

Opplæring i Hverdagsrehabilitering

Idéer og erfaringer



Oppsummert av:
Trude Hartviksen
Universitetslektor ved Universitetet i Nordland
20.11.2014



Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	
Kapittel 1 Innledning.....	5
Bakgrunn	5
Formål	5
Gjennomføring	6
Målgruppe	6
Rekruttering.....	6
Kapittel 2 Metode.....	7
Planlegging.....	7
Bli kjent	7
Justeringer underveis.....	7
Graphic recording.....	7
Verdenskafé.....	7
Repetisjon og inspirasjon	8
Prioriteringsøvelse.....	8
Etterarbeid	9
Kapittel 3 Forutsetninger.....	10
Forankring	10
Ressurser	10
Tverrfaglig samarbeid	11
Oppgaveavklaring	11
Engasjement	12
Brukerstyring.....	12
Kapittel 4 Målgrupper for opplæring	13
Kapittel 5 Sentrale tema	14
Hvorfor og hvordan	14
Holdningsendring	14
Identitet og hjelpfelle.....	15
Begrepsavklaring.....	16
Politikere og administrasjon.....	16
Brukere og pårørende	17
Profesjonskunnskap og forbedringskunnskap	17
Profesjonskunnskap.....	18
Tverrfaglig samarbeid	18
Målgruppe	19

Felles verktøy	19
Annen fagkunnskap	20
Forbedringskunnskap	20
Kapittel 6 Opplæringsform.....	22
Planlegging.....	22
Oppstart og utvikling.....	22
Nasjonal og regional opplæring	23
Intern opplæring	23
Metodikk	24
Refleksjonsgruppe	24
Hverdagsopplæring	25
Kulturbygging	25
Verktøy	26
Opplæring av brukere og pårørende	27
Studenter.....	27
Opplæring av befolkningen	27
Skriftlig materiell	28
Video	28
E-læring og nettpedagogikk	28
Ressurser	29
Nettverk.....	29
Tenk utenfor boksen.....	30
Kapittel 7 Utfordringer.....	31
Involvering	31
Motstand.....	31
Målgruppe for opplæring.....	31
Organisering og ledelse	32
Nye målgrupper.....	32
Kapittel 8 Avslutning	33
Referanser.....	

Sammendrag

Hverdagsrehabilitering starter med å spørre brukeren: «Hva er viktige aktiviteter for deg»? På denne måten innføres et nytt tankesett (hverdagsmestring) og nye arbeidsformer (hverdagsrehabilitering) i de norske helse- og omsorgstjenestene. Dette krever opplæring av alle involverte. I denne rapporten har vi oppsummert idéer og erfaringer om opplæring i hverdagsrehabilitering. Oppsummeringen er sammenfattet på bakgrunn av innspill gitt i en workshop med ressurspersoner innen fagfeltet.

Målgruppe

Målgruppen for rapporten er ansvarlige for opplæring og prosjektledere, samt helse- og omsorgspersonell som skal jobbe med hverdagsrehabilitering i praksis. Det er ønskelig at erfaringene skal kunne gi bakgrunn for undervisningsopplegg som kan ledes av ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere.

Forutsetninger

Forankring i politisk og administrativ ledelse og en felles begrepsforståelse er slik arbeidsgruppen vurderer det en forutsetning for opplæringsprosessen. Det bør foreligge en kommunal opplæringsplan i hverdagsrehabilitering. Videre kreves et tett tverrfaglig samarbeid, oppgaveavklaring, engasjement, ressurser og brukerstyring. Målgruppen for opplæring er befolkningen, politikere, ledere, brukere, pårørende, ansatte i kommunehelsetjenesten og samarbeidende instanser.

Tema og opplæringsform

Holdningsendring og begrepsavklaring er kjernen for all opplæring i hverdagsrehabilitering. Det vil ved opplæring være nyttig å skille mellom hvorfor hverdagsrehabilitering innføres, og hvordan hverdagsrehabilitering utføres. For ansatte vil det være behov for opplæring i både profesjonskunnskap og forbedringskunnskap. Opplæringsformen bør være en kombinasjon av kunnskapstilførsel og rom for refleksjon. Opplæringen må tilpasses aktuell målgruppe og planlegges i et langsiktig perspektiv.

Arbeidsgruppen anbefaler å nyttiggjøre seg aktuelle interne og eksterne ressurser i opplærings sammenheng og å tenke utenfor boksen. Motstand fra ansatte og lav rehabiliteringskompetanse kan være utfordrende for opplæringen. Det samme gjelder den brede målgruppen for hverdagsrehabilitering samt organisasjonsstrukturer som ikke legger til rette for tverrfaglig samarbeid.

Kapittel 1 Innledning

Bakgrunn

Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet «Hva er viktige aktiviteter for deg». Dette innebærer å innføre et nytt tankesett (hverdagsmestring) og nye arbeidsformer (hverdagsrehabilitering) i helse- og omsorgstjenestene. Endringen krever opplæring av alle involverte. Danske og svenske rapporter fremhever behovet for systematisk opplæring, spesielt veiledning, refleksjoner og praktisk opplæring (Johansson 2002, Månssons m.fl. 2006, Corlin 2008, Redberg 2008, Holmström og Petterson 2008, Strid 2008, Olsson og Olsson 2009, Richardson-Owen 2009, Mickelsson 2010, Lundgren og Odebo 2010, Gustafsson m.fl. 2010, Palm 2010, Håkans 2011, Hallin 2011, Gunnarsson m.fl. 2011).

Rapporten er en oppsummering av idéer og erfaringer tilknyttet opplæring i Hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Oppsummeringen er gjort på bakgrunn av en workshop med ressurspersoner innen fagfeltet høsten 2014, som en del av et større prosjekt støttet av Helse- og omsorgsdepartementet; Prosjekt Hverdagsrehabilitering i Norge. Prosjektansvarlige er KS, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Ergoterapeutforbund.

Formål

Hensikten med rapporten er å dele idéer og erfaringer om innhold og form på opplæring i hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Det er ønskelig å presentere både fallgruver og muligheter, samt vektlegge de gode innovative idéene. Utgangspunktet er å utdype spørsmålene: Hva trenger pleie- og omsorgsarbeidere å lære for å jobbe rehabiliterende/støtte hverdagsmestring? Hvordan skjer denne læringen best? Vi ønsker å se dette i sammenheng med eksisterende opplæringsmateriell og teori i hverdagsrehabilitering.

Hverdagsrehabilitering

Fellesbetegnelse som kommunene bruker i beskrivelse av de tilbud om rehabilitering som er målrettet mot borgere i hjemmetjenesten, og som gjennomføres i borgernes hjem eller nærmiljø med henblikk på å forbedre borgernes funksjonsevne og gjøre dem mer selvhjulpne i hverdagen.

Nøkkelpunkter:

- Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?
- Målrettet og intensivt fokus på hverdagsaktiviteter
- Tidlig, tidsavgrenset innsats i personens hjem eller nærmiljø
- Styrket involvering og samhandling
- Økt selvhjulpnehet i daglige gjøremål
- Personen selv styrer deltakelse og hverdagsmestring
- Inkludering av nærpersoner

(Tuntland og Ness 2014)

Gjennomføring

Erfaringene ble innhentet via en workshop over to dager i KS sine lokaler i Oslo. Tjenstedesigner Siri Eggesvik fra Kunnskapssenteret var fasilitator. Erfaringene og diskusjonene er oppsummert av universitetslektor Trude Hartviksen ved Universitetet i Nordland. Rapporten er tilgjengeliggjort på nettsiden www.hverdagsrehabilitering.no.



Målgruppe

Målgruppen for rapporten er ansvarlige for opplæring og prosjektledere i hverdagsrehabilitering, og helse- og omsorgspersonell som skal jobbe med hverdagsrehabilitering i praksis. Det er ønskelig at erfaringene skal kunne gi bakgrunn for undervisningsopplegg som kan ledes av ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere.

Rekruttering

Deltakerne i workshopen ble utvalgt på bakgrunn av kriterier definert av prosjektgruppe Hverdagsrehabilitering i Norge. De ønsket omtrent 10 deltakere med god spredning i kompetanse og geografi, erfaring fra opplæring innen hverdagsrehabilitering, ulike størrelser på kommunene, ulike faggrupper, gjerne med ulike perspektiver på opplæring. Det var ønskelig med en mest mulig heterogen gruppe for å få størst mulig bredde i innspillene.

Prosjektleder inviterte aktuelle kommuner til å sende ressurspersoner med spesielt ansvar for opplæring i hverdagsrehabilitering/hverdagsmestring. Det ble også lagt ut en åpen invitasjon på Facebooksiden *Hverdagsrehabilitering* der interesserte ble oppfordret til å melde seg. To av deltakerne ble valgt ut på bakgrunn av respons på denne utfordringen.

Det viste seg å være utfordrende å få deltakere med sykepleierbakgrunn, og enkelte forespurte kommuner kunne ikke delta. Til slutt deltok 6 ergoterapeuter, 5 fysioterapeuter, 4 fra prosjekt Hverdagsrehabilitering i Norge, fasilitator og oppsummeringsansvarlig.

Tilstede:

Liv Sundseth, Bodø kommune, Synnøve Herre, Voss kommune, Gro Idland, Oslo kommune, Stine Johansen Haaland, Stavanger kommune, Eli Trøan, Malvik kommune, Ingeborg van Frankenhuyzen, Kristiansand kommune, Margot Andenes, Gloppen kommune, Uno Haugli, Sandefjord kommune, Grethe Lind, Eigersund kommune, Hilde Redtrøen, Ullensaker kommune, Ebba Bredland, HiST (Trondheim kommune), Siri Eggesvik (fasilitator) Kunnskapssenteret, Trude Hartviksen (referent), Universitetet i Nordland, Liv Overaae, KS, Lise Færevåg, Norsk sykepleierforbund, Siri Nergård, Norsk fysioterapeutforbund, Nils Erik Ness, Norsk Ergoterapeutforbund.

Kapittel 2 Metode

Workshopen ble planlagt i samarbeid med og ledet av tjenestedesigner Siri Eggesvik (fasilitator). Siden teknikkene og verktøyene brukt underveis i workshopen er relevante i opplæringsammenheng velger vi å beskrive dette nærmere.

Planlegging

I planleggingsfasen ble formål, deltakere og etterbruk kartlagt av fasilitator, oppdragsgiver og oppsummeringsansvarlig for å skreddersy en workshop til deltakergruppen.

Bli kjent

Fasilitator valgte sosiogram (Moreno 1953) for å fremme god gruppedynamikk og trygghet i gruppa, for å få alle til å delta, og for at deltakerne skulle tørre å komme med ærlige innspill, dumme spørsmål og nye ideer. Det ble også brukt navnelapper der deltakerne selv skrev fornavnet sitt. Dette for å gi en opplevelse av at man blir kjent med hverandre på kort tid.



Justeringer underveis

Gruppedynamikken fordret at fasilitator gjorde justeringer underveis. Etter lunsj og sent på dagen bør det eksempelvis være aktive oppgaver som ikke er for krevende.

Graphic recording

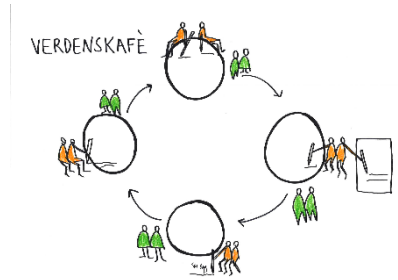
Å bruke illustrasjoner og tegninger underveis kan gjøre det lettere å huske hva som har kommet frem. I tillegg til kan det gjøre kommunikasjonen tydeligere (Sibbet 2010). Rollespill og lignende kan ha samme funksjon, men ble ikke valgt i denne workshopen.



Verdenskafé

Første dag av workshopen var formålet å kartlegge beste praksis slik opplæring i Hverdagsrehabilitering fungerer i dag. Det ble valgt verdenskafé (Brown & Isaacs 2005) som kartleggingsmetode for å inspirere og sikre at alle fikk mulighet til å dele sine erfaringer. Deltakerne ble delt inn i grupper på fire på bakgrunn av forskjellighet opp mot utvelgelseskriteriene. Det var fire ulike bord med tema: holdninger, ressurser, innhold og

opplæringsform. To personer ble sittende som referenter og nedtegnet erfaringene på flipoverark. Dette er en strategi for å sikre et mer objektivt referat i tilfelle referenten har en sterk egen agenda. To og to rullerte for å skape trygghet og en samtalepartner å dele erfaringer med underveis.



Til slutt delte hver gruppe sine erfaringer og innspill i plenum. Etter plenumsrunden vendte deltakerne tilbake til gruppene de startet i og lagde en oppsummering, også denne for presentasjon i plenum. Deltakerne fikk utdelt to røde klistremerkehjerter hver som de klistret på de to innspillene de mente opplæring i hverdagsrehabilitering fungerer best. Videre fikk de klistremerkestjerner til innspillene der de syntes opplæringen bør forbedres. Til slutt fulgte idémyndring i plenum på tavle, og en kort oppsummering.

Repetisjon og inspirasjon

Formålet med dag 2 var å klargjøre målgruppa, finne positive og negative erfaringer med tidligere opplæringstiltak, og sammenfatte erfaringene og idéene fra workshopen som helhet. Dagen startet med bildefremvisning og oppsummering fra dagen før til repetisjon og inspirasjon. Å vise bilder av deltakerne dokumenterer deltakelsen og kan ifølge fasilitator medføre et ekstra eierskap til arbeidet, engasjement og deltakelse.



Videre ble det gjennomført en motarbeiderøvelse der målet var å klargjøre roller, snu problemstillingene og finne behovet til involverte aktører. Dette var en gruppeoppgave: Hvordan sabotere god opplæring i hverdagsrehabilitering? Hva gjør vi som ødelegger god opplæring?

Prioriteringsøvelse

Resultatet av motarbeiderøvelsen ble brukt i en prioriteringsøvelse på tavle der målsetningen var å kartlegge faktorene som ødelegger god opplæring i hverdagsrehabilitering. Gruppene ble utfordret til å rangere de tre viktigste. I plenum delte gruppene et eksempel hver inntil alle hadde sagt tre hver. Slik unngår man at alle eksemplene blir listet opp med en gang, og alle kan slippe til med sine innspill.

Resultatet av rangeringen ble brukt i neste gruppeoppgave: Profesjonskamp, dårlig ledelse, uklare mål, manglende oppfølging etter kick off, manglende tankeprosess, engasjement, mistillit og manglende oppfølging. Arbeidsprosessen fortsatte med en ny verdens kafé etter samme metode som første dag. Målsetningen var å kartlegge behovene fra ulike aktører: politikere/administrasjon, fagprofesjoner, ansatte og brukere (arbeidsgruppa opplevde at det var vanskelig å skille ansatte og fagprofesjon). Gruppene fikk følgende hjelpespørsmål: Hva skjer dersom det er ...? Hvordan føles det for...? Hva er behovet til...?

Gruppeoppgaven om å kartlegge behov viste seg å være vanskelig å gjennomføre og ble et eksempel på justeringene som fasilitator gjennomførte underveis. Da det ble brukt mye energi på oppklaring av forventningene til gruppene endret fasilitator siste del til en felles idemyldring på tavla. Målsetningen var å hente ut innspill som ikke hadde passet inn i gruppeoppgaver tidligere. Først diskuterte deltakerne to og to prosesserfaringer.

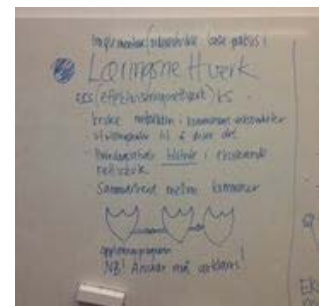


Disse ble oppsummert i 5 felles punkter, presentert og systematisert på tavla.

Etterarbeid

Konklusjonene fra workshopen ble oppsummert og presentert på flipoverark samt whiteboard. Oppsummeringsansvarlig fikk med seg ark og bilder av whiteboardene for sammenfatning og sortering.

Teksten er også tilført empirisk dokumentasjon, teoretiske referanser som støtte for den erfaringsbaserte kunnskapen.



Første utkast av rapporten ble sendt ut til alle deltakere for redigering. Endelig utgave ble fastsatt på oppfølgende videomøte med alle deltakere.

I rapporten vil vi først påpeke sentrale forutsetninger som må ligge til grunn for en god opplæringsprosess innen Hverdagsrehabilitering. Aktuelle målgrupper for opplæring presenteres, før vi gir en anbefaling på sentrale tema og ulike strategier i opplæringsprosessen. Til sist beskrives erfarte utfordringer.

Kapittel 3 Forutsetninger

Implementering av hverdagsrehabilitering i norske kommuner forutsetter opplæring. Det er en forutsetning for opplæringen at det foreligger rammer for implementeringsprosessen. Dette er prosesser som henger sammen og som er gjensidig avhengige av hverandre.

Forankring

En vellykket opplæring i hverdagsmestring som paradigme og hverdagsrehabilitering som metode forutsetter god forankring i politisk og administrativ ledelse. Arbeidsgruppa fremhever at ledelsen må være fasiliterende, interessert og engasjert. Dette krever en felles begrepsforståelse. Stavanger kommune er et positivt eksempel på god politisk forankring og planfesting i skriftlige avtaledokument. Forankringen oppleves å tilrettelegge for en god opplæringsprosess. Hverdagsrehabilitering må ha et klart eierskap og tilhørighet i organisasjonsstrukturen.

Ressurser

Ved innføring av hverdagsrehabilitering må hjemmetjenestene utformes og organiseres på en annen måte enn vi er vant til. Vi henviser til suksesskriterier som beskrevet i Først og Høverstad (2014). I samme rapport beskrives ulike modeller for organisering av tjenesten. Arbeidsgruppas erfaring er at innføring av hverdagsrehabilitering avhenger av en ressursmessig økning i oppstartsfasen, blant annet for å gi forutsetninger for opplæring. Hverdagsrehabilitering vil ikke kunne erstatte andre rehabiliteringstilbud. En ressursallokering (flytte ressurser fra andre tjenester) som reduserer eksisterende marginale tilbud i eksempelvis rehabiliteringstjenesten vil være med på å ta vekk fundamentet for opplæring. Derimot vil en faktisk tilføring av stillingsressurser i oppstartsfasen erfaringsvis virke motiverende for gjennomføring og fremme endringsvilje. Arbeidsgruppa opplever dette som et område som ikke fungerer godt nok i dag.

Det bør foreligge en kommunal opplæringsplan som sikrer videreføring og utvikling av opplæring i et langsiktig perspektiv (Tuntland og Ness 2014). Det må her planlegges og settes av ressurser til å øke kompetansen til medarbeiderne i fastlagte rammer, både i form av personal, tid og penger. Innføring av hverdagsrehabilitering tar tid, både i forhold til endring av tenkesett og arbeidsform. Arbeidsgruppa opplever at det er ulikt hvordan opplæring prioriteres av kommunene som innfører hverdagsrehabilitering.

Tverrfaglig samarbeid

Hverdagsrehabilitering krever et tett tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell og andre aktører, mellom pleiepersonell og rehabiliteringspersonell, innad i enheter og på tvers av enheter (Tuntland og Ness 2014). Det er en forutsetning for opplæringen at teamene sammensettes tverrfaglig. Deltakeren vurderer ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier som en særlig prioritert fagsammensetning.

Arbeidsgruppa vil fremheve sykepleierens viktige rolle i rehabilitering, da det oppleves at terapeutgruppene har en sterkere identifisering med rehabiliteringsfaget. De som ansettes i teamene må kunne ta og gi ansvar med respekt for hverandres profesjoner. Profesjonene har tradisjonelt fulgt et hierarki med hensyn til makt. For at et tverrfaglig samarbeid skal kunne fungere må en likestille profesjoner med ulik status (Lauvås og Lauvås 2004).

I Stavanger kommune er også bestillerkontorene tverrfaglig sammensatt. Motorteamet i hverdagsrehabilitering opplever at dette er samarbeidsfremmende. De beskriver også et tett samarbeid med hjemmesykepleien.

Motorteam

Team som har ansvar for utredning, planlegging og oppfølging av rehabiliteringsprosessen. Arbeidet med og overfor brukeren utføres av ansatte i de ordinære kommunale tjenestene under veiledning og oppfølging av motorteamet.

(Füerst og Høverstad 2014)

En sterk organisasjonskultur kan gi en opplevelse av sosialt felleskap og felles identitet hos ansatte. Dette skaper motivasjon til å arbeide mot felles mål. Tillit til hverandre kan kostnadseffektivt erstatte administrativ styring og kontroll, og fremmer fleksibilitet, samarbeid og koordinering. En sterk organisasjonskultur er et resultat av samhandling over tid (Jacobsen og Thorsvik 2013). Å vektlegge sosiale relasjoner mellom aktørene i hverdagsrehabilitering vil derfor virke tillitsskapende, og på denne måten forenkle forutsetningene for opplæring. Dette gitt at kulturen er formet av verdier og normer til grunn for paradigmet man ønsker å innføre, hverdagsmestring. Samlokalisering av ergoterapeut, fysioterapeut og hjemmetjeneste oppleves å fremme felles organisasjonskultur.

Oppgaveavklaring

Tydelig oppgaveavklaring kan etter arbeidsgruppas oppfatning forenkle opplæringsprosessen. Det er eksempelvis viktig å avklare hvilke oppgaver som skal utføres av de som arbeider med hverdagsrehabilitering sett i forhold til andre kommunale tjenester. Det er også en forutsetning å avklare hvilke oppgaver som skal utføres av motorteamet og hvilke som kan

delegeres til eksempelvis hjemmetrenerne. Her må en beslutte hvilke oppgaver som bare kan utføres av autorisert helsepersonell og hvilke som kan delegeres til medhjelpere jmf. lov om helsepersonell (Tuntland og Ness 2014). Arbeidsgruppa fremhever at en hjemmetrener ikke er en minifysioterapeut, det er viktig at oppgavene kvalitetssikres.

Hjemmetrener:

Eksempelvis helsefagarbeider, omsorgsarbeider eller hjemmehjelp

- Jobber under veiledning av ergoterapeut fysioterapeut og/eller sykepleier med rehabiliteringskompetanse
- Arbeider rehabiliterende med fokus på hjelp til selvhjelp
- Motiverer brukere til å ta del i trening
- Medvirker til dokumentasjon av trening og funksjonsendring
- Anvender ergonomiske prinsipper, anvende hjelpemidler og relevant velferdsteknologier i treningen

(Ness mfl 2012)

Engasjement

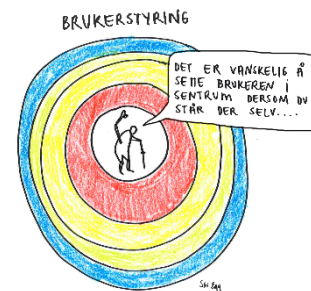
Motiverte og dedikerte medarbeidere (ildsjeler) med endringsvilje forenkler erfaringsvis opplæringsprosessen. En ildsjel gjerne et team, en funksjon eller stilling(er) ansvarliggjort i forhold til hverdagsrehabilitering. Engasjement må til for å holde flammene i gang.



HVEM HAR ANSVARET FOR
Å HOLDE LIV I FLAMMEN
NÅR PROSJEKTET ER SLUTT ?

Brukerstyring

I hverdagsrehabilitering skal brukeren være i sentrum. Det ble i workshopen fremhevet at det er vanskelig å sette brukeren i sentrum hvis en står der selv. Målet med en god opplæringsprosess i hverdagsrehabilitering er brukere som er fornøyde med tjenestetilbudet. Målinger på økt livskvalitet og tilfredshet hos brukeren ved bruk av måleverktøy som eksempelvis Canadian Occupational Performance Measure (COPM) vil også kunne virke motiverende for både ledelse og ansatte.



Kapittel 4 Målgrupper for opplæring

Samtlige fagpersoner som involveres i hverdagsrehabilitering vil ha behov for opplæring og kompetanseoppbygging (Kjellberg mfl 2011, Ness mfl 2012, Tuntland og Ness 2014).

Arbeidsgruppa fremhevet hjemmetjenesten som den mest sentrale målgruppa. Dette bekreftes blant annet av Kjellberg (2011). Motorteamet vil både ha behov for egen kunnskapsøkning og kunnskap i å veilede andre. Mange kommuner velger å rekruttere hjemmetrenere fra hjemmetjenesten. Hjemmetrenere er en variert gruppe, som ofte har utdanning på videregående nivå (Tuntland og Ness 2014).

Slik arbeidsgruppa ser det vil det også være behov for opplæring av andre samarbeidsparter, eksempelvis ansatte på forvaltning-/tjeneste-/bestillerkontor, døgnerhabiliteringsinstitusjoner, sykehus, leger, privatpraktiserende fysioterapeuter, rehabiliteringstjeneste, kontorpersonell, politikere, administrativ ledelse, frivillige, fagorganisasjoner og utdanningsinstitusjoner.

Behovet for opplæring av brukere, pårørende, naboer, nettverk, innbyggere og media ble fremhevet i workshopen. Dette er blant annet viktig for å oppnå tillit. Flere deltakere nevnte pårørendeopplæring som en særlig utfordring. 50-, 60- og 70- åringene er aldersgrupper det oppleves relevant å spesiell oppmerksomhet på, både som dagens pårørende og senere brukere. Lag, brukerorganisasjoner og andre organisasjoner etterspør erfaringsvis informasjon om hverdagsrehabilitering. Dette bør prioriteres, da en her kan nå en bred del av befolkningen.



Kapittel 5 Sentrale tema

Hverdagsrehabilitering er et spesialisert tilbud innen rehabilitering; målrettet, tidsbegrenset og avgrenset (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Aktuelle tema for opplæring vil slik arbeidsgruppa ser det variere, både ut fra målgruppe og hvor langt kommunen er kommet i implementeringsprosessen. Vi vil likevel komme med noen anbefalinger.

Hvorfor og hvordan

Når en skal velge tema for opplæringen erfarer arbeidsgruppa at en bør ta utgangspunkt i at særlig brukere, politikere, administrasjon og samarbeidspartnere innledningsvis har et behov for avklaring av *hvorfor* hverdagsrehabilitering er et viktig satsningsområde. Dette kan eksempelvis være temaer som går på demografi, bærekraftighet og eldres deltakelse. Ansatte som skal arbeide med hverdagsrehabilitering har derimot et større behov for å lære hvem som gjør hva og *hvordan* det utføres. Dette innebærer eksempelvis tankesett og metodikk, og gjerne praktisk gjennomføring knyttet opp mot brukererfaringer.

Holdningsendring

Holdningsendring er kjernen for all opplæring i hverdagsrehabilitering. Det må jobbes med holdningsendring på alle nivåer, og på ulike områder. Det oppleves eksempelvis sterke holdninger i forhold til tidsbruk, innholdet i hjemmetjenesten, ulike yrkesgrupper, brukeren, og til endring som sådan. Hverdagsmestring er et nytt paradigme (Tuntland og Ness 2014), og det finnes også andre perspektiver på hva som er en god helsetjeneste. Et eksempel på dette nevnt i workshopen er tanken om at helsetjenestene skal reparere det som ikke fungerer hos brukeren.

Både brukeren selv og pårørende kan oppleve at de har et godt tilbud gjennom tradisjonelle hjemmetjenester. En endring til hverdagsrehabilitering vil da kunne medføre frykt for at tilbudet ikke blir godt nok. Det kan oppleves som maktarroganse at en ikke får den hjelpen en selv mener en trenger. Slik arbeidsgruppa ser det er det viktig å fokusere på tett dialog med både bruker og pårørende. En pårørende som støttespiller vil i motsetning til en pårørende som er motstander kunne være til stor hjelp i rehabiliteringsprosessen.

Arbeidsgruppa opplever at det ligger en rettferdighetstanke i befolkningen; eldre som har betalt skatt i lang tid skal nå kunne høste godene av dette og hvile. Deltakerne trakk frem erfaringer med at også personer over 90 år har stor gevinst av hverdagsrehabilitering. Eldre er

ulike og mange ønsker å opprettholde et høyt aktivitetsnivå (Tuntland og Ness 2014).

Helsetjenestene må tilpasses slik at behovene styrer tiltakene og ikke motsatt.

En holdningsendring kan også være nødvendig innad i det tverrfaglige teamet. Det er naturlig at man i utgangspunktet er skeptisk til hverandre og kjenner på usikkerhet når man går inn i denne type samarbeid. Arbeidsgruppa ser også at det eksisterer ulike holdninger til verktøyene som brukes innen hverdagsrehabilitering, eksempelvis kartleggingsverktøy.

Det må jobbes bevisst med holdningsendringer. Den sterke betydningen av holdninger er også bakgrunnen til at arbeidsgruppa fremhever at det ved ansettelse er like viktig å ansette riktig person som profesjon.

Identitet og hjelpefelle

Som en del av holdningsendringen mener arbeidsgruppa at paradigmet hverdagsmestring må styrkes i hjemmetjenesten. Det må skapes en mestringskultur. Dette innebærer at en må lære seg å jobbe med myndiggjøring og ansvarliggjøring, endre fra å se brukeren som en passiv mottaker til en aktiv deltaker. En må finne balansen mellom å gi hjelp og å legge til rette for mestring, å ha fokus på ressurser istedenfor begrensninger/kroppsplager. Arbeidsgruppa fremhever at denne arbeidsformen er motiverende også for tjenesteutøvere.



Holdningsendring handler også om de holdningene og forventningene en har til seg selv. Som et eksempel på dette har sykepleiergruppa tradisjonelt vært vant til å ha en rolle som utfører det andre autoriteter (legen) bestiller. Ved endring til hverdagsrehabilitering kreves en endret identitet som fagutøver. Dette påvirker og påvirkes av individuelle verdier og grunnsyn.

Hverdagsrehabilitering er en bedre måte å forvalte på, ved at en bruker ressursene der det trengs. Det er en smartere måte å jobbe på, en vinn-vinn-vinn situasjon (Tuntland og Ness 2014). Den samfunnsøkonomiske gevinsten kan slik arbeidsgruppa ser det styrke det faglige verdisynet hos ansatte ved at rollen som samfunnsaktør tydeliggjøres.

I workshopen ble begrepet hjelpefella løftet frem som viktig å tematisere. Arbeidsgruppa opplever et sterkt omsorgsperspektiv hos mange som er ansatt i helsetjenestene. Hjelpefella er en beskrivelse av alle de handlingene en gjør for brukeren istedenfor å støtte slik at brukeren kan gjøre det selv. Det kan være at brukeren får mer hjelp enn han trenger, i forhold til mat, dusj, strømper. Det kan være hjelp til å vaske ryggen istedenfor å dusje selv, eller trappeheis istedenfor å trene på å gå trappa. Det kan også være det mange kaller hjemmetjenestens

hemmelige tjenester, eksempelvis ta inn posten på vei inn, søpla på vei ut. På kort eller lang sikt tar man aktiviteter fra brukeren (Tuntland og Ness 2014). Viktige tema for opplæring i denne forbindelse vil være faglige utfordringer, hensikten med hverdagsrehabilitering, og betydningen innsatsen har for brukeren. I Hverdagsrehabilitering viser en omsorg gjennom å la brukeren gjøre aktivitetene selv.

Å rokke ved identiteten som omsorgsutøver kan imidlertid gi en tapsfølelse hos tjenesteyteren. Det strider mot ønsket en har om å gjøre noe for brukeren, å hjelpe. Det kan også gi en følelse av at en mister kontroll, eller en overdreven ansvarsfølelse for brukeren når tjenestene avsluttes. Endringer som berører identiteten hos de ansatte er erfaringsvis utfordrende å gjennomføre.

Kunnskap om målsetting og å ta utgangspunkt i brukerens mål er slik vi ser det med på å påvirke holdningene til fagpersonellet. Deltakerne på workshopen hadde også gode erfaringer med å prioritere opplæring i temaene etikk, bevisstgjøring, refleksjon, kommunikasjon, informasjon, mestring, empowerment og brukervedvirkning.

Begrepsavklaring

En felles begrepsavklaring, forståelse og kunnskap om hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring vil være sentral for alle målgrupper. Det samme gjelder rolleavklaring, forståelse av hvem som gjør hva på ulike nivåer og innen samme nivå. Arbeidsgruppa vurderer også formidling av suksesshistorier som verdifull og eksemplifiserende til alle målgrupper.

Fagpersoner samarbeider lettere med en felles språklig begrepsramme. Dette kan eksempelvis være felles forståelse av begrepene individ, identitet, verdier, roller, normer, eldre, funksjonshemming, rehabilitering, hverdagsrehabilitering, helsefremming og mestring. WHO (2001) har utviklet et felles begrepsapparat for helsetjenestene benevnt som International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (Tuntland og Ness 2014). Opplæring i et felles begrepsapparat vil kunne gi en felles måte å kommunisere på, og på denne måten understøtte samarbeidet (Jacobsen og Thorsvik 2013). ICF kan også være til hjelp i å kartlegge brukerens ressurser og utfordringer (Tuntland og Ness 2014).

Politikere og administrasjon

Arbeidsgruppas erfaring er at politikere og administrasjon ønsker oversikt og tydelighet fra fagområdet. Kunnskapen som formidles til denne målgruppen bør derfor bestå av kort og

konkret dokumentert informasjon, gjerne med fokus på effektivitet og god ressursutnyttelse. Innholdet i kunnskapen skal kunne gi et godt beslutningsgrunnlag. Det vil være behov for kunnskap som gir realistiske forventninger til implementering av hverdagsrehabilitering, hva utfordringene er og hvordan fagfeltet vurderer at de kan løses.

Brukere og pårørende

Erfaringsvis bør brukere og pårørende få lik informasjon og opplæring. Dette avklares i et samarbeidsmøte ved oppstart. Arbeidsgruppa har erfaring med at brukere ofte får kjennskap til hverdagsrehabilitering gjennom gode historier fra media og/eller bekjente. Andre sentrale tema har vært informasjon om hvorfor en har valgt hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode, de ulike verktøyene en bruker, og hvilken betydning dette har for den enkelte.

Brukerne har også hatt behov for kunnskap om egen kropp, eget rehabiliteringspotensiale, aktiv medvirkning, å sette mål selv, deltakelse og ansvarliggjøring. Kunnskapstilførselen bør slik vi ser det inneholde motivasjon og støtte, og øke opplevelsen av mestring.

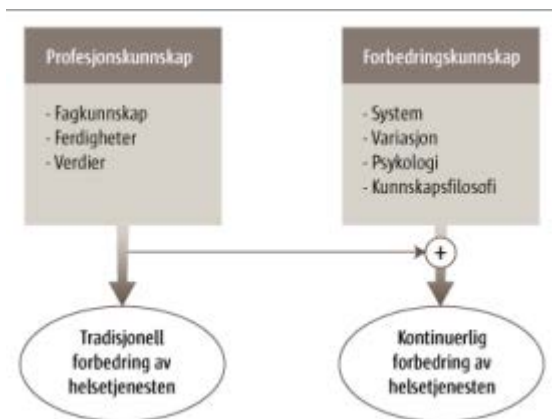
Arbeidsgruppas erfaring er at brukerne ønsker å møte kompetente, dyktige fagfolk, rett tiltak og rett fagperson til rett tid på rett sted. Brukerne har behov for et team som samarbeider godt, spør de riktige spørsmålene og som følger opp det som er viktig for brukeren. Forutsigbarhet bør vektlegges, også med hensyn til hva som skjer etter at hverdagsrehabilitering er avsluttet. Dette krever god kommunikasjon og informasjon, oppmerksomhet og trygghet, eksempelvis ved at brukeren til enhver tid vet hvor han kan henvende seg.

Når det gjelder opplæring av befolkningen generelt, eksempelvis i lag og foreninger eller avisinnlegg, bør dette erfaringsvis inneholde kunnskap om aktivitet i eget liv, informasjon om kommunen og om hvordan en kobler aktivitet inn i hverdagslivet.

Profesjonskunnskap og forbedringskunnskap

Implementering av Hverdagsrehabilitering kan etter arbeidsgruppas oppfatning sees som en kvalitetsforbedring av norske helsetjenester. Når en planlegger opplæring vil det derfor være sentralt å ha fokus på to parallelle kunnskapsområder. Det første er profesjonskunnskap, som innebærer faglig kunnskap om hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Det andre er forbedringskunnskap, som innebærer kunnskap om å iverksette Hverdagsrehabilitering som tjeneste, implementering og anvendelse. Det handler om å sørge for at tjenesten er forankret, kunnskapsbasert, og at den gjennomføres med god kvalitet. Arbeidsgruppa mener at opplæring i forbedringskunnskap er for lite vektlagt i helsetjenestene.

Sammenhengen mellom profesjonskunnskap og forbedringskunnskap kan visualiseres med følgende modell:



Batalden og Stoltz (1993), oversatt til norsk av Brudvik (2010), Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.

Profesjonskunnskap

Profesjonskunnskap innen hverdagsrehabilitering handler ikke om enkeltprofesjoner, men om den samlede tverrfaglige kompetansen. Deltakerne i workshopen fremhevet at sentral profesjonskunnskap innen hverdagsrehabilitering er teori om organisering av velferdstjenestene, rehabilitering, hverdagsrehabilitering, arbeidsmodell og prosess, kunnskap om ulike yrkesgrupper, tverrfaglig samarbeid, teamarbeid og gruppeteori, gjennomgang av arbeidsrutiner og kartleggingsverktøy.

Det er nødvendig å øke kunnskapen i kommunehelsetjenesten, både om rehabilitering generelt og spesifikt eksemplifisert opp mot enkeltbrukere. Det har vist seg nyttig at teamet beskriver prosessen med eksempler fra de får henvist en bruker til de har avsluttet.

Tverrfaglig samarbeid

Et godt tverrfaglig samarbeid skal bidra til at tjenesteyterne utvikler et felles kunnskapsgrunnlag og stimulere til faglig utvikling innen bidragende fag. Deltakerne utvikler på denne måten tverrfaglig kunnskap og kompetanse (Lauvås og Lauvås 2004). Opplæring i tverrfaglig samarbeid bør anerkjenne den spesielle kompetansen hver enkelt deltaker i teamet innehar. Hjemmetrenerne har en spesiell kompetanse på brukernes hverdag, de har ofte tettere kontakt med brukerne og kontakt over lengre tid enn eksempelvis motorteamet.

Hjemmetjenesten ser også brukerne ofte, og fortsetter kanskje tilbudet etter hverdagsrehabilitering.

Opplæringen må virke bevisstgjørende på egen og andres rolle, slik at en ser eget og andres fagområde tydeligere. Arbeidsgruppa refererer til situasjoner der tilbudet til brukeren påvirkes av hvilken profesjon som gjennomfører kartleggingen. Om en ikke er bevisst dette kan eksempelvis kartlegging av en fysioterapeut medføre større fokus på trening enn om sykepleieren kartlegger.

Spesialkompetansen til hver enkelt yrkesgruppe må spisses mot hverdagsrehabilitering, eksempelvis fysioterapi som rettes mot hverdagen. En må lære hvordan ulike yrkesgrupper bidrar/komplementerer inn i teamet, hvordan man lærer av hverandre, og den sentrale betydningen brukeren selv og pårørende har i prosessen. Terapeuter og sykepleiere som delegerer arbeidsoppgaver til annet personell vil ha behov for veiledningskompetanse (Gustafsson mfl 2010, Kjellberg mfl 2011, Tuntland og Ness 2014).

Målgruppe

Kunnskap om målgruppa for hverdagsrehabilitering er sentral. Hvem er de gamle i dag? Ansatte på både tildelingskontor, hjemmetjeneste og motorteam må ha kunnskap om inklusjonskriteriene for å sikre at brukere med behov for hverdagsrehabilitering får det, mens brukere med andre behov får tilbud som passer dem. En må videre opparbeide seg en bred kunnskap, både om somatisk sykdom, kognitiv svikt, psykisk helse og utviklingshemming avhengig av hva som er lagt inn i inklusjonskriteriene i hver enkelt kommune.

Opplæringen må også inneholde kunnskap om overføring av hverdagsrutiner etter hverdagsrehabilitering, eksempelvis ved å involvere pårørende og naboer. Ressursutløsning handler om å kartlegge ressurser i brukerens nærmiljø, nettverkskartlegging. Dette er områder vi opplever det er for liten kompetanse på, likedan samarbeid med frivillige organisasjoner.

Felles verktøy

Arbeidsgruppa anbefaler at en velger felles verktøy for kartlegging i kommunen, og deretter gir opplæring i samsvar med dette. Eksempler på ulike kartleggingsverktøy er Canadian Occupational Performance Model (COPM), Short Physical Performance Battery (SPPB) og aktivitetsanalyse (Tuntland og Ness 2014). Det kan også gjelde verktøy opp mot

livsstilsendring eller samtaleteknikk, som eksempelvis motiverende samtale, endringshjulet (Näsholm og Barth 2007), samtaleveiledere eller -guider.

Annen fagkunnskap

I hverdagsrehabilitering er fokuset å jobbe prosessrelatert og aktivitetsrettet (Tuntland og Ness 2014). Kunnskap om planarbeid, aktivitetsteori og konsekvenser av inaktivitet anser vi derfor som nyttig. Videre må en ha kunnskaper om å anvende rehabiliteringsprinsipper som målsetting, tidsavgrensning og tverrfaglighet. Ulike tilstedeværelsesteknikker kan være aktuelle, eksempelvis at en signaliserer god tid sammen med brukeren. Tid er relativt, og kan synliggjøres ved eksempelvis å ta av jakka, ikke fokusere på tidsbruk, ikke se på klokka.

Noe treningslære ser vi også som hensiktsmessig, samt kunnskap om fallforebygging og balansetrening. Velferdsteknologi er et tema som blir mer og mer aktuelt. Det vil videre være nyttig med kunnskap om ulike aktivitetstilbud i kommunen, slik at en kan dele denne kjennskapen med brukeren. I Eigersund kommune brukes eksempelvis en oversikt over lavterskeltilbud bevisst som en forlengelse av aktivitet og deltakelse etter tiltak.

Hjemmetrenere vil etter vår erfaring ha bruk for opplæring i konkret arbeidsform. Tuntland og Ness (2014) beskriver behov for kunnskap om hvordan brukere lett mister funksjon, stimulering av deltakelse, kunnskap om egne arbeidsvaner og arbeidsteknikk. Det foreslås fra arbeidsgruppa helt konkrete tema som å reise seg fra stol og strømpepåtrekking.

Forbedringskunnskap

For å ta i bruk ny profesjonskunnskap i den praktiske kommunale hverdagen er det nødvendig med forbedringskunnskap. Forbedringskunnskap innebærer at profesjonskunnskapen ikke kun er en individuell kunnskap hos den enkelte medarbeider, men at vedkommende også gis verktøyene for å sørge for at kunnskapen gir økt kvalitet i tilbudet til brukeren. Eksempler på forbedringskunnskap kan være å kjenne til ulike modeller for systematisk kontinuerlig forbedringsarbeid, kunnskapsbasert praksis, å kunne kartlegge hvordan dagens praksis fungerer, sette mål, planlegge tiltak, og å kunne måle hvorvidt endrete arbeidsmetoder er reelle forbedringer. Det innebærer systemkunnskap, psykologi og kunnskapsfilosofi (Batalden og Stoltz 1993).



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, seksjon for kvalitetsforbedring, har publisert en modell og en rekke verktøy basert på Langley og Nolan sin modell for forbedring, som igjen tar utgangspunkt i Demings sirkel (Langley & Nolan 1996).

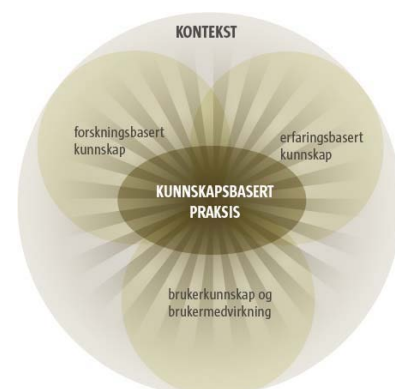
Sirkelen beskriver kvalitetsforbedring som en trinnvis prosess. Til tross for utformingen er det ikke nødvendigvis en lineær rekkefølge mellom trinnene. En vil kunne bevege seg mellom trinnene ut fra de behov som oppstår. Hvert av trinnene har anbefalinger om hvilke aktiviteter som er viktig å gjennomføre. Anbefalingene er basert på forskning, teori om forbedringsarbeid, og erfaring med praktisk forbedringsarbeid (Bakke mfl 2013).



Figurene er hentet fra kunnskapssenteret.no, kvalitetsforbedring.

Universitetet i Nordland har erfaring med at denne modellen er en god struktur for opplæring i forbedringskunnskap. Kunnskap om verktøyene øker muligheten til en vellykket implementering og gjennomføring av hverdagsrehabilitering. Modellen gir et rammeverk for hvilke elementer en bør ha fokus på ved innføring av nye tjenester, eksempelvis ved sitt fokus på forankring og involvering (Bakke mfl 2013). Et eksempel på hvordan en kan bruke modellen er ved inklusjon av brukere i oppstartsfasen til hverdagsrehabilitering. Forbedringskunnskapen gir her et grunnlag for å anbefale at en innledningsvis inkluderer brukere der en ser at potensialet er stort for at en vil lykkes. Dette vil forenkle videre arbeid i forhold til motivasjon i tjenesten, samt gi erfaringer som en tar med seg inn i arbeidet med mer utfordrende brukergrupper.

Å klargjøre kunnskapsgrunnlaget er et av punktene under trinn 1, forberedelse (Bakke mfl 2013). Helsetjenestene i Norge skal være kunnskapsbaserte. Arbeidsgruppa fremhever viktigheten av å legge en kunnskapsbasert praksis til grunn for opplæringen. Kunnskapsbasert praksis betyr at vi har tjenester som er basert på best tilgjengelig kunnskap. Forskning viser at forbedringsprosessen forenkles når endringer er kunnskapsbaserte og vel dokumenterte. Kunnskapsbasert praksis innebærer at en ser forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap i sammenheng, tilpasset aktuell kontekst (Nortvedt mfl 2012).



Kapittel 6 Opplæringsform

Arbeidsgruppa mener at opplæring i hverdagsrehabilitering bør prioriteres. Opplæringen bør inneholde en kombinasjon av kunnskapstilførsel og rom for refleksjon. Til inspirasjon kan en eksempelvis bruke presentasjoner utviklet av kommunene Froland, Arendal, Risør, Grimstad, Åmli, Tvedestrand og Vegårshei (Tuntland og Ness 2014).

Planlegging

I planleggingsfasen er det viktig å ha klart definerte mål og målgruppe for opplæringen. Undervisningen må planlegges slik at den passer målgruppa. I kapittel 5 har vi beskrevet hvordan ulike tema velges til ulike målgrupper. Å planlegge opplæringen er et lederansvar. Arbeidsgruppa anbefaler å lage et årshjul/kompetanseplan, blant annet for å sikre en god fordeling av opplæringstiltak gjennom året. Bruk gjerne interne ressurser. Det er mye ressurser innad i kommunehelsetjenesten som kan gjennomføre ulike opplæring.

Kompetanseplanen bør evalueres jevnlig, eksempelvis av en fokusgruppe. Arbeidsgruppa vektlegger at en ikke bør ha for høye ambisjoner. Ved valg av målgruppe bør en være bevisst på å ikke ekskludere yrkesgrupper, slik at en unngår å bidra til profesjonskamp ved at noen føler seg mindre verdsatt. Planleggingen må også sørge for passende rammer rundt opplæringen som lokale og servering.

Når målgruppa er definert er det viktig å motivere til at sentrale nøkkelpersoner deltar. Samtidig bør en ikke beordre til deltakelse, da dette erfaringsvis ødelegger motivasjonen.

Oppstart og utvikling

Deltakerne i workshopen ser at det å prioritere felles opplæring av motorteamene ved oppstart forenkler samarbeidet videre. Sandefjord kommune satte av 4 uker før de inkluderte brukere til at motorteamet oppdaterte seg i sentrale tema. Opplæring av motorteamet må følges opp slik at teamet til enhver tid har oppdatert kunnskap og mulighet til refleksjon. Refleksjonen bør settes i et fast system. Et godt inngangsspørsmål kan være «er dette hva brukeren trenger»? Kristiansand og Sandefjord kommuner har begge ukentlige møter i teamet med veiledning, Bodø har i tillegg korte daglige teammøter.

Mange kommuner har arrangert ulike oppstartsseminar for hverdagsrehabilitering – såkalte kick-off. Større kommuner har hatt flere kick-off, eksempelvis en for hver sone/distrikt. Dette kan ses som eksempler på grunnopplæring. Kick-off kan gjerne være åpent for alle

interesserte, og bør inneholde en presentasjon av hverdagsrehabilitering og rehabilitering, gjerne som et samarbeid mellom rehabiliteringstjeneste og bestillerkontor.

Det er viktig å følge opp kick-off med opplæring på langsiktig basis, både påbygning av ny kunnskap og repetisjon av tema som var aktuelle innledningsvis. Det vil være naturlig at motorteamene fungerer som en kompetansebase for opplæring av andre involverte fagpersoner og fagmiljøer. Et eksempel på dette kan være å arrangere fagdager i hjemmetjenesten. I Voss kommune har ergoterapeut og fysioterapeut hatt opplæring- og orienteringsdag i hjemmetjenesten, og felles erfaringsmøte med de ulike sonene, teamet og prosjektleder. I Bodø har hverdagsrehabiliteringsteamet gjennomført en 6 timers (2x3 timer) opplæring med mellomledere og hjemmetjenesten, 8-10 deltakere hver gang. I tillegg har de hatt ulike faglunser med fysioterapeuter, ergoterapeuter, tildelingskontor og fastleger eksempelvis om inklusjonskriterier for å sikre rekruttering av brukere i målgruppen.

For å treffe med kompetanseoppbygging for alle ansatte kan det være hensiktsmessig å tenke moduler i en opplæringspakke, korte sekvenser med ulike tema som i sammenheng blir en kompetanseportefølje.

Nasjonal og regional opplæring

Det arrangeres ulike nasjonale og regionale konferanser, kurs og seminarer om hverdagsrehabilitering, eksempelvis Erfaringskonferansene i Trondheim. Eigersund kommune fremhever at teamets deltakelse her har gitt nyttig kompetanseheving. Hospitering hos kommuner som har vært i gang en stund har også vist seg vellykket.

Fagforbundene har arrangert temadager om hverdagsrehabilitering for sine medlemmer, samt arbeidet med å få hverdagsrehabilitering inn i allerede etablerte kurs og utdanningstilbud. Å publisere i fagblad anses som en egnet måte å spre skriftlig kunnskap nasjonalt og regionalt.

Intern opplæring

Teamet i Eigersund har hatt hele dager med gjesteforelesninger for sonene i hjemmetjenesten. Formen på intern opplæring vil variere, eksempelvis etter kommunestørrelse og ressurser. Det kan også være aktuelt med interkommunalt samarbeid, eksempelvis har kommunene på Øvre Romerike hatt 3 halve opplæringsdager sammen. Det oppleves som hensiktsmessig og i tråd med forbedringskunnskap (Bakke mfl 2013) å involvere ansatte, brukere og pårørende i planleggingen. Fokuset bør være på å tydeliggjøre perspektivet «hva er viktig for deg» (Tuntland og Ness 2014). I undervisningen er det viktig å være seg bevisst måten man

fremstår på, eksempelvis at man ikke opptrer som bedreviter. Vær oppmerksom på å balansere forelesning med dialog. Læring oppstår som en aktiv prosess i samspillet med omgivelsene (Dewey 1974).

Metodikk

Innføring av hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring forutsetter som tidligere nevnt en endring i verdier og holdninger hos den ansatte. Respekt og tillit er nøkkelord for å sikre at den ansatte føler seg verdsatt og likeverdig i denne prosessen. Her er kommunikasjon med rom for refleksjon, diskusjon og veiledning gode verktøy. Veiledning kan være både individuell og generell. Ansatte vil erfaringsvis ha behov for å vite hva som skal endres i daglig praksis, gis tydelige rammer og tilbakemelding. Læringsutbyttet vil avhenge av hvordan opplæringen planlegges og gjennomføres.

Det er hensiktsmessig å sette hverdagsrehabilitering i sammenheng med den konkrete hverdagen og bruke praktiske eksempler for at undervisningen ikke skal bli for teoretisk og vanskelig å relatere. Vær forsiktig med overdreven bruk av PowerPoint. Engasjerte undervisere er en forutsetning, med så gode kunnskaper at en også kan møte overraskende spørsmål. Trygghet og forutsigbarhet er sentralt, samt å gi deltakerne mulighet til å kunne medvirke og påvirke.

Det bør legges opp til møteplasser, både for spesifikke faggrupper og tverrfaglig, der fokuset er opplæring, sosialisering og kulturbygging. Den reflekterende prosess må foregå i en vekselvirkning mellom praktisk og teoretisk kunnskap (Dewey 1974). Å få til refleksjon hos deltakerne er det arbeidsgruppa vurderer som viktigst for å få i gang en tanke- og læringsprosess. Det er viktig at en unngår å kritisere nåværende arbeidsform.

Refleksjonsgruppe

Det er gode eksempler på at refleksjonsgrupper på arbeidsplassen gir god kunnskapsutvikling. Refleksjonstemaer kan eksempelvis være egen praksis, holdninger, eksempler, etiske dilemma, eller faglig uenighet. Det er viktig å ha definerte roller og å avklare hvem som deltar, men en kan gjerne bytte på møteledelsen. I en refleksjonsgruppe må møteleder sikre at alle får mulighet til å være aktiv, og at det er nok trygghet og forutsigbarhet til at alle tør å ta ordet. Bruk av et garnnøste kan være et virkemiddel for å sikre dette. Garnnøstet sendes til den som har ordet, og målet er at alle skal holde en bit garn hver i løpet av en samtale.

Hverdagsopplæring

Det er svært positive erfaringer med å bruke allerede etablerte møtefora til undervisning, eksempelvis ved å delta på fagdager, rapporter, personalmøter, eller felles faglunsjer. Lunsj- og teammøter er det erfaringsvis høy deltakelse på. Det er likevel en forutsetning at dette blir forankret som faste møtepunkt. Møtene kan være daglige, ukentlige, hver annen uke eller hver måned. Slike møter kan ha ulik deltakelse, eksempelvis bare hverdagsrehabiliteringsteamet eller med ulike samarbeidspartnere. Noen team har valgt å ha denne type møter annen hver uke med et 10 minutters konkret tema som eksempelvis strømpepåtrekking. Andre team har ukentlige møter med hver hjemmetjenestesone der en eksempelvis gjennomgår praktiske aktiviteter sammen. En tredje måte å gjøre det på er at de ansatte reflekterer over en bruker/case, og at en så følger det opp eksempelvis dagen etterpå.

Den uformelle kontakten i løpet av en arbeidsuke er en viktig undervisningsarena, særlig om denne er jevnlig og det er lagt til rette for det via samorganisering og/eller samlokalisering som gir daglig kontakt. Et eksempel på veiledning på bakgrunn av daglig kontakt er hjemmetreneren som gjør seg klar til å dra og «gjøre et stell» og blir vennlig gjort oppmerksom på at i hverdagsrehabilitering «gjør man ikke stell». Det er en fordel med uformelle møter også mellom leder og ansatte, eksempelvis frokost-, lunsjmøter eller kaffepauser. Store avstander er en utfordring for samarbeidet.

Vi anbefaler at kollegaveiledning legges inn som en naturlig del av arbeidsdagen. Både for den erfarne og den uerfarne vil det gi god læring å gi og motta veiledning. Om en er to og to hos brukeren kan den ene ha en observatørrolle, så brukes tilbaketuren til å gi hverandre feedback – eksempelvis 10 minutter tilbakemelding. Det kan også være en idé å filme hverandre. Videotelefoni kan være et alternativ for veiledning av eksempelvis hjemmetreneren som er ute alene hos brukeren.

Kulturbygging

For å bygge en mestringskultur må en prioritere kulturbygging. Virkemidler her kan være film, humor, musikk, innslag fra kjente komikere om eksempelvis paradigmeskiftet, eller temamøter for alle. Et eksempel på dette er Trondheim kommune der kommunehelsetjenesten i samarbeid med brann/politi årlig arrangerer «Trygghet i symfoni» for seniorer.



Teambuilding vil være aktuelt for motorteamet. Her vil ulike øvelser kunne være aktuelle, eksempelvis sosiogram eller rollespill som beskrives i kapittel 2. I denne type arbeid er det viktig at man utfordres, samtidig som man har respekt for den enkeltes komfortsone.

Tiltak for å bygge en mestringskultur kan også være å kåre «ukas mestrer», da med fokus på å ikke ekskludere noen (unngå å skape tapere). Belønnende insitament kan være med på å forsterke positiv utvikling, eksempelvis ved å tilby veiledning, kurs og kompetanseheving til dem som skiller seg positivt ut på ulike måter, via engasjement, kunnskap, ildsjeler, personlighet, eller ved å stå i utfordringer over tid. Hensikten må være å få frem gode rollemodeller, fokusere på det positive og la det negative ligge. En kan også starte hvert teammøte med å si to positive ord til hverandre – som en form for strukturert ros.

Opplæring i hverdagsrehabilitering handler også om å bygge omdømme, både i forhold til brukere, politikere, ledere og befolkningen generelt. Fokuset må være å fremsnakke hverdagsrehabilitering, også på sosiale møteplasser etter jobb. Et eksempel på bevisst kulturbygning fra Danmark er at helse- og sosialdirektøren hilser velkommen til de som jobber med hverdagsrehabilitering hver mandag klokken 7.30.

Verktøy

Det finnes mange gode metoder og verktøy for å gjøre opplæringen mer aktiv og involverende. Verdenskafé beskrevet i kapittel 2 er et eksempel på dette.

Mange har erfaringer med å bruke gule Post-it-lapper til eksempelvis idédugnader. Forslagene rangeres og en kan stemme på viktigste forslag/tiltak og/eller strukturere i et affinitetsdiagram (kunnskapssenteret.no). Det er en forutsetning at idéene følges opp.



Morgendagens omsorg i Malvik brukte søkekonferanse som metode for tjenesteutvikling. Demensomsorgens ABC er et konsept vi ser kan videreutvikles og tilpasses til hverdagsrehabilitering. En kan også bruke «grunnmur» som metode der en starter med å beskrive verdigrunnlaget for hverdagsrehabilitering og bruker dette videre som utgangspunkt for opplæring.

Arbeidsgruppa opplever bruk av reflekterende team som et godt verktøy for refleksjon over utvalgte tema. Dette er en gruppedialog der ordstyrer/referent er pekt ut på forhånd. Det er

viktig at de som pekes ut har kompetanse på gruppeveiledning. Det finnes også ulike kommunikasjonsøvelser, eksempelvis at en presenterer et tema i plenum og deretter diskuterer hva som er sagt/formidlet. Dialogsamlinger på tvers av virksomheter med samme målgruppe er også en strategi som kan være aktuell for hverdagsrehabilitering. En gir her mulighet for både muntlige og skriftlige innspill.

Kunnskapssenteret har en egen nettside der ulike aktuelle metoder og verktøy presenteres, eksempelvis GANTT-diagram og Paretoanalyse (kunnskapssenteret.no). Det er viktig at en finner en struktur på måten vi jobber på der alle blir hørt. Her finnes eksempelvis metodene LEAN og Pasientfokusert redesign som er mye i bruk i spesialisthelsetjenesten. Denne måten å arbeide på er imidlertid avhengig av at tjenestene har en moderne ledelsesform, såkalt Bottom up ledelse/styring (ikke top-down) med rom for involvering og deltakelse av den ansatte (Jacobsen og Thorsvik 2013).

Opplæring av brukere og pårørende

Arbeidsgruppa anbefaler at opplæringen av brukere og pårørende skjer via samtale og dialog. Vær oppmerksom på språkbruken, slik at en sikrer at en bruker ord og vendinger som er allment vanlige.

Studenter

Arbeidsgruppa opplever det som viktig at nye helseansatte får kompetanse i hverdagsrehabilitering. Det anbefales derfor både å ta imot studenter i praksis, samt å takke ja til undervisningsoppdrag på videregående skole/høyskoler/universitet.

Opplæring av befolkningen

Fagforbundene har i samarbeid med KS hatt en aktiv rolle i prosjektet for å innføre Hverdagsrehabilitering i Norge og markedsføre det nasjonalt. Opplæring rettet mot kommunens befolkning kan eksempelvis være via media: TV, radio, internett, sosiale media, avisreportasjer, essays og kronikker. Flere av deltakerne på workshopen har brukt lokalaviser for å fremheve gode eksempler. Det anbefales at en også tar kontakt i ettertid for oppfølgingssak.

Slik arbeidsgruppa ser det kan kommunene bli mer aktive på denne type opplæring. Det er imidlertid mange kommuner som deler ut informasjonsbrosjyrer. Dette vurderes til å fungere godt. Å markere «Hva er viktig for deg dagen» er et annet virkemiddel. Prosjektledere eller andre ressurspersoner innen hverdagsrehabilitering bør prioritere møter i ulike lag,

brukerorganisasjoner, menigheter og ideelle organisasjoner. Eksempler på dette er informasjonsmøter om hverdagsrehabilitering på *Kafé for eldre* eller *Informasjonssenter for seniorer*. Folkemøter/temamøter er det også positive erfaringer med. Teamet i Eigersund har hatt et to timers seminar for alle innbyggere. Å være en liten kommune forenkler kunnskapsformidlingen ut til innbyggerne.

For opplæring av politikere vil råd og utvalg være aktuelle fora.

Skriftlig materiell

Arbeidsgruppa har erfaringer med å tilgjengeliggjøre relevant informasjonsmateriell, gjerne med liste der ansatte må krysse av at de har lest det. Teamet i Stavanger har laget en informasjonsmappe til bruk for teamet, og arbeider med å lage en mappe om måleverktøy også for andre involverte. I Kristiansand kommune har de laget en veileder til alle ansatte (bildet). Andre kommuner har satt sammen nytilsattperm for motorteam. Det kan også være aktuelt med annen bruk av profilering som et ledd i kulturbygging, eksempelvis krus eller pinner med logo hverdagsrehabilitering på.



Video

Bruk av video har vist seg som en hensiktsmessig opplæringsmetode, eksempelvis for kartleggingsverktøyet SPPB:

<http://www.bing.com/videos/search?q=sppb&FORM=HDRSC3#view=detail&mid=AB33E2D34CB168387FE7AB33E2D34CB168387FE7>. Det er også flere team som har brukt

videofilm fremheve suksesshistorier, eksempelvis Stavanger og Bodø.

E-læring og nettpedagogikk

Opplæringsprogram via internett vil tilgjengeliggjøre kunnskap uavhengig av bosted. En amerikansk metaanalyse viser at e-læring har samme læringseffekt som andre opplæringsformer (Cook, Levinson and Garnet 2008). Arbeidsgruppa vurderer at det vil være behov for tilpasset opplæring om rehabilitering, mestring, aktivitet og deltakelse til ulike målgrupper, eksempelvis til politikere, administrasjon, befolkning, ansatte, frivillige organisasjoner, høyskoler/universitet og videregående. Vi ønsker oss e-læringsprogram som

er spennende, appellerende, som har både gode og dårlige eksempler, robot-dialog, ulike innganger, data og overraskende poeng. Det er lærerikt å høre om utfordringer, og å lære av andres tabber. Bruk av humor er viktig, samt at programmet har en god design.

Kommunenes intranettsider er også egnet til å spre informasjon og kunnskap. Flere i arbeidsgruppa nevner Facebooksidene til Hverdagsrehabilitering som nyttig. Universitet i Nordland har tverrfaglig nettbasert videreutdanning i Hverdagsrehabilitering. Dette har vist seg å være en undervisningsform som gir mulighet til at flere kan tilegne seg kunnskap og studiepoeng. Synkron nettpedagogikk sikrer ansikt til ansikt kommunikasjon mellom studenter og lærer. Studiene gjennomføres i såkalt «sann» tid – en er interaktivt tilstede i et virtuelt klasserom. Arbeidskrav og eksamen gjennomføres som forbedringsarbeid på egen arbeidsplass slik at også praktisk øvelse sikres. Formålet er at det skal skje en relevant forbedring i brukernes tilbud på bakgrunn av at studenten oppnår anvendelseskompetanse.

Ressurser

På workshopen ble det fremhevet noen eksempler på eksterne ressurser som har virket støttende for opplæring i hverdagsrehabilitering. Utviklingssentra for sykehjem/hjemmetjenester er ressurser som har hverdagsrehabilitering som satsningsområde. Videre er spesialisthelsetjenesten, høyskoler og universitet naturlige samarbeidsparter. Et eksempel på dette er Stavanger kommune som har utviklet en kursbase i samarbeid med høgskolen i Sandnes.

Nettverk

Utviklingssentra for hjemmetjenester skal drifte læringsnettverk. Læringsnettverk for å lage opplæringsprogram i hverdagsrehabilitering kan være en naturlig form for interkommunalt samarbeid. Sørlandskommuner og Vestfoldskommuner har dette etablert. Her deles erfaringer samt at det gjennomføres kurs om aktuelle tema.

KS har etablert et effektiviseringsnettverk med fokus på å implementere og videreutvikle beste praksis i hverdagsrehabilitering.

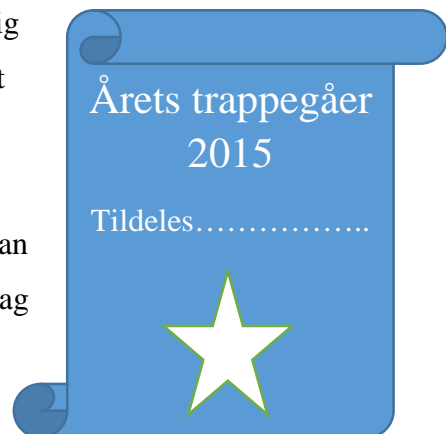
Det vil også være nyttig å trekke inn hverdagsrehabilitering i allerede eksisterende nettverk innen hjemmetjenester og rehabilitering.

Tenk utenfor boksen

Samarbeid med frivillige organisasjoner er en ressurs vi er uvante med å ta i bruk. Et eksempel er Østensjø kommune der frivillige tegner tidsbegrensete trygghetsavtaler med brukere, eksempelvis som følge til ulike instanser. Fjell kommune har lignende samarbeid, der frivillige gir hjelp til å handle. Frivillighetssentralen Eigersund tilbyr hjelp til å handle og garderobehjelp i svømmehallen. Det finnes også eksempler der frivillige team på 2-3 personer inkluderes i hverdagsrehabilitering og har ansvar på ulike områder. Kanskje kan man lage en ressursbank som er tilgjengelig for brukere i kommunen? I Danmark er mottoet nå: *lengst mulig i hverandres liv*.

Velferdsteknologi vil være i en fortsatt sterk utvikling fremover. Arbeidsgruppa ser at det allerede foreligger muligheter som vi ikke fullt ut har tatt i bruk.

Andre kreative eksempler kan være å gi brukeren en skriftlig sluttevaluering, eksempelvis en ferdighetsattest om at målet er nådd: «Årets trappegår 2015». For ansatte kan dodøra/-veggen brukes til å henge opp visdomsord eller kort og konkret informasjon. For fokus på hverdagsrehabilitering kan eksempelvis lederen ønske alle ansatte god rehabiliteringsdag hver morgen over tid.



Kapittel 7 Utfordringer

Involvering

Når en endrer det kommunale helsetjenestetilbudet er det viktig at også samarbeidende aktører er involvert slik at brukeren får en mest mulig sammenhengende tiltakskjede. Arbeidsgruppa mener at dette er et område vi kan forbedre oss på.

Motstand

I workshopen ble det presentert erfaringer med at hjemmetjenesten ofte har motstand mot hverdagsrehabilitering helt til de får praktisk erfaring. Når en innfører hverdagsrehabilitering er det hjemmetjenesten som er arena for de største endringsprosessene. Dette kan oppleves som at flere oppgaver blir tilført og igjen medføre en bekymring for at andre oppgaver vil bli nedprioritert. Blant annet på grunn av dette mener arbeidsgruppa at kompetanseøkning er aller viktigst i hjemmetjenesten. Vi deler en bekymring for at det generelt er lav kompetanse på rehabiliteringsområdet i helsetjenestene.

Motstanden mot hverdagsrehabilitering oppleves sterkest i oppstartsfasen, og særlig hos de ansatte som har jobbet lenge. Dette kan utvikles til en kamp mot holdninger der fremgang er sårbart, og negative hendelser overskygger positive. Arbeidsgruppa opplever også en mistenksomhet i organisasjonen, med hensyn til hvorvidt hverdagsrehabilitering har en skjult agenda fra myndighetene med sparing som formål. Folk oppleves som presset i alle ledd, blant annet gjennom kontinuerlige krav til endring. Dette ser en etter vårt syn ofte formulert som at hverdagsrehabilitering er for tidkrevende, og/eller at det ikke er gjennomførbart grunnet for lite ressurser.

Endringsprosesser tar tid, og må foregå i et samarbeid med hjemmetjenesten. Det er en modningsprosess der en må møte hver enkelt der de er for å oppnå endring. Ulike personkonflikter bør tas tak i og ryddes opp i om en skal kunne få en god opplæringsprosess. Det er viktig at det ikke bare blir satset stort på kick-off og kaker i start, men at man har et sterkt fokus på oppfølging.

Målgruppe for opplæring

Det kan være en utfordring å gjennomføre opplæring når man henvender seg til en så bred målgruppe som tidligere beskrevet i rapporten. Eksempelvis vil faglært versus ufaglært være med på å skape et mer komplekst bilde. Utfordringene oppleves i forhold til å få deltakerne til

å ta ordet og dele sine erfaringer på tvers av rolleoppfatninger, og en opplevelse av hierarki innen fagprofesjoner. Verdien av hverdagskunnskap versus forskerkunnskap er et av dilemmaene, samt det og gi og ta ansvar, eksempelvis ved bruk av helsemedhjelpere som hjemmetrenere.

Organisering og ledelse

Den vertikale organiseringen av kommunehelsetjenesten kan være en utfordring sett i forhold til tverrfaglig samarbeid. Det er ulik ledelse av eksempelvis hjemmetjeneste, tildelingskontor og rehabiliteringstjeneste, og dermed få formelle og uformelle møtepunkter. Det er også en utfordring at målene kan være uklare, og at man har ulik begrepsforståelse.

Det erfares utfordrende å få til gode prosesser i en organisasjon som er preget av mange prosjekter på «prosesskirkegården». Om de ansatte har tidligere erfaringer med å bli involvert i ulike forbedringsarbeid der de ikke har sett resultater vil det gi lav motivasjon for å engasjere seg i nye prosesser.

Nye målgrupper

Målgruppa til hverdagsrehabilitering er heterogen, både i forhold til alder og diagnose. Til nå har vi i Norge i hovedsak gitt tilbudet til eldre med somatiske utfordringer. Det er imidlertid slik vi ser det ingen grunn til at ikke personer med eksempelvis psykiske utfordringer eller psykisk utviklingshemming også skal kunne tilbys hverdagsrehabilitering. Dette vil igjen sette enda større krav til en kontinuerlig opplæringsprosess hos involvert personale.

Kapittel 8 Avslutning

I rapporten har vi ønsket å gi en praktisk beskrivelse av forutsetninger for opplæring i hverdagsrehabilitering. Deltakere fra de kommunene i Norge som har lengst erfaring på området har identifisert aktuelle målgrupper, tema og opplæringsformer samt utfordringer. Arbeidsgruppa håper rapporten kan være til nytte når det planlegges opplæring i hverdagsrehabilitering i kommunene. På denne måten kan erfaringene videreutvikles og vi får ny kunnskap innen fagområdet.

Referanser

- Arman R (2005): Aktivitet och självständighet. Ett studiematerial om vardagsrehabilitering. FoU i Väs
- Arman R (2007): Ett komplement til studiematerialet "Aktivitet og selvstændighet" FoU i Väst
- Bakke T, Brudvik M, de Vibe M, Kongsmo T, Nyen B, Udness E, Vege A: *En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeid.* Notat 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.
- Batalden & Stolz (1993): *A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work.* Hospital Corporation of America (HCA), Nashville, TN 37202-0550. The Joint Commission journal on quality improvement 11/1993; 19(10):424-47; discussion 448-52 Source: PubMed
- Brown, J. & Isaacs, D. (2005). *The world cafe. Shaping our futures through conversations that matter.* San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Cook, Levinson and Garnet (2008): *Internet-Based Learning in the Health Professions: A Meta-Analysis*, Journal of the American Medical Association, 2008: 1181-1196
- Corlin K (2008): Rehabilitering i hemmet. Prosjekt innom Vård- og omsorg Öster
- Dewey, J. (1974). Erfaring og oppdragelse. København: Hans Reitzels Forlag.
- Gunnarsson E m.fl. (2011): *Slutrapport - Hemrehabilitering i samverkan mellan kommunerna och primärvården i västra länsdelen Karlskoga kommun*
- Gustafsson U, Gunnarsson B, Sjöstrand ÅB, Grahn B (2010): *Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner – upplevd kvalitet, funktionsförändring, organisationsförutsättningar, resursförbrukning och statliga stimulansmedels betydelse for utvecklingen* Landstinget Kronoberg Sosialstyrelsen FOU-rapport 2010:11
- Hallin S, Ulander L, Westman S, Wisting F (2011): ”MAN VÄVER BARA IN DET NATURLIGT”: *Implementering av vardagsrehabilitering inom äldre vården i Umeå kommun.* Umeå Universitet 37
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011): *Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator.*
- Holmström K, Petterson C (2008): *Upplevelser av vardagsrehabilitering i arbeidet på særskilt boendet for eldre.* Medicinska Fakulteten. Lund Universitet
- Håkans M (2011): *Upplevelsen av ett rehabiliterande förholdningssatt - en förändringsprocess* Högre yrkeshögskoleexamen i Åbo
- Jacobsen og Thorsvik (2013): *Hvordan organisasjoner fungerer.* Fagbokforlaget
- Johansson M (2002). *Utvärdering av hemrehabiliterings-projektet i Växjö – en intervjustudie med patienter, anhöriga och hemvårdspersonal.* Växjö: FoU-Kronoberg.
- Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J (2011): *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger.* Notat/Prosjekt 3333. September, Dansk Sundhedsinstitut. Anbefalinger fra Kommunernes Landsforening (KL), Fag og Arbejde (FOA), Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, Dansk Sundhedsinstitut, Fredericia kommune
- Kunnskapssenteret.no:
http://www.kunnskapssenteret.no/forsiden/_attachment/20968?_ts=1442a8e5ba1
- Langley, Nolan, Norman, Provost (1996): *The Improvement Guide*, New York; Jossey Bass
- Lauvås K., Lauvås P. (2004): *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi.* Oslo:

Universitetsforlaget

- Lundgren M, Odebo L (2010): *Om studiecirkel och lärande kring rehabiliterande förhållningssätt. En utvärdering inom Alingsås äldreomsorg*
- Mickelsson A (2010): *Aktivitetsutförande i hemmet 4-8 veckor efter avslutad korttidsvård – utifrån gäster och hempersonalens perspektiv*. FoU Norrbotten
- Moreno, Jacob L. (1953): *Sociometry: A Journal of Interpersonal Relations and Experimental Design* 18
- Månsson M, Nordholm A, Andersson L, Mikaelsson A, Ekman U (2006): *Vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst*. Rapport från FoU_Jämt
- Ness, N.E., Laberg T., Haneborg M, Granbo R, Færevaa L og Butli H (2012): *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*.
- Nortvedt M, Jamtvedt, G, Graverholt, B, Nordheim L og Reinart, L (2012): *Jobb Kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Akribe
- Näsholm C og Barth T (2007): *Motiverende samtale – MI: endring på egne vilkår*. Fagbokforlaget
- Olsson C, Olsson M (2007): *Prosjekt Vardagsrehabilitering i særskilt boende*. Karlshams Kommun
- Palm T (2010): *Gemensamt förhållningssätt -ur et hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande perspektiv - En utvärdering Kartrineholms kommun*. Vård- och omsorgsförvaltning
- Redberg, P (2008): *Arbetssterapeuter og sjukgymnaster syn på prosjekt HemRehabs inledningskjede*. Utvärderingsrapport. Äldre Vest Sjuhärad, Högskolen i Borås
- Richardson-Owen E (2009): *Prosjekt hemrehabilitering*. Orust kommun
- Sibbet David (2010): *Visual Meetings: How Graphics, Sticky Notes & Idea Mapping Can Transform Group Productivity* (Heftet) John Wiley & Sons
- Strid B (2008): *Utveckling av rehabilitering. Redovisning av ett utvecklingsarbeite i Östra Göinge Kommun*
- Tuntland H & Ness N.E. (red) (2014): *Hverdagsrehabilitering*. Gyldendal Akademisk