viktige grunnlagselementer og til dels forutsetninger for mestring av dagliglivets aktiviteter. Generell fysisk form, helse og livskvalitet kan sees som sekundære utfallsmål. Av denne grunn har vi i denne oppsummeringen tatt med forskning som viser sammenhenger med både primære og sekundære utfallsmål. Verken på primære eller sekundære utfallsmål er imidlertid resultatene entydige. Generelt finner de kontrollerte studiene bedring både for dem som har fått hverdagsrehabilitering og for dem som har fått vanlige hjemmetjenester. Det er normalt med spontan bedring etter nylig funksjonsfall, også uten hverdagsrehabilitering. Men gir hverdagsrehabilitering bedre effekt enn vanlige hjemmetjenester?

Når det gjelder effekt på dagliglivets aktiviteter, viste den ene av de to randomisert kontrollerte studiene best effekt for hverdagsrehabilitering sammenlignet med vanlige hjemmetjenester, mens den andre ikke viste dette. Det er positivt for tilbudet i en norsk sammenheng at det var den norske studien som viste effekt i favør av hverdagsrehabilitering. Dette er en studie fra en landkommune, og vi kan ikke på basis av denne konkludere med at hverdagsrehabilitering generelt i Norge og i andre land gir bedre effekt på mestring av dagliglivets aktiviteter enn andre tjenester. En hovedgrunn for dette er at innholdet i hverdagsrehabilitering ikke er entydig og at ulike modeller og tilnærminger blir praktisert (Pettersson & Iwarsson, 2015; Tuntland & Ness, 2014).

Kvalitative studier om brukeres erfaringer bekrefter at mange av de intervjuede har hatt stor nytte av tilbudet og verdsetter det høyt. Men intervjuene identifiserte også potensielle utfordringer og barrierer hos noen målgrupper. Utfordringene knyttet seg særlig til det å skape forståelse og engasjement for den «nye» målorienterte tilnærmingen. Enkelte brukere følte seg presset til å leve opp til personalets ideal om

selvhjelpenhet og etterlyste større hensyntagen til at de befant seg i en sårbar situasjon med begrenset mulighet for mestring av viktige daglige aktiviteter. For noen var dessuten den sosiale kontakten med hjemmehjelperne av så stor betydning at de nødvendig ville miste hjelpen de hadde fått.

Heller ikke studiene som undersøker effekten av sekundære mål som fysisk funksjon og aktivitet, viser entydige resultater i favør av hverdagsrehabilitering. Når det gjelder studiene som undersøker langtidseffekt på forbruket av kommunale tjenester og kommunenes økonomi, er det flere positive resultater, men heller ikke her er resultatene helt entydige. Forskning fra flere kommunetyper med ulike modeller og tilnærminger er nødvendig før man kan konkludere om økonomisk effekt.

De kvalitative studiene med dybdeintervjuer bidrar med innsikt i hvordan brukere, pårørende og ansatte tenker omkring slik rehabilitering og om prosesser de gjennomgår. Studiene bidrar også til å identifisere utfordringer og såkalte suksesskriterier. Det tette tverrfaglige samarbeidet opplevdes som faglig stimulerende og utviklende for personalet, men også som utfordrende knyttet til samarbeid og rolleavklaring.

De ulike modellenes og kjerneelementenes forskningsevidens baseres på få forskningsstudier og er dermed forholdsvis svakt forskningsmessig fundert. Det er behov for mer forskning som kan utvide kunnskapsgrunnlaget for organisasjonsmodellenes effekter, konsekvenser, hensiktsmessighet og lokale tilpasning, og om de såkalte suksesskriterienes relevans. Det er også behov for mer forskning på hva som er de virksomme elementene i hverdagsrehabiliteringen, herunder hvilke hverdagsrehabiliteringstiltak som er mest virkningsfulle for ulike brukergrupper.

PÅGÅENDE FORSKNING I NORGE

Vi referer her til det vi kjenner til av pågående forskning om hverdagsrehabilitering i Norge.

1. Vossmodellen – hverdagsrehabilitering.

Prosjektet ledes av Senter for omsorgsforskning Vest ved Høgskolen i Bergen og pågår fra 2012–2016. Uni Research Rokkansenteret og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland er partnere. Det er finansiert av Regionalt Forskningsfond Vest, samhandlingsreformmidler, Fylkesmannen i Hordaland, Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering og Høgskolen i Bergen. Prosjektleder er Frode F. Jacobsen og prosjektmedarbeidere er Hanne Tuntland, Kari Hjelle, Oddvar Førland, Olbjørg Skutle, Herdis Alvsvåg, Egil Kjerstad, Birgitte Espehaug, Mona Kristin Aaslund og Ingvild Kjekken.

Formålet er å evaluere ulike aspekt ved hverdagsrehabilitering. Forskningen består av fem delprosjekter med følgende problemstillinger:

1. Er hverdagsrehabilitering mer effektivt enn tradisjonell hjemmerehabilitering og hjemmetjenester når det gjelder endring av aktivitet og deltagelse for hjemmeboende eldre? En randomisert kontrollert studie. Denne studien er publisert (Tuntland et al., 2015) og omtalt foran.
2. Hvilke erfaringer har brukere ved deltagelse i hverdagsrehabilitering? Denne studien er publisert (Hjelle et al., 2016) og omtalt foran.
3. Hvordan beskriver pårørende sin rolle i hverdagsrehabilitering?

4. Hvilken betydning har den nye hverdagslivsrehabiliteringsmodellen for de ansatte som er involvert, med hovedvekt på jobbtrivsel?
5. Har hverdagsrehabilitering effekt når det gjelder kommunal ressursbruk?

2. **Sammen om en aktiv hverdag. Nye arbeids- og samarbeidsformer i Eigersund og Karmøy kommune.**

Finansiert av Regionalt Forskningsfond Vest.

Prosjektleder er seniorforsker Mia Vabø ved NOVA. Prosjektmedarbeidere er Kjersti Vik professor II ved VID Vitenskapelige høyskole og førsteamanuensis Nina Amble ved HiOA.

Prosjektet undersøker hvilke utfordringer kommunene stilles overfor når ideer om hverdagsrehabilitering skal omsettes til praksis. Målet er å fremskaffe kunnskap om forhold som fremmer og hemmer en omstilling mot mer forebyggende og rehabiliterende måter å arbeide på. Hvordan lar nye arbeids- og samarbeidsformer seg innordne i en etablert kommunal forvaltningsstruktur? Hva oppfattes som nytt og utfordrende for pleiepersonale som tidligere har hatt rutiner for å gi kompensierende omsorg? Prosjektet fokuserer videre på læringsaspekter og hvordan kommunikasjons- og dokumentasjonsverktøy kan videreutvikles. Forskerne arbeider med å utvikle et dokumentasjonssystem som er treffsikkert og valid og samtidig håndterbart for ansatte og ikke for brysomt for brukerne. Et siste delprosjekt har fokus på hvordan samarbeid med frivillige kan bidra inn i den omstillingen kommunen skal gjennom.

3. **Hverdagsrehabilitering – hvordan fungerer det i praksis? Erfaringer fra brukere, personal og familien.**

Prosjektleder er professor Kjersti Vik ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap NTNU, og prosjektmedarbeidere er doktorgradsstudent, masterstudenter og ansatte på fakultetet. Prosjektet er finansiert av HiST (nå NTNU) og er et samarbeidsprosjekt mellom forskermiljø og flere kommuner i Midt-Norge.

Forskningsprosjektet har som mål å utvikle kunnskap om hvordan ulike aktører som er involvert i hverdagsrehabilitering erfarer implementering av denne type tjeneste:

1. Hva kjennetegner brukere som deltar i hverdagsrehabilitering?
2. Hvilken betydning har målsettinger knyttet til «Hva som er viktig for deg», for eldre som deltar i hverdagsrehabilitering?
3. Hva skal til for at personalet endrer holdning og arbeidsmåte?
Hva hender når de må eller ønsker å endre arbeidsmåte?
4. Hvordan anvendes COPM i hverdagsrehabilitering,
og hva er personalets erfaringer?
5. Hvordan erfares hverdagsrehabilitering fra familiens perspektiv?
Hvilke erfaringer har personalet med familien?
6. Hvordan beskriver personalet organisatoriske forhold og ledelse knyttet til implementering av hverdagsrehabilitering?
7. Hvilke forhold knyttet til ledelse og organisering erfares av personalet som forutsetninger for implementering av hverdagsrehabilitering og som forutsetninger for å skape varig endring i hjemmetjenesten?

4. Følgforskning av prosjektet «Lengst mulig i eget liv, i eget hjem» i Bodø kommune.

Prosjektet pågår fra 2013–2017 og ledes av professor Berit Støre Brinchmann ved Nord Universitet og er finansiert av Forskningsfond Nord Norge og Nord Universitet. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om implementering av hverdagsrehabilitering. Denne kunnskapen vil omfatte brukernes, pårørendes og ansattes erfaringer. Videre studeres hvordan ansatte går frem for å nå sine mål om å «yte en målstyrt, tidsavgrenset og tverrfaglig rehabilitering som skal sikre at brukeren oppnår økt funksjon og deltakelse, med et mindre forbruk av ressurser». Metode for innsamling av data er individuelle intervju, fokusgruppeintervju og feltobservasjoner.

5. Samfunnsøkonomisk prognoseverktøy for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Prosjektet er knyttet til en offentlig PhD finansiert av Norges forskningsråd og Kristiansand kommune. PhD-student er Tore Bersvendsen ved staben til helse- og sosialdirektøren i Kristiansand kommune. Han er tilknyttet Universitetet i Agder ved Institutt for økonomi. PhD-arbeidet fokuserer på hverdagsrehabilitering, der han ser på hvilke implikasjoner endringer i tjenestetilbudet kan ha for fremtidige behov for helsetjenester og ressursbehov.

UTVIKLINGS- ARBEID I KOMMUNER

Som nevnt i innledningsdelen, har en lang rekke norske kommuner de siste årene opprettet tilbud om hverdagsrehabilitering. De fleste startet opp med prosjekt eller pilotprosjekt i deler av kommunen. Noen kommuner har opprettet tilbudet uten ekstern finansiering, mens mange har søkt og fått tilskudd og prosjektmidler fra Helsedirektoratet, fylkesmenn eller andre instanser. Norske helsemyndigheter har dermed i stor grad stimulert denne veksten, særlig etter 2013.

I dette kapitlet oppsummeres kunnskap fra kommuner som har utarbeidet utviklingsplaner eller rapporter fra sine prosjekt. Slik lokal kunnskap kan være nyttig for andre norske kommuner i etableringssituasjoner, og for andre kommuner som skal videreutvikle tilbudet.

Vi redegjør for hva rapportene sier om erfaringer fra utviklingsprosjektene knyttet til følgende hovedspørsmål:

- Hvorfor starter kommunene med tilbudet, og hvordan planlegges det?
- Hvordan bygger kommunene kompetanse?
- Hvordan organiseres tilbudet?
- Hvem er målgrupper?
- Hvilke metoder og verktøy brukes?
- Hvilke rehabiliteringstiltak igangsettes?
- Hvilke resultater ser kommunene?
- Hva fremmer eller hemmer implementering i ordinær drift?

Til slutt følger en vurdering av resultatene innen disse områdene.

OVERORDNET BESKRIVELSE AV KOMMUNERAPPORTENE

Vi har per februar 2016 identifisert 26 rapporter eller plandokument fra 39 kommuner (17 av kommunene inngår i fire ulike interkommunale samarbeidsprosjekt).

Kommuner som har utarbeidet planer, forprosjekt- og utredningsrapporter:	Kommuner som har beskrevet praktisk utprøving i prosjektrapporter eller annet materiell:
Bardu, Salangen, Lavangen, Målselv (interkommunalt) Bodø	Alstahaug Arendal Bergen Flora
Etne, Vindafjord, Sauda, Suldal (interkommunalt)	Eidsvoll, Ullensaker, Nannestad, Hurdal, Nes og Gjerdrum (interkommunalt)
Gloppen Harstad Malvik Notodden Røyken Verdal Ås	Gjøvik Hamar Holtålen Klepp Kristiansand Nome Oslo Stavanger Stord, Fitjar, Bømlo (interkommunalt) Tromsø Voss

Tabell 1: Oversikt over inkluderte rapporter og plandokument.

Utviklingsprosjektene som beskrives i planene og rapportene er av ulik type og kategori. Noen utreder muligheter og modeller, og gir anbefalinger for oppstart i sine kommuner. Rapportene fra disse prosjektene har ofte en teoridel om hva hverdagsrehabilitering er, skisser av alternative modeller og beskrivelser av hvordan tjenestene mest hensiktsmessig kan organiseres i egen kommune. De fleste rapporter fra slike utredningsprosjekter har også gjort beregninger over hvilke økonomiske og personellmessige ressurser som trengs for å starte med hverdagsrehabilitering. Andre rapporter fokuserer mer på kompetansebygging og holdningsarbeid. Noen prosjekter har jobbet spesielt med samhandling, både tverrfaglig innad i egen organisasjon, og noen også interkommunalt.

En del kommuner har prøvd ut modeller og gjort praktiske erfaringer, og disse rapporterer resultater, suksesskriterier og utfordringer. Enkelte kommuner har knyttet samarbeid med utdanningsinstitusjoner i sin nærhet, og noen legger større vekt på teoretisk forankring av sine prosjekt, mens andre først og fremst gir en konkret beskrivelse av hvordan utprøving av modeller er gjort i praksis, og hvilke resultat som er oppnådd. Noen av kommunene deltar i følgeevalueringen av hverdagsrehabilitering ledet av Senter for omsorgsforskning Vest.

Utviklingsprosjektene som presenterer resultater, varierer i omfang med tanke på hvor mange brukere som har fått og avsluttet hverdagsrehabilitering. Antall brukere som resultatene bygger på spenner fra fem i noen kommuner til om lag 500 i en annen kommune. Noen rapporter er skrevet som status- og årsrapporter, mens andre er sluttrapporter eller evalueringer etter utløp av prosjektperioder.

OPPSTART OG PLANLEGGING

HVORFOR STARTER KOMMUNENE MED HVERDAGSREHABILITERING?

Bakgrunnen for at de fleste kommunene ønsket å starte opp med tilbudet var at de så behovet for en annen type tilnærming i hjemmetjenestene i fremtiden, med større vekt på mestring og aktivisering framfor kompensierende tiltak. En voksende eldrebe-folkning og tøffere økonomiske prioriteringer i kommunen trekkes også fram. En del av kommunene beskriver at deres tidligere rehabiliteringstjenester har vært for dårlig koordinert. De fleste kommunene viser til politiske føringer og planer på nasjonalt nivå der forebygging og tidlig innsats trekkes tydeligere frem enn før. Flere kommuner forankrer satsningen i egne lokale politiske planer. Flere kommuner har hatt studieturer og latt seg inspirere av andre kommuner i Norge, Sverige og Danmark.

HVORDAN PLANLEGGES DET NYE TILBUDET?

På bakgrunn av de planene og rapportene vi har funnet og tatt med i denne oversikten, finner vi at hverdagsrehabilitering planlegges og startes gjennom en prosjektorgani-sering. Noen kommuner har egne forprosjekt for å utrede hva hverdagsrehabilitering er, hvordan organisere det og hva som trengs av ressurser for å starte. Her beskrives hverdagsrehabilitering ved en gjennomgang av teoretisk rammeverk, tilgjengelig forskningslitteratur og erfaringskunnskap fra andre. Videre beskrives omfang og status for egne eksisterende tjenester, forventet behov i fremtiden og anbefalinger for organi-sering i egen kommune.

Planleggingsfasen brukes også av kommunene til å beskrive hensikt og målgrup-per, hvilke metoder som skal tas i bruk, valg av modell, organisering og hvordan man praktisk skal gjennomføre tilbudet. Alle kommunene som utreder og starter med hver-dagsrehabilitering peker på behovet for kompetansebygging blant ansatte i tjenestene. Det trekkes spesielt frem nødvendigheten av en bevisstgjøring mot å dreie fokuset fra tradisjonelle «hjelpetjenester» over mot mer rehabiliterende tjenester.

Mange er også opptatt av å planlegge for en aktiv involvering av de ansatte i opp-startsfasen. De fleste kommunene som planlegger oppstart av hverdagsrehabilitering er også opptatt av å bygge gode samhandlingsrutiner. De skisserer hvordan utfordringer med pasientflyt og informasjonsutveksling kan løses for å få på plass et godt samarbeid mellom aktuelle instanser i sin kommune.

Mange kommuner har lagt vekt på informasjonsarbeid til befolkningen generelt for å gjøre tilbudet kjent og rette en positiv oppmerksomhet mot det. Kommunene vil tydeliggjøre forskjellen mellom ordinære pleie- og omsorgstjenester og hverdagsreha-bilitering, som en forventningsavklaring for både brukere og pårørende. Dette har flere kommuner gjort gjennom å utarbeide egne brosjyrer, og flere har fått god mediedekning for sine prosjekt.

KOMPETANSEBYGGING

Alle rapportene vi har funnet viser at kommunene er opptatt av å bygge kompetanse og å heve kunnskapen om hverdagsrehabilitering. Siden konseptet er relativt nytt, trenger både fagpersoner og ledere større innsikt i metodene. Mange kommuner er opptatt av å skape felles forståelse for hva hverdagsrehabilitering er, som et grunnlag for å bygge gode samhandlingsrutiner på tvers av faggrupper og avdelinger. Det er ulike tradisjoner for hvor sterk rehabiliteringstankegangen har vært i de forskjellige profesjonene og faggruppene som er involvert. Det har også vært behov for opplæring i ulike kartleggings- og måleverktøy som brukes som ledd i hverdagsrehabiliteringen.

Medarbeiderne som er involvert i utredningsprosjektene har bygget opp sin kunnskap om hverdagsrehabilitering ved å finne tilgjengelig litteratur, hospitere hos andre kommuner som har startet med tilbudet tidligere, og i noen tilfeller deltatt på aktuelle kurs og konferanser. Kommunene har arrangert interne opplæringsdager, kurs, fagdager, hospitinger og workshops, og noen har utviklet egne opplæringskonsept.

Noen eksempler på kompetansebyggende tiltak er Tromsø kommune som i samarbeid med Utviklingscenter for hjemmetjenester i Troms med flere har utarbeidet et e-læringsprogram om velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering (Tromsø kommune, 2014), og Malvik kommune som sammen med Gyldendal har utarbeidet et elektronisk opplæringsmateriale (Knutsen, Sæther, Stamnes, & Haglund, 2013).

Drammen kommune (Drammen kommune, 2015) og Kristiansand kommune (Dagsvik, 2014) har utviklet egne veiledningshefter for ansatte i hjemmetjenesten for å sikre kompetanse og forståelse for hverdagsrehabilitering (se nærmere omtale under «Veiledere»). Bergen kommune har utviklet en egen metodebok som beskriver hvordan gjennomføre hverdagsrehabilitering. Metodeboken har blitt kontinuerlig evaluert og justert i prosjektperioden (Bergen kommune, 2016).

I både Bergen og Stavanger satset man på opplæring i kommunikasjonsmetoden «Inviterende samtale» (Bergen kommune, 2016; Stavanger kommune, 2013). Dette er et verktøy som bidrar til ressursfokusede samtaler. Andre kommuner har arrangert kurs eller opplæring i motiverende intervju (Alstahaug kommune, 2014; Øvre Romerike Utvikling, 2014). Gjøvik kommune etablerte et læringsnettverk for ressurspersoner i pleietjenesten for å endre fokus fra kompenserende tiltak til rehabiliterende tjenester (Michaelsen, Sogstad, & Fossbråten, 2014). Enda et eksempel er det interkommunale samarbeidsprosjektet mellom seks kommuner på Øvre Romerike som opprettet et fagnettverk for felles kompetanseheving og deling av kunnskap på tvers av kommunegrensene (Øvre Romerike Utvikling, 2014).

Flere kommuner har gjennomført kartlegginger og spørreundersøkelser blant ansatte (L. V. Haukås, 2014; Oslo kommune Helseetaten, 2014), og noen har gjort fokusgruppeintervju med sine ansatte (Alstahaug kommune, 2014; Dagsvik, 2014; Michaelsen et al., 2014), der spørsmål om opplæring og kompetanse har vært en del av undersøkelsene. Dette for å avdekke kompetansebehov ved oppstart av prosjekter, eller for å evaluere kompetansetiltak i etterkant.

En spørreundersøkelse blant ansatte i Oslo kommune avdekket behov for kompetanseheving innen motiverende intervju, COPM, generell rehabilitering og dokumentasjonsprosedyrer (Oslo kommune Helseetaten, 2014). Noen kommuner erfarer at behovet for kompetanseheving er kontinuerlig på grunn av endringer i personalgruppen og oppdateringer innen fagfeltet (Øvre Romerike Utvikling, 2014). Bodø kommune har utarbeidet en egen strategisk kompetanseplan for innføring av hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten (Sandnes, Willumsen, Ytterstad, & Mikkeltorg, 2013).

MODELLER OG ORGANISERING

Rapportene viser at kommunene har ulike modeller og måter å organisere hverdagsrehabiliteringstilbudene på. Det synes blant annet å ha sammenheng med kommune-størrelse, eksisterende organiseringer og lokale forhold i helse- og omsorgstjenestene i den enkelte kommune. Det som ser ut til å være mest vanlig i de rapportene vi har funnet, er at hverdagsrehabiliteringstilbudet formelt sett er organisert under hjemmebaserte tjenester – enten som en integrert del av den ordinære hjemmesykepleietjenesten, eller som en egen avdeling eller gruppe i hjemmetjenesten. Noen trekker frem at ved å plassere hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten, vil det kunne gi et kompetanseløft og en økt bevissthet på hverdagsmestring i hele denne tjenesten. Det er også kommuner, særlig store bykommuner, som har valgt en «spesialistmodell» med organisering mer på siden av både hjemmesykepleien og fysio- og ergoterapitjenesten.

Det er ulike faggrupper som er involvert i arbeidet med hverdagsrehabilitering. De mest vanlige profesjonene er ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere. I tillegg har mange kommuner hjemmetrenere som oftest er helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere eller hjelpepleiere. Noen kommuner har også sosionom og vernepleier i sine team. I tillegg har teamene gjerne egne ledere, prosjektledere eller teamkoordinatorer.

Det varierer om faggruppene som tradisjonelt ikke er en del av hjemmesykepleien, for eksempel ergoterapeuter og fysioterapeuter, er ansatt i hjemmetjenesten, eller om de bidrar med fagkompetanse fra andre avdelinger der de er ansatt. Vi ser spesielt at samarbeid på tvers av avdelinger er vanlig når tilbudet er prosjektorganisert og foreløpig ikke en del av ordinær drift. I en del kommuner er hverdagsrehabiliteringstilbudet delt ved at fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere inngår i egne enheter (i noen kommuner omtalt som «motor-team») (Hunnålvatn, 2014), mens den «daglige» treningen følges opp av hjemmetrenere fra de ordinære hjemmebaserte tjenestene. I noen av kommunene er motorteamene forankret utenfor hjemmetjenestene, for eksempel i kommunens øvrige rehabiliteringstjeneste, eller i koordinerende enhet, mens de i andre kommuner er en integrert del av hjemmetjenestene.

Kommuner som har hverdagsrehabiliteringsteam med ansatte fra ulike avdelinger og som dermed har forskjellige ledere å forholde seg til, beskriver utfordringer med slik organisering. De har erfart at dette krever godt samarbeid mellom lederne i de ulike avdelingene. Motstridende syn på ressursbruk kan skape utfordringer (Michaelsen et al., 2014). Et tverrfaglig sammensatt team som ikke har en felles leder, kan gjennom diskusjoner og uenigheter som oppstår, savne tydelighet i avgjørelser som må tas (Stavanger kommune, 2013). Noen kommuner med slike modeller trekker frem at god kjennskap til hverandre, informasjonsflyt (Tromsø kommune, 2014), samhandling, geografisk nærhet eller samlokalisering av arbeidssteder er viktige suksessfaktorer (Hamar kommune & Utviklingscenter for hjemmetjenester Hedmark, 2014).

Tilgang på ulikt fagpersonell og robusthet i faggruppene diskuteres i flere av rapportene. Små kommuner eller enheter opplever for eksempel å ha begrenset tilgang på fysio- og ergoterapeutressurser (Øvre Romerike Utvikling, 2014) og rehabiliteringskompetanse (Sørheim et al., 2013). Man ser også at små team er sårbare og utsatte ved ferieavvikling, permisjoner og sykdom (L. V. Haukås, 2014). På en annen side kan mindre team lettere konsentrere innsatsen og fokuset på hverdagsrehabiliteringstanken internt (Oslo kommune Helseetaten, 2014).

Noen kommuner har samordnet hverdagsrehabilitering med eksisterende innsatsteam, demensteam eller innsatsteam i forvaltningsenheten. De fleste kommunene beskriver uansett viktigheten av et tett samarbeid med tildelingskontorene. Tildelings-

forvaltnings- eller bestillerkontoret er oftest innbyggernes port inn til de kommunale tjenestene, og de kan tilby hverdagsrehabilitering før tradisjonelle pleietjenester der det er aktuelt.

De som søker om å få hverdagsrehabilitering, eller henvises til tjenesten, vurderes ifølge rapportene enten av et tildelings-/forvaltningskontor eller direkte av hverdagsrehabiliteringsteamet. Dette avhenger av hvilken organisering kommunen har valgt. Derfor varierer det også om det er tildelingsenheten, hverdagsrehabiliteringsteamene eller, i noen kommuner, hjemmetjenesten som innvilger eller fatter formelle vedtak om tjenesten. Man vurderer om søkere er aktuelle for hverdagsrehabilitering ut fra de kriteriene som er beskrevet for tilbudet i hver kommune. Tilbudet gis alltid som en tidsavgrenset tjeneste, varighet varierer fra fire uker i en del kommuner og opp til tolv uker i noen kommuner. Flere kommuner oppgir at det gjøres individuelle vurderinger av varighet underveis.

Samhandling og kommunikasjon på tvers av avdelinger og helsetjenestenivåer blir beskrevet i en del av rapportene. Samarbeid mellom ulike avdelinger internt i kommunen er avgjørende når brukere både får hverdagsrehabilitering og tjenester fra andre avdelinger, for å avklare ansvar og hvem som skal gjøre hva (Vikestad & Stavsholt, 2014). Noen har ekstra fokus på forløpet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen (Kvilhaugsvik & Birkeland, 2013), og en kommune beskriver at videokonferanse er tatt i bruk for å lette samhandling med fastleger og spesialisthelsetjenesten (Hamar kommune & Utviklingssenter for hjemmetjenester Hedmark, 2014). Kjennskap til hverdagsrehabiliteringstilbudet i kommune blant fastleger og sykehusavdelinger pekes på som viktig for at disse instansene kan henviser til eller anbefale pasientene å søke om tjenesten (Hamar kommune & Utviklingssenter for hjemmetjenester Hedmark, 2014; Michaelsen et al., 2014; Oslo kommune Helseetaten, 2014).

MÅLGRUPPER

De fleste kommunene som er i en oppstartsfase har definert målgrupper for tjenesten. Samtidig er det en del av kommunene som justerer kriteriene underveis, for å sikre erfaringer fra flere brukere og ulike pasientgrupper.

Målgruppen som oftest beskrives er eldre hjemmeboende innbyggere som har fått eller står i fare for å få nedsatt funksjon. Det er gjerne nye søkere til helse- og omsorgstjenestene; de som for eksempel søker om hjemmehjelp, trygghetsalarm, hjelpemidler, matombringing eller pleie i hjemmet for første gang. I målgruppen er også eldre som utskrives fra sykehus eller kommunale institusjoner etter sykdom eller funksjonsfall. Flere kommuner har etterhvert åpnet for å gi tilbud til eldre som allerede har hjemmetjenester, der pasientene har hatt en episode med ytterligere funksjonsfall, eller der brukeren søker om en økning av de hjemmebaserte tjenestene.

Kommunene har stort sett ikke noen diagnosekriterier for tildeling av hverdagsrehabilitering, men et interkommunalt samarbeid avgrenset seg til å prøve ut hjemmerehabilitering for personer som har hatt hjerneslag (Kvilhaugsvik & Birkeland, 2013). De fleste kommunene oppgir at de ikke gir tilbud om hverdagsrehabilitering til pasienter i palliativ og terminal fase, de som trenger omfattende rehabilitering i institusjon eller spesialisert rehabilitering. Flere oppgir også at personer med alvorlig KOLS, demens eller annen nedsatt kognitiv funksjon, alvorlige psykiske lidelser eller rusproblematikk ikke er i målgruppen for hverdagsrehabilitering. Noen få kommuner beskriver at de er i

ferd med å prøve ut hverdagsrehabilitering til personer med psykisk utviklingshemning (Tromsø kommune, 2014).

Det er noen kommuner som har en nedre grense på 65 år for å få hverdagsrehabilitering, men de fleste har ikke en slik aldersbegrensning. Flere oppgir at de som skal være aktuelle for hverdagsrehabilitering, må ha rehabiliteringspotensiale, være motivert for egeninnsats og kunne forstå instruksjon.

METODER OG VERKTØY

VERKTØY I OPPSTART AV REHABILITERINGSPROESSEN (KARTLEGGING, MÅLSAMTALE OG BRUKERINVOLVERING)

Kommunene beskriver i sine rapporter at hverdagsrehabiliteringsteamene gjennomfører en kartlegging ved oppstart av tjenesten hos den enkelte bruker. Denne kartleggingen er oftest tverrfaglig, og man undersøker funksjonsnivå og brukers ønsker og mål for hverdagsrehabiliteringen. En kommune poengterer at det er viktig å bruke tid på god kartlegging, da det legger grunnlag for tiltakene som planlegges videre (Michaelsen et al., 2014).

Det legges vekt på å benytte brukerstyrte verktøy for å sikre involvering og motivasjon hos bruker. Noen verktøy er utbredt og brukes av de fleste kommunene, som målsettings- og evalueringsverktøyet COPM⁴. I tillegg brukes ofte funksjonsmålingsverktøy som SPPB⁵ eller «Timed-Up-and-Go» (TUG)⁶. IPLOS⁷ er også brukt i flere

⁴ COPM står for «Canadian Occupational Performance Measure». Sentralt i dette verktøyet er at man kartlegger hvilke aktiviteter bruker opplever som viktig, men som bruker ikke får til eller ikke er tilfreds med å utføre. Videre er det bruker som selv velger ut opptil fem av de viktigste aktivitetene som kan danne grunnlag for målsetting. Når aktivitetene er valgt, vurderer bruker sin egen utførelse og tilfredshet av de valgte aktivitetene, ved å benytte en skala fra 1-10 i starten og slutten av hverdagsrehabiliteringen. 10 betyr «kan utføre svært bra»/«svært tilfreds» og 1 betyr «kan ikke utføre i det hele tatt»/«ikke tilfreds i det hele tatt». Dette gjøres for å se om det har skjedd endring i aktivitetsutførelse over tid. En gjennomsnittlig endring i enten utførelse eller tilfredshet på 2 eller flere poeng regnes som en klinisk relevant (betydningsfull) endring (Law et al., 2015).

⁵ SPPB er forkortelse for «Short Physical Performance Battery» og er et objektivt verktøy for å måle balanse, beinstyrke og ganghastighet. Skåren går fra 0 til 12, der 12 er best. En skåre på lavere enn 10 indikerer økt risiko for funksjonssvikt, og en skåre på lavere enn 8 indikerer begynnende svikt i dagliglivets aktiviteter (ADL). En endring på 1 poeng eller mer tilsvarer en klinisk betydningsfull endring (Freiberger et al., 2012).

⁶ TUG er en test for bevegelseshemmede som gir en individuell vurdering av balanse og ganghastighet. Den brukes blant annet som en indikasjon på fall- og gangproblemer hos geriatriske pasienter. Helsepersonellet som observerer pasienten, bruker stoppeklokke for å notere tiden pasienten bruker på å reise seg fra en stol, gå 3 meter for å snu og sette seg igjen (Herman, Giladi, & Hausdorff, 2011).

⁷ IPLOS er et lovbestemt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter utviklet av norske helsemyndigheter for å kunne registrere og følge utviklingen av personers ressurser og bistandsbehov. Behov for bistand/assistanse/helsehjelp i tilknytning til grunnleggende daglige aktiviteter registreres på en skala 1-5 (Helsedirektoratet, 2015a). En gjennomsnittsskår på 2 og mindre defineres som lite bistandsbehov, en skår som er over 2 og mindre eller lik 3 defineres som middels bistandsbehov, og en skår på større enn 3 defineres som omfattende bistandsbehov (Gabrielsen et al., 2008).

kommuner. Noen kommuner bruker andre verktøy i tillegg til eller i stedet for de som er nevnt over. Eksempler på andre verktøy er Falls Efficacy Scale International (FES-I)⁸ og Ganghastighet (Bergen kommune, 2016). Videre har en kommune brukt Barthel Index, helserelatert livskvalitet (EQ-5D), mestring (SOC 13) og positiv psykisk helse (MHC-SF) (L. V. Haukås, 2014), og en kommune har brukt sjekkliste av bolig (Engan & Djupdal, 2014).

I forbindelse med kartleggingen har man oftest et oppstartsmøte mellom bruker, terapeut og eventuelt sykepleier. I møtet anvendes COPM-verktøyet for å få fram hva brukeren anser som viktig, og dette knyttes til en målsamtale. Målsamtalen er beskrevet av flere kommuner. Den setter fokus på hva som er viktig for den aktuelle brukeren. Ved at bruker får definere sine egne mål på sin egen hjemmebane, kan han få større motivasjon til å gjennomføre hverdagsrehabiliteringen. Motiverende intervju⁹ er også tatt i bruk som metode i mange kommuner for å sikre fokus på brukerinvolvering.

Noen kommuner beskriver at de har en fast struktur for å ivareta brukers medbestemmelse og engasjement gjennom hele forløpet med hverdagsrehabiliteringen, gjennom å følge opp målsamtalen og tiltakene med både evalueringsmøte og oppfølgingsmøte. Det kan være mer tidkrevende å ha en så tydelig brukerinvolvering gjennom hele prosessen, men det oppleves å gi gode resultater (Hamar kommune & Utviklingssenter for hjemmetjenester Hedmark, 2014).

VERKTØY SEINERE I REHABILITERINGSPROSESSEN (DOKUMENTASJON AV ARBEIDET OG RESULTATENE)

For å følge utvikling og eventuelt endre og tilpasse trening underveis, har mange kommuner en midtevaluering eller et statusmøte med bruker og fagpersonene som planlegger og gjennomfører oppfølgingen. Det gjøres også en vurdering av status ved avslutning av tjenesten. Har bruker oppnådd bedring i funksjon, og er vedkommendes mål nådd? I tillegg beskriver noen kommuner at de tilbyr en oppfølgingssamtale og eventuelt testing en stund etter avsluttet tjeneste, blant annet for å motivere bruker til videre egentrening etter at hverdagsrehabiliteringen er avsluttet. I evalueringene brukes gjerne de samme verktøy og tester som ble brukt ved oppstart av tilbudet, for å kunne se om det har skjedd noe endring hos den enkelte i løpet av rehabiliteringsperioden.

De fleste kommunene beskriver at de journalfører resultatene i den elektroniske pasientjournalen til hver enkelt bruker. Noen har egne passordbeskyttede Excel-ark som brukes. Rapportene beskriver i liten grad hvordan resultatene samles og om statistikk brukes aktivt i dokumentasjon og videreutvikling av tilbudet over tid. Kommuner som er med i samarbeidsprosjekt eller følgeevaluering i regi av Helsedirektoratet og forskningsinstitusjoner, ser ut til å dokumentere mer enn kommuner som ikke deltar i slike prosjekt. Noen kommuner oppgir at dokumentasjonen kan bli omfattende og ressurskrevende å følge opp. Dette forklares med at det brukes mange ulike kartleggingsverktøy, men også at de elektroniske journalene ikke er tilrettelagt for enkel og effektiv registrering av resultater. Det er også noen som beskriver at ansatte er utrygge på hvordan de skal dokumentere.

⁸ Falls Efficacy Scale International (FES-I) er et skjema som måler brukers bekymring for å falle. Bruker skårer 16 ulike aktiviteter (ulike ADL-aktiviteter og ved gange på ulike underlag og i forskjellige situasjoner) på en skala fra 1 til 4, der 1 betyr «er ikke bekymret i det hele tatt», og 4 betyr «veldig bekymret hele tiden». Total skåre på 16 betyr «ikke bekymret for å falle i det hele tatt», og en skåre på 64 betyr «veldig bekymret i alle 16 aktivitetene» (Helbostad et al., 2010).

⁹ Se Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/hva-er-motiverende-intervju>

Bergen kommune (Bergen kommune, 2016) og Oslo kommune (Oslo kommune Helseetaten, 2016) oppgir at de har brukt KS sin modell «Registrerings- og beregningsmodell for hverdagsrehabilitering» (Fürst og Høverstad, 2014) for å dokumentere omfang og effekt av hverdagsrehabilitering. De har blant annet laget et «skyggeregnskap» ved å estimere hvor mye hjelp fra hjemmetjenestene bruker ville hatt behov for dersom han ikke hadde fått hverdagsrehabilitering.

INNHALDET I REHABILITERINGSTILTAKENE

Noen av kommunerapportene beskriver hvilke tiltak som inngår i hverdagsrehabiliteringen, mens mange av rapportene ikke har vektlagt en utdypning av tiltakene. Flere beskriver at fysio- og ergoterapeuter, gjerne i samarbeid med sykepleier, utarbeider en rehabiliteringsplan med treningsopplegg, på grunnlag av brukers mål og ønsker. Videre er det som oftest hjemmetrenere som har den daglige oppfølgingen og gjennomfører trening med bruker hjemme hos ham/henne.

Treningen er oftest rettet mot aktiviteter i hverdagen, som morgenstell, husarbeid og tilbereding av mat. Det kan være trening for å mestre konkrete aktiviteter som man før funksjonsfallet var i stand til å utføre. Det kan være å finne fram til kompensierende teknikker for å gjøre hverdagsaktivitetene på nye måter. Det kan også være tilrettelegging, utprøving, formidling og opplæring i bruk av hjelpemidler.

Treningen kan foregå gjennom å følge bruker på ulike aktiviteter utenfor hjemmet. Dette for å trygge brukeren i situasjoner han er usikker på, men gjerne vil mestre igjen. Det kan være turer til nærbutikken, reise med buss, komme seg til bank eller legekontoret. Andre treningstiltak kan være ren funksjonstrening av styrke, balanse og utholdenhet, gangtrening eller arm- og håndtrening. Bergen kommune har brukt styrke- og balansetreningsprogrammet som heter Otago (Bergen kommune, 2016).

I tillegg til ulike treningstiltak inneholder hverdagsrehabiliteringen samtaler og veiledning. Det kan for eksempel handle om kosthold, mosjon, egentreningsprogram, forebygging av stivhet og kontrakturer, om medisiner, pustøvelser, blodsukker eller trykksår. En sentral del av oppfølgingen er dessuten oppmuntring og motivering for trening og til videre egeninnsats.

Noen kommuner nevner at hverdagsrehabiliteringsteamet også har en koordinerende funksjon med tanke på de som trenger videre oppfølging. Da tilrettelegger de for henvisning videre til andre instanser og sikrer overføring. Det kan også være snakk om å bistå bruker med å etablere kontakt med frivillighetssentralen, eller andre tilbud i nærmiljøet. I en del tilfeller kan det være aktuelt å bidra til å skape et større sosialt nettverk for brukeren.

RAPPORTERTE RESULTATER FRA KOMMUNER

RESULTATER FOR BRUKERNES HELSE, FUNKSJON OG DELTAKELSE

Mange av kommunene har brukt flere av de samme redskapene for å vurdere effekt på helse, funksjon og deltakelse. Funksjonsmålingsverktøyene COPM, SPPB og IPLOS

er mest brukt. For kommunene som har fått tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet lå det krav om at COPM skulle brukes. Resultatene presenteres likevel ulikt i de forskjellige rapportene, og ikke alle kommunenes resultater kan settes inn i en samlet tabell. Resultatene som kan sammenstilles, er tatt med i tabellen under. Tallene viser egenoppgitte verdier av gjennomsnittlig endring fra før til etter hverdagsrehabilitering for brukere i kommunene.

Kommune	Antall brukere ¹	COPM ²		SPPB ³	IPLOS ⁴	Reduksjon i antall timer hj.tj. pr. uke pr. bruker ⁵
		Utførelse	Tilfredsbet			
Kristiansand	90	+ 3,4	+ 3,8	+ 1,3		-2,3
Oslo, 2014 ⁶	70	+ 2,4	+ 2,5	+ 1,1	-0,25	-1,5
Oslo, Søndre Nordstrand 2016	135	+ 2,5		+ 1,6		-1,5
Oslo, Østensjø 2016	115	+ 3,2		+ 1,4		-1,3
Bergen	57	+ 4,3	+ 4,6	+ 1,7	-0,10	-2,3
Tromsø	19	+ 3,5	+ 3,1	+ 0,7		-2,7
Nome	19	+ 3,3	+ 3,4	+ 2,0		
ØRU ⁷	15	+ 2,2	+ 2,1	+ 2,1	-0,30	-1,9
Flora	11	+ 3,3	+ 3,8	+ 2,3		

Tabell 1: Resultater fra kommunene på utvalgte måleparametre

Tabellnoter:

¹ Det er ikke alle kommunene som har målt alle inkluderte brukere med de ulike verktøyene.

² Gjennomsnittlig endring i brukers skåre av egne mål på skala fra 1–10 der 10 er best, fra før til etter hverdagsrehabilitering. Endring på 2 poeng regnes som klinisk relevant (Law et al., 2015).

³ Gjennomsnittlig endring i test av ganghastighet, balanse og benstyrke fra før til etter hverdagsrehabilitering. Bruker kan få fra 0 til 12 poeng, der 12 er best, endring på 1 poeng er klinisk relevant.

⁴ Endring i pleiebehov. Skala 1–5: 1,0–2,0 tilsvarer lite pleiebehov, 2,1–3,0 er middels pleiebehov, 3,1–5,0 er omfattende pleiebehov.

⁵ Gjennomsnittlig reduksjon i antall timer med hjemmesykepleie/hjemmetjenester per bruker per uke, før og etter hverdagsrehabiliteringsperioden.

⁶ De 70 brukerne i Oslo i 2014 inngår i tallene fra Søndre Nordstrand og Østensjø bydeler i 2016.

⁷ Øvre Romerike Utvikling (ØRU) er samarbeidsorganet for de 6 kommunene på Øvre Romerike: Eidsvoll, Gjerdrum, Hurdal, Nannestad, Nes og Ullensaker kommune.

Kristiansand kommune viser i sin rapport resultater fra om lag 90 brukere, og har blant annet benyttet COPM og SPPB. COPM-skårene viste at 75 % av brukerne har en klinisk betydningsfull bedring i hvordan de selv opplever egen utførelse av aktiviteter som er viktige for dem (gjennomsnittlig forbedring på 3,4 poeng). 80 % av alle brukerne var mer tilfredse med hvordan de utførte disse aktivitetene (gjennomsnittlig forbedring på 3,8 poeng). Testene knyttet til styrke, balanse og ganghastighet viste klinisk forbedring hos 62 % av brukerne (gjennomsnitt 1,3 bedring i SPPB-skåren)

(Dagsvik, 2014).

Oslo kommune har hatt 250 brukere som har fullført hverdagsrehabilitering fra 2014 til 2016, fordelt på to bydeler. De har registrert COPM og SPPB for å måle endring i funksjon. Resultatene er litt forskjellige mellom de to bydelene, og de er derfor registrert hver for seg i tabellen. Egenopplevd aktivitetsutførelse stiger (i gjennomsnitt viser COPM en bedring på 2,5 poeng i den ene bydelen og 3,2 poeng i den andre). Målinger av ganghastighet, balanse og beinstyrke viser bedring i begge bydelene (Oslo kommune Helseetaten, 2016). IPLOS ble målt for de 70 første brukerne som fikk hverdagsrehabilitering. Gjennomsnittlig IPLOS-skåre gikk noe ned (forbedring) (Oslo kommune Helseetaten, 2014).

Bergen kommune har gjennom en prosjektperiode på et halvt år gitt hverdagsrehabilitering til 57 personer i tre bydeler. I tillegg til positive resultater både med COPM og SPPB, har de også målt deltakernes bekymring for å falle med FES-I (Falls Efficiency Scale International). Resultatet viste at bekymring for å falle gikk ned med 5,7 poeng fra 33,9 til 28,2 på en skala som går fra 16 til 64 (16 er «ikke bekymret for å falle i det hele tatt», og 64 er «veldig bekymret») (Bergen kommune, 2016).

Stavanger kommune har rapportert resultater fra sitt pilotprosjekt i en bydel i 2013 der 38 brukere fikk hverdagsrehabilitering. De brukte blant annet Timed-Up-and-Go (TUG), og resultater herfra viser at de fleste brukerne fikk et funksjonsløft (Stavanger kommune, 2013).

Hamar kommune har resultater fra 32 brukere. Tyve av disse fikk en lavere og bedret IPLOS-skåre etter hverdagsrehabilitering. Ut fra alle målsettingene som ble satt under COPM-intervjuene og brukernes egne evalueringer av sine mål, rapporteres det at 84 av 110 mål ble nådd (Hamar kommune & Utviklingssenter for hjemmetjenester Hedmark, 2014).

Øvre Romerike har resultater fra 15 brukere, der nesten alle hadde bedring på SPPB. Over halvparten hadde bedring på utførelse, og 75 % hadde en bedring på tilfredshet med egen utførelse målt med COPM (Øvre Romerike Utvikling, 2014).

I *Tromsø kommunes* rapport presenteres SPPB-resultat fra fem brukere, da det ikke var aktuelt å teste alle 19 brukerne med dette verktøyet. Gjennomsnittlig verdi var 3,8 før hverdagsrehabilitering og 4,5 etter hverdagsrehabilitering, noe som ikke gir en klinisk signifikant bedring. I samme rapport vises det imidlertid til COPM-resultat fra 14 brukere, der gjennomsnittlig bedring er over 3 poeng på både utførelse og tilfredshet (Tromsø kommune, 2014).

Nome kommune har gitt hverdagsrehabilitering til 19 brukere. De rapporterer COPM-resultat fra 14 personer, som viser en gjennomsnittlig bedring med 3,3 på utførelse og 3,4 på tilfredshet. SPPB-resultat er hentet fra 18 brukere og viser en gjennomsnittlig bedring på 2 poeng (fra 4,8 til 6,8) (Vikestad & Stavsholt, 2014).

Flora kommune har COPM-resultat fra 10 brukere, der åtte av dem viser klinisk signifikant bedring. Gjennomsnittlig bedring av SPPB-resultat er 2,3. To brukere hadde ingen bedring, mens 8 brukere hadde bedring. Før hverdagsrehabilitering hadde 90 % av brukerne en skåre som tilsa begynnende svikt i ADL, mens etter tilbudet var andel brukere i den samme kategorien redusert til 40 % (L. V. Haukås, 2014).

Kommunene *Alstahaug* (Alstahaug kommune, 2014), *Gjøvik* (Michaelson et al., 2014) og *Holtålen* (Engan & Djupdal, 2014) hadde med færre enn ti brukere hver i sine utviklingsprosjekt. Tendensen var tilsvarende de andre kommunene som er beskrevet over med noe varierende virkning, men i størst grad positive resultat.

Arendal kommune har hatt innsatsteam i flere år. I løpet av 2013 og 2014 har over 500 brukere fått tjenester fra innsatsteamet. I samme periode er antall brukere av

hjemmesykepleietjenester gått ned med 11 %. Tall fra 2014 viser at ca. 80 % av de som har fått bistand fra innsatsteamet, har redusert antall timer hjemmesykepleie per uke. 59 % har redusert behovet for hjemmesykepleie med mellom 1 og 5 timer per uke.

Klepp kommune har hatt hverdagsrehabilitering siden 2013 og har gjennom et prosjekt over to år gitt hverdagsrehabilitering til 143 personer. Deres resultater viser at 61 % avsluttet hverdagsrehabilitering med ingen tjenester, 16 % avsluttet med mindre tjenester enn de hadde før, og 23 % avsluttet med lik eller mer tjenester enn før (Lundeby, 2015).

RESULTATER FOR BRUKERTILFREDSHET

Flere kommuner beskriver i sine rapporter at de har fått positive tilbakemeldinger fra brukerne som har fått hverdagsrehabilitering, men få har hatt formelle brukerundersøkelser eller lignende for å bekrefte dette.

Arendal kommune har hatt brukerundersøkelser om sitt innsatsteam der de har fått gode tilbakemeldinger. Stavanger kommune gjorde i sitt pilotprosjekt en kvalitativ undersøkelse med individuelle intervju av de ni brukerne som hadde hatt hverdagsrehabilitering. Her viste svarene at disse brukerne selv opplevde å ha fått bedret funksjon, og de fikk en lavere terskel for å prøve ut aktiviteter og gjøremål som de var blitt usikre på. De sa også at aktivitetsnivået deres hadde steget etter at rehabiliteringen ble avsluttet (Stavanger kommune, 2013). I Oslo kommune gjennomførte man telefonintervju av ti brukere som hadde fått hverdagsrehabilitering, og sju av disse oppgav at de var godt fornøyde med tilbudet (Oslo kommune Helseetaten, 2014). I Alstahaug kommune var en del av brukerne skeptiske til hverdagsrehabilitering i utgangspunktet, men ble positivt overrasket over egne resultat, og dette motiverte dem til å trene videre etter avslutning av tjenesten (Alstahaug kommune, 2014). Bergen kommune spurte brukerne som hadde fått hverdagsrehabilitering, om deres tilfredshet med prosessen. De brukte en skala fra 1 til 5 der 1 betyr «I liten grad» og 5 betyr «I stor grad». På spørsmålet om hvor tilfreds bruker var med støtten de hadde fått underveis var gjennomsnittet 4,8. På spørsmål om bruker mestret aktivitetene de ønsket å få til, var gjennomsnittet 4,3.

RESULTATER FOR KOMMUNEØKONOMIEN

Utviklingsprosjektene som rapporterer om økonomiske resultater, gjør det helst i form av beregnede kostnadsbesparelser eller endring i bistandsbehov for pleie- og omsorgstjenester.

De seks kommunene i Øvre Romerike-samarbeidet rapporterer om en samlet innsparing på kr. 435 702 på 15 brukere over tre måneder. Her er ikke ekstra kostnader med prosjektorganisering, opprettelse av samarbeidsstrukturer og kompetanseheving tatt med (Øvre Romerike Utvikling, 2014). I Stavanger kommune fant man at gjennomsnittlig innsparing per bruker som får hverdagsrehabilitering, var kr. 42 000 når man har trukket fra utgiftene til driften av hverdagsrehabilitering. I sin rapport estimerer Stavanger kommune at det er ca. 200 brukere som vil kunne dra nytte av hverdagsrehabilitering årlig, noe som gir en samlet innsparing på 8,4 millioner per år. Utgifter til et eventuelt utvidet behov for administrasjon, samhandling og kompetanseheving er ikke tatt med (Stavanger kommune, 2013).

Tromsø kommune oppgir i sin rapport at hverdagsrehabilitering for 19 brukere har gitt en kostnadsbesparelse på ca. 2 millioner kroner på ett år, gjennom en samlet nedgang i

bistandsbehov tilsvarende 51,5 vedtakstimer per uke (Tromsø kommune, 2014). Flere andre kommuner har også målt antall timer med tradisjonelle hjemmetjenester før og etter hverdagsrehabilitering. I Hamar kommune hadde 15 av 26 brukere en nedgang i behovet for hjemmetjenester etter avsluttet hverdagsrehabilitering. Åtte brukere hadde uendret behov, og hos tre økte behovet (Hamar kommune & Utviklingssenter for hjemmetjenester Hedmark, 2014). I Øvre Romerike-kommunene gikk behovet for hjemmetjenester ned hos litt over halvparten av de 15 brukerne etter avsluttet hverdagsrehabilitering (Øvre Romerike Utvikling, 2014). I Oslo kommune vises det til resultater fra over 70 brukere (fra to ulike bydeler), og der gikk antall vedtakstimer på pleie- og omsorgstjenester per bruker ned fra i gjennomsnitt 2,5 timer før hverdagsrehabilitering til under en time ved avslutning av hverdagsrehabilitering. Etter tre måneder hadde gjennomsnittet gått noe opp til 1,2 timer per bruker per uke i den ene av de to bydelene, og minimalt opp i den andre (Oslo kommune Helseetaten, 2014).

Kristiansand kommune rapporterer resultater fra ca. 90 brukere. Over 60 % av disse har nedgang i antall timer hjemmetjenester fra før til etter hverdagsrehabilitering, mens 4 % har en økning av timer etter hverdagsrehabilitering. I gjennomsnitt har antall timer med hjemmetjenester per uke gått ned fra 6,6 til 4,3 timer (Dagsvik, 2014).

Bergen kommune har gjort beregninger som viser en gjennomsnittlig netto gevinst per bruker per år med hverdagsrehabilitering på kr. 27 000. Beregnede reduserte utgifter til hjemmesykepleie og utgifter til å drive hverdagsrehabilitering er tatt med i dette regnestykket (Bergen kommune, 2016).

RESULTATER FOR DE ANSATTE

Flere kommuner har undersøkt og beskrevet de ansattes erfaringer med hverdagsrehabilitering. Mange oppga å ha fått gode tilbakemeldinger fra brukerne og at de også selv observerer at brukerne har hatt god effekt av tilbudet. En del kommenterer at det likevel trengs bedre informasjonsarbeid ut mot brukere og pårørende for å avklare forventninger om hva tilbudet er, for eksempel sammenlignet med tradisjonelle pleietjenester. En del trekker fram at det å definere målgruppe og finne de brukerne som er mest aktuelle for hverdagsrehabilitering, kan være utfordrende. Noen ansatte kunne tenkt seg mer informasjon og involvering i planleggingsfasen av prosjektene.

Ansattes erfaringer med informasjonsflyt, samhandling og logistikk på tvers av avdelinger og faggrupper kommenteres i noen rapporter. Dette oppleves av flere som bedre gjennom satsingen på hverdagsrehabilitering. En felles forståelse for rehabiliteringsarbeidet, og en bedre kjennskap til de ulike faggruppens kompetanseområder, skaper gjensidig respekt og oppleves positivt. De ansatte opplever likevel at det fremdeles er et forbedringspotensial her, og at disse forholdene krever et kontinuerlig fokus. Eksempler som nevnes, er utfordringer med informasjonsflyt og samarbeid mellom faggrupper i hverdagsrehabiliteringsteamene når disse har forskjellige ledere eller ulike arbeidstider på grunn av turnus.

Alle rapportene som beskriver ansattes erfaringer, trekker fram at personalet er positive til den kompetanseøkningen som har vært innen rehabilitering. Det formidles at de har lært mye om for eksempel trening og forflytningsteknikker, og hvordan tenke på en rehabiliterende måte i arbeidet med brukerne. Noen trekker også frem positive erfaringer med satsning og kompetanseheving på motiverende og inviterende samtaler. I noen rapporter beskrives også behovet for ytterligere kompetanseheving, der noen nevner behov for mer kunnskap og erfaring med målsamtaler, og andre beskriver et behov for mer evalueringskompetanse.

Flere rapporter beskriver at ansatte er positive til at det har blitt laget flere og bedre rutiner i forløpet og at det er tatt i bruk tydelige verktøy. Dette er både med tanke på kartlegging av funksjonsnivå, målsamtaler og sjekklister. Det har gjort fokuset på rehabilitering, dokumentasjon og informasjonsoverføring bedre der man før hadde uklare pleie-/tiltaksplaner å forholde seg til. Likevel er det noen ansatte som mener det er for mange kartleggingsredskaper i bruk og at dette tar tid og oppmerksomhet fra selve veilednings- og treningsarbeidet.

Flere beskriver at endringer i arbeidsoppgavene opplevdes positivt. Pleiepersonellet som tidligere kunne ha mest tunge pleieoppgaver, fikk gjennom hverdagsrehabiliteringsarbeidet gjøre en del veilednings- og treningsoppgaver. For noen av ergoterapeutene, fysioterapeutene og sykepleierne var det utfordrende å overføre oppfølgingen av tiltakene til andre kollegaer i hjemmetjenesten som ikke var like involvert i hverdagsrehabiliteringen. Mange ansatte påpeker viktigheten av å ha tilstrekkelig tid og ressurser gjennom hele forløpet. Gode vurderinger og en grundig prosess med bruker for å sette mål, samt tid til å følge opp tiltakene i den avgrænsede perioden av tilbudet, opplevdes som nødvendig for å få gode resultater. Ansatte opplevde at de gjennom hverdagsrehabiliteringen fikk bedre tid til å bli kjent med brukeren enn i de ordinære hjemmetjenestene. Resultatene i dette kapittelet om de ansattes erfaringer er hentet fra flere ulike kommunerapporter, og særlig fra Tromsø (Tromsø kommune, 2014), Gjøvik (Michaelsen et al., 2014), Stavanger (Stavanger kommune, 2013) og Flora (L. V. Haukås, 2014).

IMPLEMENTERING I ORDINÆR DRIFT

Flere av utviklingsprosjektene trekker frem noen sammenfallende suksesskriterier for å lykkes med implementering av hverdagsrehabilitering. Det er først og fremst brukerinvolvering, kompetanseheving og felles forståelse, viktigheten av god forankring i ledelsen, tid til samhandling og frigjorte ressurser fra «ordinær drift». Samtidig pekes det på at dersom disse faktorene ikke er på plass, kan det føre til utfordringer med innføringen og driften av tjenesten fremover.

BRUKERINVOLVERING

Mange av utviklingsprosjektene i denne oversikten har vært opptatt av å ivareta brukerinvolvering. Hamar kommune erfarte fra sitt prosjekt at brukerne fikk større eierforhold til egen rehabiliteringsprosess når de satte egne mål (Hamar kommune & Utviklingssenter for hjemmetjenester Hedmark, 2014). Målsamtalen var også sentral i Gjøviks prosjekt, der de utviklet et eget skjema og spørreguide for dette. Brukerne forventet å bli spurt om hva de trenger hjelp til, og ikke å bli utfordret på hva de kunne klare selv. Erfaringene med målsamtalene var at ansatte ble bedre kjent med bruker, og brukerne opplevde å bli sett, respektert, oppmuntret og ansvarliggjort (Michaelsen et al., 2014). Tilbakemeldingene fra noen av brukerne i Stavanger var også at de syntes det var rart å sette ord på sine egne mål (Stavanger kommune, 2013). Mange kommuner har brukt COPM som utgangspunkt for å finne målene til brukerne. Dette er et verktøy som krever en del innsikt og erfaring for at målidentifisering og skåringsprosess skal

foregå på en pålitelig måte, og for at samtalen skal gå naturlig (Law et al., 2015).

OPPLÆRING OG KOMPETANSEHEVING

Kunnskap er noe mange trekker frem som ett av suksesskriteriene for å lykkes med hverdagsrehabilitering. Mange har arrangert oppstartsseminarer, fagdager, kurs og erfaringsseminarer for å involvere ansatte i prosessene, bygge ny kompetanse og dele kunnskap. Felles forståelse for hverdagsrehabilitering og en rehabiliterende tankegang på tvers av faggrupper og avdelinger fremheves av mange som viktig. Noen fokuserer også på oppæring i aktuelle verktøy som motiverende intervju og funksjonsmålingsredskaper.

FORANKRING, ORGANISERING OG RESSURSER

Mange utviklingsprosjekt rapporterer også at ledelse, forankring, samhandling og tilstrekkelig personalmessige ressurser er viktig for å lykkes med hverdagsrehabilitering. Dersom de ulike ledelsesnivåene ikke støtter opp om hverdagsrehabilitering, er det vanskelig for prosjektmedarbeiderne og eventuelle ildsjeler å få fotfeste med nye holdninger til hvordan hjemmetjenestene kan endres. Ansvarsavklaring og samhandling mellom de ulike involverte instansene, både de tradisjonelle tjenestene og de nye hverdagsrehabiliteringstilbudene, er også viktig. Dersom personalet til hverdagsrehabilitering tas fra avdelinger med allerede pressede dager, kan det virke negativt på holdningene til den nye tjenesten, spesielt hvis kunnskap om nytteverdien med hverdagsrehabilitering heller ikke er kommunisert.

OPPSUMMERING OG VURDERING AV ERFARINGENE FRA KOMMUNERAPPORTENE

ORGANISERING OG TENKNINGSGRUNNLAG

De fleste kommunerapportene vi oppsummerer fra i det foregående, beskriver at hverdagsrehabilitering er organisert som en mer eller mindre integrert del av hjemmetjenesten. Noen kommuner, særlig store bykommuner, har valgt en spesialistmodell med organisering mer på siden av både hjemmesykepleien og fysio- og ergoterapitjenesten. Det er stor variasjon med tanke på struktur og oppbygging av tilbudet fra kommune til kommune. Derfor er det vanskelig å kategorisere og beskrive enkle modeller for organisering ut fra disse rapportene. Flere av rapportene vi har identifisert, er prosjektrapporter som beskriver organisering med vekt på selve prosjektperioden og prosjektets organisering, og dette er ikke nødvendigvis det samme som den forestående driftsorganiseringen.

De fleste kommunerapportene vi har funnet, beskriver intern organisering av hverdagsrehabiliteringstilbudet, men ikke alle er tydelige på forankring med tanke på ledelse og hvor i kommuneorganisasjonen tilbudet hører til. At ikke overordnet struktur og organisering i kommunene beskrives, handler kanskje om at rapportene først og fremst

er skrevet til internt bruk, og organisasjonenes overordnede struktur forventes kjent for leseren.

Det kan diskuteres om betegnelsen «motorsteam» er en heldig tittel. Betegnelsen brukes av noen kommuner om fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere og andre med bachelorutdanning, etter inspirasjon fra den såkalte «Fredericiamodellen» i Danmark (P. K. Kjellberg et al., 2011a). Det er disse som foretar brukerkartlegginger, leder målsamtaler, lager rehabiliteringsplanene og evaluerer. Hjemmetrenerne har på sin side sin hovedrolle knyttet til den daglige treningen, og de er like viktige «motorer» i brukernes rehabiliteringsinnsats. Hjemmetrener-begrepet er for øvrig ikke entydig med hensyn til hvilke personellgrupper som inngår, men vanligvis tenkes det her på ansatte i hjemmetjenestene.

Det kan være krevende å integrere ny tenkning, organisering og opplæring i hverdagsrehabilitering til alle ansatte i hele hjemmetjenesteorganisasjonen på en gang. Noen kommuner har valgt en modell med tilbudet organisert litt på siden av hjemmetjenesten i første omgang, eller kun i deler av hjemmetjenesten, men med ambisjoner om å integrere tilbudet i hele hjemmetjenesten i neste fase.

Noen uttrykker engstelse for at ressursene til hverdagsrehabiliteringstilbudet vil bli skadelidende dersom tilbudet integreres for tett i hjemmetjenesten. Man er blant annet redd for at utøverne vil bli trukket inn i den daglige hjemmetjenestedriften på bekostning av hverdagsrehabilitering. Kommunene står overfor dilemmaer mellom forebygging, rehabilitering, behandling og pleie, og de ansvarlige for hverdagsrehabilitering kan være redd for at forebygging, tidlig intervensjon og rehabilitering vil bli prioritert ned i forhold til pleie. Flere slike problemstillinger kan reise seg når det gjelder tilbudets organisering, samarbeid og integrasjon i hjemmetjenestene, og særlig hjemmesykepleien.

Hverdagsrehabilitering er av noen omtalt som et paradigmeskifte (Først og Høverstad, 2014; P. K. Kjellberg et al., 2011b; Ness et al., 2012a). Fra å spørre om «Hva er problemet du trenger hjelp til», spør man nå om «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» og «Hva kan trenes og tilrettelegges for at du skal mestre det du ønsker?». Og målsetningen hevdes å endres fra «Lengst mulig i eget hjem» til «Lengst mulig aktiv i eget liv». Det kan være mye rett i slike karakteristikker, men selv om det stemmer at innholdet i tjenesten har endret seg, vil det også være vesentlig å anerkjenne arbeidet som gjøres i den ordinære hjemmesykepleien. God pleie dreier seg blant annet om å understøtte pasientens ressurser og om å oppmuntre til mestring, og slik har gode pleiere arbeidet både før og fortsatt. Hjemmesykepleien har også flere andre målgrupper utenom dem som har rehabiliteringspotensiale og som skal tilbys hverdagsrehabilitering. Enten tilbudet integreres i eller organiseres på siden av hjemmetjenestene, står man overfor samme utfordringer og dilemmaer; at både dem med og uten rehabiliteringspotensiale skal prioriteres.

KARTLEGGINGSREDSKAPER OG DOKUMENTASJON

Dokumentasjon av forløpet i hverdagsrehabiliteringen med kartlegginger, mål og tiltak er viktig for få til en samlet innsats og informasjonsutveksling mellom de ulike faggruppene og personellet som medvirker, samt kommunikasjon med samhandlende instanser som fastlege. En dokumentasjon av oppnådde resultater kan videre være motiverende for den enkelte bruker og for fagpersonellet. Dersom dokumentasjonen brukes strukturert til å samle statistikk, kan den også være nyttig for å følge utvikling,

vurdere effekt og drive videreutvikling og styrt forbedringsarbeid på systemnivå.

I noen rapporter beskrives det at dokumentasjonsarbeidet er omfattende og oppleves som tidkrevende. Det må være en balansegang mellom hvor mye ressurser som brukes på dokumentasjon og nytten av det som samles. En satsing på effektiv dokumentasjon, der ansatte har god opplæring i hva som skal dokumenteres, hvorfor og hvordan, er dermed avgjørende. Likeens at elektroniske pasientjournalssystem tilpasses med enkle løsninger for føring, og som det samtidig kan trekkes ut statistikk fra. De aller fleste norske kommuner som har igangsatt hverdagsrehabilitering, bruker vurderingsredskapet COPM. Å bruke COPM, supplert med en standardisert test for å måle balanse, styrke og ganghastighet, for eksempel SPPB, vurderes som svært viktig i rehabiliteringsprosessen.

EFFEKTRESULTATER

Samlet sett rapporterer kommunene at flertallet av brukere som har fått hverdagsrehabilitering, har forbedret sin fysiske funksjon med tanke på balanse, beinstyrke og ganghastighet. Dette er viktige funksjoner som har vist seg å ha betydning for å opprettholde generell fysisk funksjon og for hvordan man klarer seg i hverdagen (Freiberger et al., 2012). Registreringene fra flere kommuner viser likevel at mange personer som får hverdagsrehabilitering, har ganske lav skåre på den fysiske funksjonstesten SPPB både før og etter tiltaket, selv om de har fremgang. Det kan vise at mange av dem som får hverdagsrehabilitering, i utgangspunktet hadde en betydelig svekket ADL-funksjon.

Det er interessant å se disse resultatene opp mot de subjektive aktivitetsmålene som brukerne setter selv. De fleste kommunene rapporterer også om bedring og positive resultat fra brukernes egendefinerte mål og aktiviteter målt med COPM. Brukerne synes selv de klarer aktivitetene bedre, og er mer fornøyde med hvordan de klarer det, enn før hverdagsrehabiliteringen. Kommunene rapporterer altså om bedret utførelse og større tilfredshet med aktivitetsutførelsen.

Ser vi på *behovet for tradisjonelle hjemmetjenester*, viser de fleste resultatene som presenteres i rapportene, at de reduseres etter hverdagsrehabilitering. Kommunene finner det også *kostnadsbesparende* med en intensiv og effektiv innsats med hverdagsrehabilitering sammenlignet med tradisjonelle hjemmetjenester. Stor variasjon i antall timer før og etter hverdagsrehabilitering mellom kommunene indikerer at målgruppene som får tilbud om hverdagsrehabilitering, kan være ganske forskjellige. I tillegg kan også terskelen for å innvilge hjemmetjenester være ulik på tvers av kommunene.

Resultatene viser likevel ikke utelukkende positive endringer hos alle. Noen av dem som får tilbud om hverdagsrehabilitering, har gjerne ikke så stort rehabiliteringspotensial som man først vurderte, eller brukerne opplever å få nye helseplager eller sykdommer underveis i forløpet. Det kan i noen tilfeller ha med brukeres motivasjon og egeninnsats å gjøre, eller at treningstiltakene fagpersonene velger, ikke passer for brukeren. Det kan også være at målgruppen som er valgt til å få tilbudet, ikke er den som profiterer best på denne tilnærmingen.

Når det gjelder *brukertilfredshet*, er det få kommuner som har strukturerte evalueringer med kvalitative intervjuer eller større kvantitative brukerundersøkelser for å undersøke dette. Likevel viser de kommunene som har brukt COPM, som måler tilfredshet med egen funksjon, til gode resultater.

Kommunene som rapporterer *økonomiske resultater*, viser til en positiv utvikling og til

dels store kostnadsbesparelser. Tallene bygger likevel på estimater og kan være usikre. Utgifter til kompetanseheving og økt tidsbruk på samarbeid er som oftest ikke tatt med. På den annen side krever forsvarlige og samkjørte tjenester gjerne en tettere samhandling og høyere kompetanse, som igjen kan føre til effektiv drift dersom en klarer å få til kontinuitet og å beholde personalet.

Et element som kan ha påvirket utformingen av rapportene fra kommunene, og hva som er tatt med av resultater, er at prosjektledere og medarbeidere oftest har stått for *evaluering av eget prosjekt* og i tillegg selv er rapportforfattere. Dette er prosjekt som de trolig har et eierforhold til, og som de sannsynligvis er positivt innstilt til. Samtidig er det liten grunn til å tro at resultatene ikke viser reelle tendenser av effekter for dem som har fått tilbudet.

Siden dette er en oppsummering av resultater fra utviklingsprosjekt og ikke fra forskningsstudier, har vi ikke kritisk vurdert metodene og resultatene etter vitenskapelige kriterier. Gyldigheten av funnene må tolkes med forsiktighet. Mange av prosjektene er små med tanke på antall deltakere i hver kommune. Hvordan data er samlet, kan være forskjellig og ha ulik nøyaktighet. Et særlig viktig forbehold er at prosjektene *ikke har operert med kontrollgrupper*. Man har altså ikke målt hvordan andre brukere med tilsvarende rehabiliteringsbehov som ikke får hverdagsrehabilitering, utvikler seg på de samme måleinstrumentene. Det kan for eksempel tenkes at også de oppnår tilsvarende bedring med de tradisjonelle kommunale tjenestene, uten hverdagsrehabilitering. Dette er ikke sjekket ut i kommunenes beregninger. Personer med plutselig funksjonsfall kan oppleve spontan bedring og gjenvinne krefter og ferdigheter også uten hverdagsrehabilitering. Dette kan man ikke vite sikkert uten kontrollgruppemålinger. Det er likevel sannsynlig at brukerne profiterer på innholdet i hverdagsrehabilitering, som tidlig treningsoppstart, målrettet trening i eget hjemmemiljø, samt tett oppfølging fra et tverrfaglig kommunalt team.

IMPLEMENTERING

Ut fra de kommunerapportene vi har funnet, er det vanskelig å vurdere om noen modeller for hverdagsrehabilitering fungerer bedre eller dårligere enn andre. Selve organiseringen er sannsynligvis tilpasset kommunens eksisterende struktur og andre lokale forhold.

De faktorene som kommunene selv anser som suksesskriterier, sammenfaller godt med tidligere rapporter og faglitteratur på området. Rapporten «Fra passiv mottaker til aktiv deltaker. Hverdagsrehabilitering i Norge» som Først og Høverstad utarbeidet på oppdrag fra KS i 2014 (Først og Høverstad, 2014, pp. 4-6) trekker frem mange av de samme aspektene som er beskrevet over. De peker på kritiske faktorer for å lykkes med hverdagsrehabilitering i kommunene:

- Forankring i politisk og administrativ ledelse
- Ressurser til intensiv innsats i en periode
- Holdnings- og kulturendring
- Kompetanse
- Forpliktende, tverrfaglig samarbeid
- Informasjon til og motivasjon av brukere og pårørende

- Tydelige målgrupper
- Måltrettet innsats og dokumentasjon av resultater

I en annen rapport oppsummeres også noen av de samme suksesskriteriene for etablering av hverdagsrehabilitering (Ness et al., 2012b, p. 4):

- Hverdagsrehabilitering må være støttet av kommunens ledelse og ha klare målsettinger
- Kommunene har planlagt hverdagsrehabilitering med tilstrekkelig og riktig kompetanse
- Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i innbyggers ønsker og individuelle mål
- Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig forpliktende.

Mange av de samme suksesskriteriene trekkes fram av Hanne Tuntland og Nils Erik Næss i boken *Hverdagsrehabilitering* (Tuntland & Ness, 2014).

Siden plandokumentene og rapportene som er inkludert i denne oversikten, i all hovedsak beskriver utprøvningsprosjekt, er det ikke gjort langsiktige erfaringer med overgang fra prosjekt til drift og hvordan implementeringen faktisk fungerer. Mange kommuner har like fullt gjort grundig forarbeid og opparbeidet seg gode erfaringer og resultater gjennom sine prosjekt. Videre er det kommunens beslutningstakere med politikere og ledere som eventuelt må vedta og gjennomføre en varig drift av tjenesten hverdagsrehabilitering eller tilsvarende.

VERKTØY OG RESSURSER

Det er funnet et mange ulike verktøy og ressurser som kan være relevant og nyttige for kommuner og ansatte som involveres i hverdagsrehabilitering. Det er følgende typer verktøy og ressurser:

- Masteroppgaver
- Filmer
- Nettsider
- E-læringsprogram og undervisningsopplegg
- Veiledere
- Brosjyrer

Presentasjonen av masteroppgavene vises i denne rapporten. De øvrige ressursene kan leses på [Omsorgsbiblioteket nettside om hverdagsrehabilitering](#).

MASTEROPPGAVER

Vi viser her en oversikt over publiserte masteroppgaver fra Norge knyttet til emnet:

Øygarden, Ragnhild Brun (2013):

Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner: en kvalitativ studie om hvordan hverdagsrehabilitering innføres i utvalgte norske kommuner. Universitetet i Nordland: <http://hdl.handle.net/11250/140068> (Øygarden, 2013).

Seberg, Merethe (2013):

Ergoterapeutens bidrag i hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid i kommunen. Elverum, Høgskolen i Hedmark <http://hdl.handle.net/11250/191456> (Seberg, 2013)

Haukås, Berit (2015):

Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering. Forhold som fremmer og hemmer deltakelse i betydningsfulle hverdagsaktiviteter. Universitetet i Stavanger: <http://hdl.handle.net/11250/1544924> (B. Haukås, 2015).

Samuelsen, Monica (2015):

Eldres opplevelse med hverdagsrehabilitering – en kvalitativ intervjustudie.

Master i klinisk helsearbeid, Høgskolen i Buskerud og Vestfold: <http://hdl.handle>.

[net/11250/301134](http://hdl.handle.net/11250/301134) (Samuelsen, 2015).

Liaaen, Janne M.A. (2016):

Professional carers' experiences of working with reablement. Masteroppgave i aktivitet og bevegelse: Høgskolen i Sør-Trøndelag. Fakultet for Helse- og sosialvitenskap: <http://hdl.handle.net/11250/2373785> (Liaaen, 2016).

KONKLUSJONER

ESSENER OG TRENDER

Personer med brått og nylig funksjonsfall har kun i begrenset grad hatt tilbud om rehabilitering i eget hjem og nærmiljø, særlig gjelder dette eldre. Ettersom stadig flere kommuner har igangsatt hverdagsrehabilitering, får eldre nå i økende grad et slikt tilbud. På få år har over 100 kommuner etablert tilbudet i Norge. Hverdagsrehabilitering omtales som et paradigmeskifte i mange kommuner ved at personalet går fra å spørre etter hva som er problemet for brukeren til å fokusere på hva som er viktige aktiviteter i livet, mestningsressurser og gjenopptrening. Mange kommuner som har igangsatt tilbudet, gir uttrykk for at de har gode erfaringer etter oppstart. Det er stor entusiasme blant ansatte med ansvar for hverdagsrehabilitering, og det er utviklet en rekke lokale ressurser, verktøy og hjelpemidler.

Etter nylig oppståtte sykdomstilstander og skader vil mange kunne oppnå spontan bedring og gjenvinne krefter og ferdigheter også uten dette tilbudet. Det er likevel sannsynlig at tidlig oppstart av rehabilitering med målrettet og intensiv trening i eget hjemmemiljø, samt tett oppfølging fra et tverrfaglig kommunalt team, vil forsterke bedringen. Mye rehabiliteringslitteratur viser til positiv effekt og betydning av rehabilitering generelt, og rehabilitering til eldre spesielt, selv om resultatene ikke er entydige og mer forskning etterspørres (Crocker et al., 2013; Holte, Ranheim, & Flottorp, 2009; Idland, 2015; Johansen, Lindbaek, Stanghelle, & Brekke, 2012; Wade, 2015).

Heller ikke når det gjelder hverdagsrehabilitering, er forskningen entydig, selv om flere studier peker i retning av positive gevinster for både brukerne og kommunene. Forskningen peker også på nye utfordringer knyttet til tilbudet. Kvalitative studier viser at ansatte i kommunene opplever det tette tverrfaglige samarbeidet som faglig stimulerende og utviklende, men også som utfordrende knyttet til samarbeid og nye rolleavklaringer. Videre vises det til at brukere har stor nytte av tilbudet og verdsetter det høyt, men også at noen føler seg presset til å leve opp til personalets ideal om selvhjulpenhet. De etterlyser en større hensyntagen til at de befinner seg i en sårbar situasjon med begrenset mulighet til å gjenvinne tidligere ferdigheter.

Satsningen på hverdagsrehabilitering må tolkes som et uttrykk for en sterkere investeringstankegang i kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge. Dette er på sin side i tråd med klare nasjonale og internasjonale føringer som i økende grad vektlegger uttrykk som «aktiv aldring», «produktiv aldring», «helsefremmende aldring», omsorgstjenester med større vekt på «rehabiliterende tjenester» og «bærekraftige velferdstjenester». Denne utviklingen må sees i lys av økende antall og andel eldre de nærmeste årene og et økende økonomisk press på kommunene. Satsningen er også i tråd med en økende vektlegging av verdier som autonomi og uavhengighet (selvstendig aldring). Investeringstenkningen kan imidlertid føre til at brukergrupper som ikke gir avkastning i form av økt mestring og selvhjulpenhet, blir nedprioritert i kommunene. På den annen side kan det hevdes at dersom hverdagsrehabilitering faktisk fører til at flere blir mer selvhjulpne, så kan dette spare kommunene for ressursinnsats som kan komme de

med langvarige omsorgsbehov til gode. Det kan også hevdes at hverdagsrehabiliterings tydelige vekt på brukermedvirkning og det å stimulere personens mestringsressurser representerer en utvikling i retning av mer personsentrerte helse- omsorgstjenester.

SUKSESSFaktorER OG UTFORDRINGER

Hverdagsrehabilitering organiseres og praktiseres noe forskjellig. Oppsummeringen av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap tyder på at følgende kjernepunkter er vesentlige når hverdagsrehabilitering skal innføres og driftes:

- Solid forankring: Forankre tilbudet i politisk og faglig ledelse.
- Grundig planlegging: Sørge for grundig planlegging knyttet til valg av organisasjonsmodell, identifisering av målgrupper, opplæring av ansatte og informasjonsarbeid i kommunen.
- Tverrfaglighet og involvering av hjemmetjenestene: Etabler tverrfaglige rehabiliteringsteam som møtes daglig. Ansatte i de ordinære hjemmetjenestene deltar i rehabiliteringsarbeidet.
- Gjensidig anerkjennelse: Det er gjensidig anerkjennelse mellom de ulike kommunale tjenestene, og respekt for ulikheter og egenart.
- Velg rette målgrupper: Tilby nye brukere hverdagsrehabilitering, men ha respekt for at ikke alle brukere av hjemmetjenester er i målgruppen for tilbudet. Målgruppen er personer med funksjonsfall. Diagnose og alder er underordnet, mens egen motivasjon for trening og mestring er grunnleggende.
- Tidlig innsats: Rehabiliteringsprosessen startes opp så tidlig som mulig etter funksjonsfallet.
- Brukerstyrt rehabiliteringsplan: Ta utgangspunkt i brukernes egne ønsker og mål for hverdagsmestring, lag en rehabiliteringsplan sammen med dem og dokumenter resultatene.
- Intensiv oppfølging: Sett inn tilstrekkelige ressurser til intensiv oppfølging i en tidsavgrenset periode.
- Støtte, men unngå «hjelpfellen»: Veiled og stimuler brukerens egentrening og mestringsbestrebelse, framfor å utføre oppgavene for dem. Personellet kompenserer der det er nødvendig, men søker å unngå «hjelpfellen».
- Pårørendesamarbeid: Samarbeid med de pårørende, og støtt og spill på lag med dem.
- Oppfølgingsbesøk: Følg opp med enkeltbesøk etter endt rehabiliteringsperiode.
- Dokumentasjon: Resultatene dokumenteres i kartleggings- og målsettingsredskap som gir mulighet for å vurdere utvikling.

De fleste av disse kjernepunktene har hverdagsrehabilitering felles med generelle anerkjente prinsipper for rehabilitering. Det som særpreger tilbudet, er at hjem og nærmiljø er stedet for rehabiliteringen, det nære samarbeidet med hjemmetjenestene og dets politiske og faglige forankring i kommunen.

KUNNSKAPSHULL

Hverdagsrehabilitering er et forholdsvis nytt tilbud i Norge, og det har ikke satt seg i kommunene ennå. Det finnes så langt forholdsvis lite forskning som kan dokumentere effekten for brukerne og konsekvensene for kommunene. Kommunenes egne erfaringer er foreløpig primært knyttet til tilbudets oppstartsfase. Det trengs dermed mer av både forsknings- og erfaringsbasert kunnskap, både om «suksesskriterienes» relevans, hvilke modeller og organiseringer som er mest hensiktsmessige i ulike type kommuner og om hvilke tiltak innenfor denne rehabiliteringsformen som er mest virkningsfulle for ulike brukergrupper.

Det er gjort få forskningsstudier om hverdagsrehabilitering, og i få land, og resultatene fra disse kan ikke automatisk overføres til andre land med andre helsesystemer og velferdsstater, og til andre varianter av tilbudet. Det betyr ikke at den foreliggende internasjonale forskningen ikke er av verdi for norske forhold. Funnene må imidlertid tolkes med forsiktighet med hensyn til overføringsverdi selv om de gir noen positive indikasjoner. Også den ene norske effektstudien fra en landkommune er av høy forskningsmessig kvalitet, men er trolig for lokal og kontekstuell til at den nødvendigvis er representativ for norske kommuner med tilbudet. Hovedgrunnen til dette er at tilbudene organiseres og praktiseres ulikt. Det pågående følgeforskningsprosjektet (Langeland et al., 2015), der 43 små og store kommuner fra hele landet deltar, vil, sammen med annen ny forskning på feltet, på en bredere måte fange opp denne variasjonen og dermed kunne øke overføringsverdien til kommunene.

Det finnes så langt ikke entydig kunnskap om hvorvidt satsingen på hverdagsrehabilitering bidrar til å styrke det totale tjenestetilbudet i kommunene. Det trengs forskning om hvorvidt det flyttes ressurser til hverdagsrehabilitering fra tilbud beregnet for brukere med mer omfattende behov for pleie og rehabilitering.

REFERANSER

- Alstahaug kommune. (2014). Statusrapport Hverdagsrehabilitering i Alstahaug kommune: Alstahaug kommune.
- Alvsvåg, H. (1981). Har sykepleien en framtid? En kritikk av den teoretiske sykepleien. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bergen kommune. (2016). Utprøving av hverdagsrehabilitering i Bergen kommune. Evalueringsrapport Bergen: Hentet fra: https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00260/Rapport_om_utpr_vin_260765a.pdf
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (1996). Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid. Oslo: Universitetsforlaget.
- Burton, E., Lewin, G., & Boldy, D. (2013). Physical activity levels of older adults receiving a home care service. *J Aging Phys Act*, 21(2), 140-154.
- Burton, E., Lewin, G., Clemson, L., & Boldy, D. (2013). Effectiveness of a lifestyle exercise program for older people receiving a restorative home care service: a pragmatic randomized controlled trial. *Clin Interv Aging*, 8, 1591-1601. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3854921/pdf/cia-8-1591.pdf> doi:10.2147/cia.s44614
- Crocker, T., Forster, A., Young, J., Brown, L., Ozer, S., Smith, J., . . . Greenwood, D. C. (2013). Physical rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, Cdo04294. doi:10.1002/14651858.CD004294.pub3
- Dagsvik, G. (2014). Mestring gir muligheter. Innføring av hverdagsrehabilitering i Kristiansand kommune: Kristiansand kommune.
- Dale, B., Folkestad, B., Førland, O., Hellesø, R., Moe, A., & Sogstad, M. (2015). Er tjenestene fortsatt «på strekk»? Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015 Vol. Senter for omsorgsforskning rapportserie nr 10/2015. (pp. 57). Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2375415>
- Drammen kommune. (2015). Lengst mulig i eget liv. Hverdagsrehabilitering i hjemmet. Veileder til medarbeidere.: Drammen kommune.
- Engan, A., & Djupdal, H. P. (2014). Prosjektrapport Hverdagsrehabilitering "Lengst mulig i eget liv - i eget hjem" ved bruk av trening som hjelp: Holtålen kommune.
- Freiberger, E., de Vreede, P., Schoene, D., Rydwik, E., Mueller, V., Frandin, K., & Hopman-Rock, M. (2012). Performance-based physical function in older community-dwelling persons: a systematic review of instruments. *Age Ageing*, 41(6), 712-721. doi:10.1093/ageing/afso99
- Fürst og Høverstad. (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. (2007). Hvem tar seg av restene? In H. Alvsvåg & O. Førland (Eds.), *Engasjement og læring: fagkritiske perspektiver på sykepleie* (pp. 291-313): Akribe Forlag.
- Gabrielsen, B., Lillegård, M., Otnes, B., Sundby, B., Abrahamsen, D., & Strand, P. (2008). Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunen (IPLOS). Foreløpige resultat fra arbeidet med IPLOS-data for 2007. Oslo: S. sentralbyrå. Hentet fra: https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_200842/notat_200842.pdf
- Gautun, H., & Grødem, A. S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 73-80. doi:10.1111/ijsw.12116
- Glendinning, C., Jones, K., Baxter, K., Rabiee, P., Curtis, L. A., Wilde, A., . . . Forder, J. E. (2010). Home Care Re-ablement Services: Investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study). Working Paper No. DHR 2438 Hentet fra: <http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/Reablement.pdf>
- Hamar kommune, & Utviklingssenter for hjemmetjenester Hedmark. (2014). Utprøving av modell for hjemmehabilitering/innsatstem i Hamar kommune.
- Hansen, E. B. (2015). Ældres deltagelse i hverdagsrehabilitering – muligheter og utfordringer. Hentet fra: http://www.kora.dk/media/3481531/10972_notat_aeldres-deltagelse-i-rehabilitering.pdf
- 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
- Haukås, B. (2015). Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering. Forhold som fremmer og hemmer deltagelse i betydningsfulle hverdagsaktiviteter. Mastetroppgave ved Universitetet i Stavanger: Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/140068>
- Haukås, L. V. (2014). Pilot kvardagsrehabilitering: Flora kommune.
- Helbostad, J. (2007). Otago øvelsene. Forebygging av fall hos eldre. Et hjemmebasert, individuelt tilpassa styrke- og balansetreningssystem St. Olavs hospital.
- Helbostad, J., Taraldsen, K., Granbo, R., Yardley, L., Todd, C. J., & Sletvold, O. (2010). Validation of the Falls Efficacy Scale-International in fall-prone older persons. *Age Ageing*, 39(2), 259. doi:10.1093/ageing/afp224
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Lov om helsepersonell m.v. LOV-1999-07-02-64 (978-82-02-27840-3). Oslo Hentet fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_1#§1
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015. Oslo: Regjeringen Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Helse- og omsorgstjenesteloven med merknader og forskrifter: lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.,

- vedtatt 24.06.2011 nr. 30. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). St.meld. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Oslo: Regjeringen Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm20122013002900odddpdfs.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befeoc-b4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm20102011001600odddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbc9cb7/omsorg_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015c). Prop. 1 S (2015-2016). For budsjettåret 2016 Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/9dca-368594614ba79ac971b3608048ea/no/pdfs/prp201520160001hodddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015a). IPLOS veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester. Oslo: Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/436/IPLOS%20Veileder%20for%20personell%20i%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20-%20Bokmål.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015b). Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Oslo Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>.
- Herman, T., Giladi, N., & Hausdorff, J. M. (2011). Properties of the 'Timed Up and Go' Test: More than Meets the Eye. *Gerontology*, 57(3), 203-210.
- Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førland, O., & Alvsvåg, H. (2016). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health & Social Care in the Community*. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12324>
- Holte, H. H., Ranheim, T., & Flottorp, S. (2009). Effekt av rehabilitering på deltaking sosialt og i samfunnet. Rapport fra Kunnskapssenteret Vol. nr. 27-2009. Hentet fra: file:///C:/Users/ofr/Downloads/Rapport_0927_rehab_sosialt_samfunn.pdf
- Hunnålvatn, T. (2014). Vossamodellen. Kvardagsrehabilitering. Halvtidsrapport. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland,; Hentet fra: https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00188/Midtveisrapport_jan_188690a.pdf
- Idland, G. (2015). Functioning, self-rated health, mortality and exercise in the oldest old community-dwelling Norwegian women. (no. 2018), Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo.
- IFA Copenhagen 2016 Summit. (2016). Final Report: Reablement and Older People. Hentet fra: <http://www.ifa-copenhagen-summit.com/wp-content/uploads/2016/04/Copenhagen-Summit-Final-Report.pdf>
- Johansen, I., Lindbaek, M., Stanghelle, J. K., & Brekke, M. (2012). Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard

primary health care rehabilitation an open comparative study. *Disability and Rehabilitation*, 2012, Vol.34(24), p.2039-2046, 34(24), 2039-2046. doi:10.3109/09638288.2012.667193

- 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 (Eds.), *The Making of Ageing Policy: Theory and Practice in Europe*: Edward Elgar Publishing.
- King, A. I., Parsons, M., Robinson, E., & Jorgensen, D. (2012). Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*, 20(4), 365-374. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01039.x
- Kjellberg, J., & Ibsen, R. (2010). *Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune København & Århus*: Dansk Sundhedsinstitut & iTracks.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2011a). *Fra pleje og omsorg : viden og anbefalinger*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2011b). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune*. København: Hentet fra: <http://www.kora.dk/media/272170/dsi-3106.pdf>
- Knutsen, C., Sæther, R., Stamnes, L., & Haglund, H. (2013). *Hverdagsrehabilitering Mestring av dagliglivets aktiviteter: Malvik kommune*
- Kristiansand kommune. (2013). *Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering*. Hentet fra: <https://www.kristiansand.kommune.no/globalassets/politikk-og-administrasjon/samfunnsutvikling/planer/helsefremmingsplan-2013.pdf>
- Kvilhaugsvik, B., & Birkeland, A. (2013). *Prosjektrapport "Hjemmebasert rehabilitering for pasienter med hjerneslag i kommunene Stord, Bømlo og Fitjar"*. Hentet fra: http://www.helsetorgmodellen.net/wp-content/uploads/2014/02/prosjektrapport_rehabilitering_sunnhordland.pdf
- Langedal, E. L. (2012). *Pårørendes roller i rehabilitering: en kvalitativ studie*. Oslo, Høgskolen i Oslo og Akershus: Hentet fra: https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/1261/2/Langedal_Eileen.pdf
- Langeland, E., Tuntland, H., Førland, O., Aas, E., Folkestad, B., Jacobsen, F., & Kjekken, I. (2015). Study protocol for a multicenter investigation of reablement in Norway. *BMC Geriatr*, 15(1), 111.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2015). *COPM Canadian Occupational Performance Measure (Norwegian version)*. 5th ed. (5 ed.). Oslo: NKRR National advisory unit on rehabilitation in rheumatology, Oslo.
- Legg, L., Gladman, J., Drummond, A., & Davidson, A. (2015). A systematic review of the evidence on home care reablement services. *Clin Rehabil*. doi:10.1177/0269215515603220
- Lewin, G., Alfonso, H., & Alan, J. (2013). Evidence for the long term cost effectiveness

- of home care reablement programs. *Clin Interv Aging*, 8, 1273 - 1281. Hentet fra: doi:10.2147/CIA.S49164
- Lewin, G., Allan, J., Patterson, C., Knuiman, M., Boldy, D., & Hendrie, D. (2014). A comparison of the home-care and healthcare service use and costs of older Australians randomised to receive a restorative or a conventional home-care service. *Health & Social Care in the Community*, 22(3), 328-336. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12092> doi:10.1111/hsc.12092
- Lewin, G., De San Miguel, K., Knuiman, M., Alan, J., Boldy, D., Hendrie, D., & Vandermeulen, S. (2013). A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults. *Health & Social Care in the Community*, 21(1), 69-78. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01088.x> doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01088.x
- Lewin, G., & Vandermeulen, S. (2010). A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients. *Health & Social Care in the Community*, 18(1), 91-99. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00878.x> doi:10.1111/j.1365-2524.2009.00878.x
- Liaaen, J. M. A. (2016). Professional carers' experiences of working with reablement. Masteroppgave i aktivitet og bevegelse Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2373785>
- Lian, O. S. (2003). Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helse-tjenesten. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter. (2014). Pasient- og brukerrettighetsloven: lov 2 juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter, sist endret LOV-2013-06-21-79 fra 01.01.2014 (pp. 200 s.). Hentet fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Lundeby, L. (2015). Sluttrapport for prosjekt hverdagsrehabilitering. Klepp kommune: K. kommune.
- Martinsen, K. (1989). Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays. [Oslo]: TANO.
- Michaelsen, E. A., Sogstad, M., & Fossbråten, L. (2014). Innføring av hverdagsrehabilitering i Gjøvik kommune. Gjøvik kommune og Haugtun utviklingsenter for sykehjem Oppland. G. k. o. H. u. f. s. Oppland. Hentet fra: <file:///C:/Users/ofr/Downloads/innf%C3%B8ring%252Bav%252Bhverdagsrehabilitering%252B1%252BGj%C3%B8vik%252Bkommune%252Bsluttrapport.pdf>
- Moe, A., & Brataas, H. V. (2015). Hverdagsrehabilitering. Pilotstudie om teambasert planlegging og innføring av Stjørdalsmodellen. (pp. 24). Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2359734>
- Morel, N., Palier, B., & Palme, J. (2011). Towards a social investment welfare state? Ideas, policies and challenges. Bristol: The Policy Press.
- Månsson, M. (2007). Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Stockholm: Fortbildning AB.
- Ness, N. E. (2014). Hvordan organisere hverdagsrehabilitering? In H. Tuntland & N.

- E. Ness (Eds.), *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L., & Butli, H. (2012a). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering: Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapeutforbund*.
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L., & Butli, H. (2012b). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. N. S. Ergoterapeutene, Norsk Fysioterapeutforbund. Hentet fra:
- Nolan, M. (2001). Working with family carers: towards a partnership approach. *Rev. Clin. Gerontol.*, 11(1), 91-97. doi:10.1017/S0959259801011182
- Nolan, M. (2003). Partnerships In Family Care Understanding the Caregiving Career. Hentet fra: <http://public.eblib.com/EBLPublic/PublicView.do?ptiID=292126>
- Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utdanning. (2015). FoU-statistikk 2015. Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helsetforetak og private, ideelle sykehus. Hentet fra: http://www.nifu.no/files/2015/11/Vedlegg2015-HF_v1.pdf
- Norenberg, D. L. (2003). *Investert tid gir resultater : prosjekt Hjemrehabilitering: rapport*. Sandvika: Seksjon forebygging og rehabilitering, Bærum kommune.
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou20112011001100oddpdfs.pdf>
- OECD. (2015). *Health at a Glance 2015* Hentet fra: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- Oslo kommune Helseetaten. (2014). *Prosjekt hverdagsrehabilitering - utvikling av Oslomodellen. Oppstarts-evaluering*. Oslo kommune.
- Oslo kommune Helseetaten. (2016). *Prosjektrapport Oslomodellen for hverdagsrehabilitering*. Oslo kommune.
- Parsons, J. G., Rouse, P., Robinson, E. M., Sheridan, N., & Connolly, M. J. (2012). Goal setting as a feature of homecare services for older people: does it make a difference? *Age Ageing*, 41(1), 24-29. doi:10.1093/ageing/afr118
- Parsons, J. G., Sheridan, N., Rouse, P., Robinson, E., & Connolly, M. (2013). A randomized controlled trial to determine the effect of a model of restorative home care on physical function and social support among older people. *Arch Phys Med Rehabil*, 94(6), 1015-1022. Hentet fra: [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(13\)00115-9/abstract](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(13)00115-9/abstract) doi:10.1016/j.apmr.2013.02.003
- Pettersson, C., & Iwarsson, S. (2015). *Vardagsrehabilitering - en kunnskapsöversikt*: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Proctor, B. (2001). Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. In J. R. Cutcliffe, T. Butterworth, & B. Proctor (Eds.), *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge.
- Rabiee, P., & Glendinning, C. (2011). Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference? *Health & Social Care in the Community*, 19(5), 495-503. Hentet fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011218091&site=ehost-live> doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01010.x
- Rambøll. (2012). *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/177/Undersokelse-om-rehabilitering-i-kommunene-erfaringer-med-tilbud-gitt-i-pasientens-hjemvante-miljo-IS-0365.pdf>
- 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(1), 25-33. Hentet fra: doi:10.1111/opn.12013
- Riksrevisjonen. (2012). Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten Dokument ... (Norge. Stortinget : online), Vol. nr. 3:11 (2011-2012). Hentet fra: https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase_3_11_2011_2012.pdf
- Rønning, R. (2004). *Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Samuelson, M. (2015). Eldres opplevelse med hverdagsrehabilitering - en kvalitativ intervjustudie. Master i klinisk helsearbeid, Høgskolen i Buskerud og Vestfold: Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/301134>
- Sandnes, R., Willumsen, G., Ytterstad, T., & Mikkelborg, Å. B. (2013). Strategisk kompetanepplan for innføring av Hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten: Bodø kommune.
- Seberg, M. (2013). Ergoterapeutens bidrag i hverdagsrehabilitering innen psykisk helsearbeid i kommunen. Elverum, Høgskolen i Hedmark Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/191456>
- Socialstyrelsen. (2014). Rehabilitering på ældreområdet : inspiration til kommunal praksis Hentet fra: http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_69130/cf_202/rehabilitering_aeldreomraadet_pdfa.PDF
- Stavanger kommune. (2013). *Selvstendig, trygg og aktiv. Evaluering av pilotprosjekt Hverdagsrehabilitering: Stavanger kommune*.
- Stortinget. (2013). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om morgendagens omsorg. Innst. 477 S (2012-2013), Hentet fra: <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2012-2013/inns-201213-477.pdf>
- Sørheim, A., Thør, S., Bjelland, B., Kjellstad, E., Steinsland, S. E., & Nesbu, G. (2013). Prosjektrapport frå interkommunalt samarbeid mellom Etne, Vindafjord, Sauda og Suldal Fagområde rehabilitering (inkludert kvardagsrehabilitering). V. Etne, Sauda og Suldal kommuner.
- Taraldsen, K., Granbo, R., Simonsen, E., Hansen, A. E., Vaskinn, A. H., & Helbostad, J. L. (2010). Funksjonsvedlikehold og gruppetrening for eldre - gjennomføring og evaluering av praksis. *Fysioterapeuten*, 77(1), 20-26.
- Thomas, S., Mackintosh, S., & Halbert, J. (2010). Does the 'Otago exercise programme' reduce mortality and falls in older adults?: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*, 39(6), 681-687. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20817938> doi:10.1093/ageing/afq102
- Tinetti, M., Baker, D., Gallo, W., Nanda, A., Charpentier, P., & O'Leary, J. (2002). Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. *JAMA*, 287, 2098 - 2105.
- Tremblay, D.-G., & Rochman, J. (2011). Active Aging: Participatory and Empowering or Responsibilization? Community-University Research Alliance on work-life articulation over the life-course (CURA-WAROL). Research Note no 2011-11A. Hentet fra: <http://benhur.teluq.quebec.ca/SPIP/aruc/IMG/pdf/ARUC-NR11-11A.pdf>
- Tromsø kommune. (2014). *Hverdagsrehabilitering Statusrapport Februar - september 2014: Tromsø kommune*.
- Tuntland, H., Aaslund, M., Espehaug, B., Førland, O., & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC*

Geriatr, 15(1), 145. Hentet fra: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-015-0142-9>

Tuntland, H., Espehaug, B., Forland, O., Hole, A. D., Kjerstad, E., & Kjekken, I. (2014). Reablement in community-dwelling adults: study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*, 14, 139. Hentet fra: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-139>

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

Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition - heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health & Social Care in the Community*, 20(3), 283-291. Hentet fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104552426&site=ehost-live> doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01058.x

Vikestad, T., & Stavsholt, T. (2014). *Hverdagsrehabilitering Årsrapport 2014: Nome kommune*.

Wade, D. (2015). Rehabilitation--a new approach. Overview and Part One: the problems. *Clin Rehabil*, 29(11), 1041-1050. doi:10.1177/02692155155601174

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*. Hentet fra: <http://cre.sagepub.com/content/early/2015/04/29/0269215514564894.full.pdf+html> doi:10.1177/0269215514564894

Wilde, A., & Glendinning, C. (2012a). 'If they're helping me then how can I be independent?' The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. *Health & Social Care in the Community*, 20(6), 583-590. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x> doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x

Wilde, A., & Glendinning, C. (2012b). 'If they're helping me then how can I be independent?' The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. *Health & Social Care in the Community*, 20(6), 583-590. doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x

Winkel, A., Langberg, H., & Whrens, E. E. (2015). Reablement in a community setting. *Disability & Rehabilitation*, 2015, Vol.37(15), p.1347-1352, 37(15), 1347-1352. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2014.963707> doi:10.3109/09638288.2014.963707

World Health Organization (WHO). (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: Hentet fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1

Zingmark, M. (2013). Alla professioner är viktiga för en utvecklad vardagsrehabilitering. *Ergoterapeuten*, 2013(3), 26-29. Hentet fra: [file:///C:/Users/ofr/Downloads/Vardagsrehabilitering%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ofr/Downloads/Vardagsrehabilitering%20(1).pdf)

Øvre Romerike Utvikling. (2014). Prosjektrapport "Hverdagsrehabilitering" Et samhandlingsprosjekt i ØRU 2013: Eidsvoll, Gjerdrum, Hurdal, Nannestad, Nes og Ullensaker kommune.

Øygarden, R. B. (2013). Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner: en kvalitativ studie om hvordan hverdagsrehabilitering innføres i utvalgte norske kommuner Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/140068>

Publikasjoner i serien

Denne publikasjonen er en oppsummering av kunnskap om hverdagsrehabilitering. Emneredaktør Oddvar Førland, og forsker Randi Skumsnes ved Senter for omsorgsforskning, vest, har samlet og analysert forskning og utviklingsarbeid om hverdagsrehabilitering, og oppsummert kunnskapen her. På www.omsorgsbiblioteket.no finnes liknende oppsummeringer av følgende temaer:

- **Brukermedvirkning og psykisk helsearbeid**
Rita Kristin Klausen, Senter for omsorgsforskning, nord
- **Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge**
Bodil Hansen Blix, Senter for omsorgsforskning, nord
- **Legemiddelbruk og pasientsikkerhet**
Rose Mari Olsen, Senter for omsorgsforskning, midt
- **Helhetlig pasientforløp**
Kjersti Karoline Danielsen, Senter for omsorgsforskning, sør
- **Velferdsteknologi**
Kaia Paulsen, Senter for omsorgsforskning, øst

